

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los elementos esenciales del derecho a la salud
en los servicios de salud que provee la Caja de Previsión
de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA).
Un estudio de caso

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A:

EDGAR ESPINOSA RIVERA

D I R E C T O R A

MTRA. ALMA NORA NAVA MARTÍNEZ

Ciudad de México, marzo 2021

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Contenido

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| MARCO REFERENCIAL | 9 |
| CAPÍTULO 1. EL DERECHO A LA SALUD Y LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO HERRAMIENTA DE EXIGIBILIDAD | 9 |
| 1.1 Marco jurídico internacional del derecho a la salud | 9 |
| 1.2 Elementos esenciales del Derecho a la Salud | 10 |
| a. Disponibilidad | 10 |
| b. Accesibilidad | 11 |
| c. Aceptabilidad | 11 |
| d. Calidad | 12 |
| 1.3 Obligaciones de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud | 12 |
| 1.4 Marco jurídico nacional del derecho a la Protección Social de la Salud | 14 |
| 1.5 El Sistema Nacional de Salud en México | 18 |
| a) Derechohabencia | 19 |
| b) Financiamiento | 20 |
| 1.6 La Promoción de la salud y su importancia para exigir la materialización de este derecho | 22 |
| CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN A LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POLICÍA EN MÉXICO. | 26 |
| 2.1 Panorama general sobre las condiciones laborales de los policías | 26 |
| 2.2 Ambiente y condición laboral de los policías que repercuten en su salud | 32 |
| 2.3. Circunstancias en el trabajo policial que repercuten en malos hábitos alimenticios y la salud física y biológica de los policías | 41 |
| CAPÍTULO 3. LA POLICÍA AUXILIAR DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | 43 |
| 3.1. Breve Historia de la Policía Auxiliar | 43 |
| 3.2 Fundamento jurídico de la Policía Auxiliar | 44 |
| 3.3 Datos estadísticos | 45 |
| 3.4 Estructura Orgánica | 46 |
| 3.5 Jornadas laborales | 50 |
| 3.6 La problemática de la Seguridad Social y los Servicios de Salud en la Policía Auxiliar | 50 |
| 3.6.1 Los servicios de salud en la Policía Auxiliar | 51 |
| 3.6.2 Antecedentes de la Seguridad Social de la Policía Auxiliar | 52 |
| 3.6.3 La Asociación Civil de Servicios Sociales para la Policía Auxiliar del Distrito Federal | 52 |
| 3.7 Creación de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (CAPREPA) | 54 |
| 3.7.1 Los servicios de salud dentro del Plan de Previsión Social para la Policía Auxiliar de la Ciudad de México. | 56 |
| a) Protección a la salud | 57 |
| a) Proyecto Prioritario de Apoyo a la Mujer | 58 |
| 3.7.2 La Subrogación de Servicios Médicos que provee la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (CAPREPA). | 59 |
| METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO | 62 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------|------------|
| CAPÍTULO 4. DISEÑO METODOLÓGICO | 62 |
| 4.1 Tipo de metodología | 62 |
| 4.2 El contexto de la investigación | 64 |
| 4.3 Técnicas e instrumentos de investigación | 67 |
| a. Observación participante | 68 |
| b. Entrevistas abiertas y en profundidad | 68 |
| c. Criterios de inclusión de los entrevistados | 71 |
| d. Perfil de los informantes | 73 |
| 4.3.1 Recurso tecnológico de información | 74 |
| a. Plataforma de Acceso a la Información de la Ciudad de México | 74 |
| 4.4. Los escenarios (Clínica SAME y Hospital Álvaro Obregón) | 75 |
| a. Clínica SAME | 75 |
| b. Hospital Álvaro Obregón | 77 |
| | |
| CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | 79 |
| 5.1 Accesibilidad | 79 |
| a. Accesibilidad física | 79 |
| a) Accesibilidad económica | 86 |
| b. Acceso a la Información | 92 |
| c. No Discriminación | 99 |
| 5.2 Calidad | 104 |
| a. Seguridad y efectividad | 105 |
| b. Calidad en función de la disponibilidad de infraestructura | 109 |
| c. Atención centrada en la persona | 110 |
| d. Calidad en la atención por parte de personal administrativo | 112 |
| e. Tiempo de espera y de consulta (suficiencia) | 114 |
| f. Calidad y/o eficacia de los medicamentos | 116 |
| 5.3 Disponibilidad | 117 |
| 5.4 Aceptabilidad | 125 |
| a. Respetuosos de la ética médica | 126 |
| b. Culturalmente apropiados (trato digno) | 130 |
| | |
| CONCLUSIONES | 133 |
| | |
| REFERENCIAS | 140 |

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por darme la oportunidad de culminar un proceso importante en mi vida. Asimismo por el apoyo otorgado para la impresión y/o empastado de este trabajo de tesis.

Muy especialmente a mi Directora de Tesis, Mtra. Alma Nora Nava Martínez por su valioso apoyo, paciencia y acertada orientación. Su gran conocimiento en la investigación social ha sido fundamental para el término exitoso de este trabajo.

A mis lectores de tesis, Mtra. Erica Carlota Merino González, Dr. Javier Gutiérrez Marmolejo y Mtra. Natividad Almanza Beltrán, quienes, con sus consejos, orientación y análisis, logre construir un trabajo enriquecido.

A los directivos del zoológico por haberme ofrecido el apoyo y la confianza en el transcurso de la investigación.

A mis hijos, Edgar Isaac y Yaretzi Daniela, por ser el aliciente de todos los días y a quienes les debo el tiempo invertido en este trabajo. ¡Siempre presentes en mi corazón!

A mis padres Oscar Espinoza Guerra y Silvia Rivera Jiménez que, con su esfuerzo, sabios consejos y constancia me formaron en la vida. ¡Que Dios siempre los Bendiga!

A mis hermanos, con cariño y admiración, que con su orientación y apoyo me acompañaron en la construcción de este trabajo.

A mi compañera de vida, a quien admiro y respeto, por su comprensión y apoyo incondicional. Su agradable compañía y constante motivación me permitieron concluir este trabajo con éxito.

Introducción

Este trabajo es el resultado de una investigación documental y de campo en donde se describe y analiza la problemática que enfrenta un grupo de policías auxiliares de la Ciudad de México asignados a uno de los tres zoológicos de esta misma ciudad, en relación a los servicios médicos y de salud que reciben por parte de un organismo descentralizado conocido como Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA).

Esta problemática se plantea por las diversas vivencias personales que he tenido a lo largo de mis años de servicio en esta corporación y ser parte de los derechohabientes de estos servicios médicos que ha subrogado CAPREPA por años, de la misma manera he observado las distintas formas, en que mis compañeros y sus beneficiarios directos, son violentados en sus derechos no sólo a la protección social de la salud, si no a tratos dignos, a la igualdad y la justicia.

La Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México, como parte de la Administración Pública local, está integrada por la Policía Preventiva y la Policía Complementaria (conformada por la Policía Auxiliar y la Policía Bancaria e Industrial) quienes realizan funciones policiales homologadas.

La única corporación policiaca que tiene acceso a la seguridad social institucionalizada es la Policía Preventiva, quienes son derechohabientes de los servicios que brinda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE). En contraste, la Policía Complementaria sólo cuenta con una caja de previsión social denominada Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA).¹

El objetivo general de CAPREPA es “satisfacer las necesidades materiales, de salud, sociales, cultural y recreativos de los elementos que lo conforman y de sus beneficiarios a fin de elevar su bienestar y mejorar sus niveles de salud” (Plan de Previsión de la Caja, 2001:33). El programa institucional de este organismo se propone garantizar que los servicios de salud ofrezcan una atención integral y accesible así como asegurar el suministro de medicamentos, materiales curativos, equipo médico y tecnológico;

¹La CAPREPA se creó en el año 2001 y está destinada, específicamente, para el personal de la policía auxiliar.

infraestructura y recursos humanos para atender a una población total de 105,592 derechohabientes.

Para ello, CAPREPA subroga servicios médicos y de salud lo cual ha dado lugar a la creación de un “subsistema” de atención médica para los derechohabientes, el cual se integra por siete clínicas periféricas de primer nivel, distribuidas en la zona metropolitana, y, un solo hospital en donde se presta atención de segundo y tercer nivel. Las clínicas subrogadas, además de brindar atención a los derechohabientes de la Policía Auxiliar, también prestan sus servicios a la población que los demanda de una forma particular.

De estas clínicas periféricas, la de “Servicios y Atención Médica Especializada” (SAME), ubicada en el municipio de Chalco, Estado de México, debe satisfacer la demanda de atención médica de 10,238 derechohabientes que viven en el oriente del Estado de México en los municipios de Ixtapaluca, Chalco, Valle de Chalco, Ameca, Ozumba, Cocotitlán, entre otros. Según un estudio referido por CAPREPA, los servicios de salud subrogados, entre los cuales se cuentan los que brinda la clínica SAME, están sobrepasados por la demanda de atención y no hay un acceso efectivo ni de calidad a los servicios médicos y hospitalarios, tampoco a los medicamentos, ni a estudios de gabinete, repercutiendo directamente en el grado de bienestar y en el deterioro de salud de las personas. Todo ello, genera una percepción y sentir negativo o de insatisfacción al recibir la atención médica (Programa Institucional de CAPREPA 2014-2018:13).

Este objetivo es congruente con lo que se establece en el Artículo 4º Constitucional párrafo IV; con el apartado I, numeral 12 de la Observación General 14; con la Ley General de Salud (2020), en sus artículos 25,51,51 Bis1, 51 Bis3, 77 Bis1, 77 Bis3².

Los preceptos arriba mencionados en las Leyes y normas, son condición necesaria para el acceso y ejercicio efectivo del derecho a la protección social de la salud en nuestro Estado Mexicano.

El interés de esta investigación es, por un lado, analizar las características de los servicios médicos que subroga CAPREPA con relación a la accesibilidad, calidad, disponibilidad y aceptabilidad. Por otro, mostrar las constantes transgresiones al derecho a la protección social de la salud que vivenciamos quienes formamos parte de este colectivo social. Para ello, se privilegiaron las experiencias de las y los policías auxiliares que son

²Estos artículos se describirán en el apartado del capítulo 1.

derechohabientes de la clínica SAME. De esta manera se formularon los siguientes objetivos específicos que nos permitieron indagar sobre el tema a tratar en este trabajo:

- Describir la experiencia de las y los derechohabientes sobre la calidad de la atención médica en el primer nivel que han recibido en la clínica SAME.
- Describir las condiciones de accesibilidad física, geográfica, económica y no discriminación de los servicios médicos, a través de las opiniones y experiencias de las y los derechohabientes.
- Conocer si la atención médica e infraestructura satisface la demanda de los derechohabientes.
- Describir la forma en que esta clínica de primer nivel de atención cumple con las características de la aceptabilidad, a partir de las experiencias de las y los policías del grupo de trabajo.

Dado que la problemática que se presenta es un fenómeno de orden social, y cada persona percibe, siente y expresa de distinta manera la realidad, fue necesario que la metodología empleada fuera acorde con los objetivos de la investigación. En este sentido, se requirió de una metodología cualitativa para que a través de técnicas de investigación como la entrevista en profundidad y la observación participante estuviéramos en posibilidad de involucrarnos en la vida social de los sujetos y conocer sus experiencias y vivencias narradas por ellos mismos.

El trabajo se presenta en cinco capítulos en los que se expone la información. En el capítulo 1 *El Derecho a la salud y la importancia de la promoción de la salud como herramienta para garantizar el ejercicio de este derecho*, se ofrece un panorama sobre el marco jurídico nacional e internacional sobre el derecho a la salud y su protección social en la legislación mexicana. Asimismo, se expone la importancia de la promoción de la salud como una herramienta imprescindible para la exigibilidad de este derecho humano. Por último, se brinda un panorama del sistema de salud en México y el marco jurídico en el que se fundamenta.

En el capítulo 2 *Estudios sobre las condiciones laborales y de salud de los policías en México*, se dibuja un panorama de los derechos violentados y las precarias condiciones laborales en las que se desenvuelve la policía y que repercuten indudablemente en la salud física y mental de este colectivo social.

En el capítulo 3 *La Policía Auxiliar de la Ciudad de México y su acceso a los Servicios de Salud*, se presenta una breve reseña histórica de la corporación y su situación actual como parte de la Secretaría de Seguridad Ciudadana. Se aportan datos estadísticos como la cantidad de policías activos, mandos, administrativos, y la diferencia marcada de sueldos que perciben. También se expone el proceso que dio lugar a la creación de la caja de previsión y se mencionan sus objetivos.

En el capítulo 4 *Diseño Metodológico*, se presentan las técnicas e instrumentos metodológicos que se utilizaron en la investigación; también se describen las características de la clínica, el perfil de los informantes y las dificultades que tuvieron lugar en el trabajo de campo.

El capítulo 5 *Descripción y Análisis de Resultados*, es la parte medular de este trabajo, aquí se hace un análisis y reflexión sobre las experiencias, opiniones y vivencias de los policías, en relación a la accesibilidad, calidad, aceptabilidad y disponibilidad de los servicios médicos que proporciona la CAPREPA a través de los servicios médicos subrogados; la información obtenida se entreteje y argumenta con un marco teórico; los resultados abren varias líneas de investigación que podrían contribuir a la realización de otros trabajos recepcionales para titulación.

Por último, en *las conclusiones y propuestas* se expresan algunas alternativas de solución para eficientar y garantizar el acceso efectivo de los servicios médicos y de salud que están dirigidos a este sector de la población, tomando como base las acciones y principios de la promoción de la salud que pueden contribuir a fortalecer la maquinaria de este sistema de salud y mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de este colectivo social.

PRIMERA PARTE

MARCO REFERENCIAL

Capítulo 1. El derecho a la salud y la importancia de la Promoción de la Salud como herramienta de exigibilidad

1.1 Marco jurídico internacional del derecho a la salud

El derecho a la salud es considerado un derecho humano social de segunda generación y cobra mayor importancia después de la Segunda Guerra Mundial con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. La OMS declara expresamente que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Constitución de la OMS, 2006:1). En la actualidad son varios los instrumentos jurídicos internacionales que hacen mención de este derecho humano, por ejemplo:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Art. 25).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, del cual México forma parte, reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Art.12).

Posteriormente, la Declaración de Alma-Ata de 1978 agrega que la salud:

Es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud”. (p.1)

El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales subrayó que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones necesarias para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, así como a un medio ambiente sano.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), menciona que:

En relación a la salud se debe fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales para la salud; b) el acceso a una alimentación sana y adecuada; c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente) la supresión de la marginación y la exclusión de personas por cualquier motivo, entre otros aspectos de igual importancia que cobran relevancia para hacer efectivo el derecho a la salud. (Art. 14)

1.2 Elementos esenciales del Derecho a la Salud

La Observación General No. 14 derivada del PIDESC menciona que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

En su numeral 8, la misma Observación menciona que:

Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes y servicios, y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. (O.G.14, p.2)

En el numeral 12 del mismo instrumento jurídico, menciona que el derecho a la protección de la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado parte:

- a. **Disponibilidad.** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales.

- b. Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. También implica que los servicios médicos y los factores determinantes de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados se encuentren a una distancia geográfica razonable. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidad.

Accesibilidad económica (asequibilidad). Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

Acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

No discriminación. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

- c. Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

- d. Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (pp. 3 y4).

Estos elementos esenciales no se pueden separar, son interdependientes y en conjunto garantizan el acceso efectivo a los servicios médicos y de salud, teniendo como resultado la satisfacción y el bienestar individual y colectivo. Sin embargo, cuando esto no sucede se habla de la falta de compromiso de los Estados Parte y la transgresión a este derecho fundamental. En este sentido, México al ser Estado Parte, se encuentra obligado a cumplir de manera progresiva lo que la Constitución Política establece en el artículo 4º, párrafo IV, así como la Ley General de Salud en sus artículos 25, 27, 51, 51 Bis1, 51 Bis2, 51 Bis3, 77 Bis1 y 77 Bis37 de la Ley General de Salud, para sus Establecimientos, Bienes y Servicios de Salud.

1.3 Obligaciones de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales señala que:

Cada uno de los Estados Parte se compromete a adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos ahí reconocidos, entre los cuales se menciona el derecho a la salud. Cuando se habla de progresividad de los derechos humanos o en específico del derecho a la salud, significa que los Estados Parte tienen la obligación de garantizar el acceso efectivo de este derecho, es decir, sumar esfuerzos e invertir recursos necesarios en este rubro para solventar los mínimos de bienestar para la población en esta materia. No se puede caer en la regresividad o no progresividad de este derecho porque faltaría a los principios establecidos en los convenios y tratados internacionales, los cuales ha firmado y ratificado el Estado mexicano. (Art. 2º)

Las obligaciones de los Estados se han dividido en “estratos”, los cuales corresponden a los deberes de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir corresponde la obligación de proporcionar y promover. Cada una de estas

responsabilidades jurídicas puede comportar obligaciones específicas en lo referente a la conducta (acción o inacción) y a los resultados (los fines).

Obligaciones de respetar

Significa evitar que se lleven a cabo actos que vulneren la dignidad de los seres humanos. Los Estados deben, por una parte, abstenerse de limitar el acceso igual de todas las personas al conjunto de bienes y servicios de salud y establecer casos excepcionales, sujetos a condiciones específicas y restrictivas de seguridad social; y, por la otra, la obligación de subsidiar y/o establecer medidas de protección general para la población, no sólo como prestaciones derivadas del trabajo formal, sino para todos los adultos mayores, las mujeres embarazadas, las personas con necesidades especiales, y demás que se encuentran en cualquier situación que les dificulte obtener los ingresos necesarios para vivir dignamente. (Figueroa, 2013)

En el caso de las y los trabajadores, estas medidas deben cubrir, al menos, la atención médica y el subsidio o jubilación en caso de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, la licencia por maternidad y el servicio de guarderías. En este sentido, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en su artículo 123, apartado A, fracción XXIX, y apartado B, fracción XI, sobre el Trabajo y Previsión Social, obliga a México a cumplir con lo antes expuesto.

Obligaciones de proteger

Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las de los Estados de adoptar leyes o en su caso, hacer las reformas o adecuaciones necesarias a su marco jurídico para velar por el acceso igual a la atención y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros, así como velar por que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud. (Figueroa, 2013)

También corresponde al Estado, controlar la calidad de equipos médicos y medicamentos, además de asegurar que los profesionales de la salud cuenten con la debida preparación y respeten los estándares deontológicos.³

³ Conjunto de criterios, normas y valores que formulan y asumen quienes llevan a cabo una actividad profesional.

Bajo esta idea, la Ley General de Salud Mexicana en sus artículos 28,29,30, 77 Bis 1, 77 Bis2, 77 Bis37, establece los lineamientos para la provisión de medicamentos, equipo médico y hospitalario, y servicios profesionales de salud para la población mexicana.

Obligaciones de cumplir

La obligación de cumplir o facilitar exige que los Estados adopten medidas positivas las cuales permitan a individuos y comunidades disfrutar del derecho a la salud.

Bajo la obligación de facilitar, los Estados parte deben reconocer del derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales; además, deben desplegar programas y planes específicos para la atención de la salud, así como garantizar a los individuos o grupos que no están en condiciones de ejercer por si mismos su derecho a la salud, por ejemplo, al no estar incluidos en uno de los sistemas de aseguramiento social.

La obligación de promover el derecho a la salud, de acuerdo a (Figuroa, 2013), requiere que los Estados emprendan actividades de promoción, mantenimiento y restablecimiento de la salud poblacional, e incluye:

- 1) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, por ejemplo, la realización de investigaciones y el suministro de información; 2) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; 3) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sana, así como las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; 4) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud. (P. 312)

1.4 Marco jurídico nacional del derecho a la Protección Social de la Salud En el caso de México, el derecho a la protección social de la salud se encuentra estipulado en el artículo 4º, fracción IV de la CPEUM, y por este hecho es considerado un derecho humano fundamental de las personas.

El derecho a la protección social de la salud se limita sólo a la prestación de servicios de salud cuyas bases y modalidades quedan a reserva de la ley. Es decir, que, dentro del

Sistema Nacional de Salud, sólo las instituciones de carácter público, así como entidades descentralizadas o autónomas se encargan de garantizar este derecho de protección social de la salud.

En nuestro país hubo diversas instancias públicas y sociales que brindaron protección a la salud, asistencia social y servicios de salud desde el siglo XVII y hasta fines del siglo XIX, cuando se expide el primer Código Sanitario de 1891; al comenzar el siglo XX, en 1917, se cuenta con un Departamento de Salubridad Pública, y en 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a la cual corresponde conformar la infraestructura hospitalaria y que se transforma en Secretaría de Salud a partir de 1985. (Lugo, E. 2015)

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableció el derecho a la protección de la salud en 1983, al ser debatido el proyecto de adición al Artículo 4º, se mencionaron diversas consideraciones de los legisladores, resultando ser elementos que siguen vigentes en las decisiones sobre el tema, tales como que:

La salud es responsabilidad del Estado, que los servicios a proporcionar en materia de salud debían ser homogéneos e igualitarios y que para cumplir plenamente con el contenido de la salud era necesario atender los servicios de agua, drenaje, limpieza y medio ambiente, los que se han entendido como determinantes básicos o sociales de la salud e indispensables para conseguirla (Lugo, 2015,135).

En la actualidad el Artículo 4º Constitucional establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”

La misma Constitución en su artículo 123, fracción XIV, señala que es un derecho de los trabajadores la previsión sobre la salud y como una obligación de los patrones el atender los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales de los empleados (Adición publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983).

En este sentido, el derecho a la protección de la salud establece la obligación del Estado mexicano para garantizar a cada uno de sus habitantes; niños y niñas, adolescentes, hombres y mujeres, adultos mayores, personas en vulnerabilidad el mayor bienestar físico, psicológico y social y una atención médica de calidad y con calidez e integral para hacer frente a los problemas de salud que han cobrado relevancia en los últimos años.

El derecho a la protección de la salud en México cuenta con un sustento jurídico que lo valida y lo hace materializable, es decir, que se puede exigir su cumplimiento o hacerlos justiciables.

Es así que la Ley General de Salud en su artículo 2º sostiene que el derecho a la protección de la salud tiene como fin asegurar: 1) El bienestar físico y mental de hombres y mujeres, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. 2) La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social. 3) La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud. 4) El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. 5) El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En relación a la misma Ley General de Salud, el artículo 25 refiere que se garantizará la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población.

El artículo 27 de esta misma Ley de Salud determina que los servicios de salud incluirán entre las actividades preventivas: la educación, la promoción, la prevención y control de enfermedades, la planificación familiar y mejoramiento de la nutrición, y entre las de atención médica; la médica integral, la materno infantil, la de adultos mayores, la mental, la bucodental, la disponibilidad de medicamentos e insumos, y las de asistencia social se especifica respecto de grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos los pertenecientes a comunidades indígenas.

El artículo 51, señala que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, y recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

El artículo 51 Bis1, refiere que los usuarios tienen derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Con el 51 Bis3, refiere que las quejas de los usuarios deberán ser atendidas y resueltas de forma oportuna y efectiva.

La Ley General de Salud, reformada en abril de 2001, estipula que los pacientes en México tienen 16 derechos orientados a favorecer una mejor calidad médica y a fomentar el respeto a sus necesidades e intereses. Estos derechos son los siguientes:

Recibir servicios integrales de salud; acceso igualitario a la atención; trato digno, respetuoso y atención de calidad; recibir los medicamentos necesarios; recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; conocer el informe anual del Sistema de Protección Social en Salud; contar con su expediente clínico; decidir libremente sobre su atención; otorgar o no su consentimiento para tratamientos y procedimientos; ser tratado con confidencialidad; contar con facilidades para obtener una segunda opinión; recibir atención médica de urgencias; recibir información sobre procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica; no cubrir cuotas de recuperación específicas para cada servicio que reciban; presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. (Art. 77BIS 37)

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en su artículo 13°, fracción X, señala que las autoridades deben llevar a cabo medidas para “proveer que en las unidades del sistema nacional de salud y de seguridad social reciban regularmente el tratamiento y medicamentos necesarios para mantener y aumentar su capacidad funcional y su calidad de vida”.

También en el año 2001 se conformó un grupo coordinado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) integrado por representantes de diversas instituciones de salud pública y privada, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos. En diciembre de ese mismo año se elaboró un documento único para el usuario de los servicios de salud: Carta de los Derechos Generales de los Pacientes que resume en diez puntos los derechos de los pacientes. Fue presentada a la ciudadanía y a partir de esa fecha la Carta debe estar a la vista de todos en hospitales, clínicas y consultorios. (Burr, et al., 2011).

Ahora bien, el derecho a la Protección Social de la Salud se ha concretado y/o materializado a través del Sistema Nacional de Salud, y sus diversas formas de operar.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) incluye a todos los mexicanos por lo que tienen derecho a ser incorporados al sistema nacional, esto conforme al artículo 77 Bis1 de la Ley General de Salud.

En el año de 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS).⁴ Este seguro entró en operación el 1° de enero del 2004 y cubriría en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. (Gómez, et al., 2011)

1.5 El Sistema Nacional de Salud en México

En México, la atención de la salud se instaura con el Departamento de Salubridad Pública en 1917. Con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Hospital Infantil de México en 1943 se inicia el sistema de salud en México. Además de la creación de institutos de especialidades como los de Cardiología en 1944, Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946, de Cancerología en 1950, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960 y Nacional de Neurología en 1964. Así, las instituciones de seguridad social prestan el servicio a los trabajadores y la SSA a los grupos de campesinos y urbanos no derechohabientes. (Lugo, 2015: 141)

El denominado Sistema Nacional de Salud fue regulado por la Ley General de Salud (LGS) de 1984, la coordinación del mismo quedó a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) y se conformó desde entonces como refiere el artículo 5° de la citada ley, es decir, entre:

1. Dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local;
2. Personas físicas y morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, y
3. Mecanismos de coordinación de acciones. Este sistema tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. (Lugo, 2015:42).

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social como el Instituto

⁴ Para el año 2019 y de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), (quien suplirá las funciones del denominado Seguro Popular, que funcionó sólo como un programa creado por la entonces Secretaría de Salud Federal) que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. (D.O.F./JUL-2019)

Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) entre otros, y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social como el **Instituto de Salud para el Bienestar**, Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O); y el sector privado que comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. (Gómez, et al., 2011, p.5)

a) Derechohabencia

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a poco más de 48 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. (Gómez, et. al., 2011, p.6)

Los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA Y SEMAR en conjunto proveen de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y de ISSFAM, y con personal médico propios.

El segundo grupo de usuarios incluye a los no asalariados, que involucra a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, sus familiares y dependientes. Este sector de la población recurre, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSA, SESA, y el IMSS-O, recibiendo servicios sobre una base asistencial. (Gómez, et. al., 2011, p.5)

Por último, está la población que hace uso de los servicios privados de salud, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Se destaca que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de salud de la SSA, SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios. (Gómez, et. al., 2011, p. 7)

En 2003 se inició el Sistema de Protección Social en Salud por medio del Seguro Popular, para conseguir establecer las condiciones de acceso a todas las personas sin seguridad social.

En la actualidad, la Administración Federal creó el Instituto de Salud para el Bienestar quien sule al Seguro Popular y cubrirá las necesidades de salud de la población, de acuerdo a la Ley General de Salud en su última reforma del 24 de enero del 2020.

Cabe señalar que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (2014), realizada por el INEGI, en México, de 118,563,412 habitantes, 26,960,893 no cuentan con seguridad social; 40,000,144 están afiliados al IMSS; 6,174,281 están afiliados al ISSSTE; 41,145,824 afiliados al Seguro Popular; 3, 372,089 afiliados a otra institución pública; 848, 264 afiliados a una institución privada y 61,917 no especificado. Lo que significa que 91, 540, 602 personas estén afiliados a una institución de salud pública o privada. (p.33)

En relación a las consultas demandadas por la población en México, (Lugo, 2015), señala que las cuatro principales causas de consulta en el sistema de salud en 2012 fueron las enfermedades y síntomas respiratorios agudos con un total de 36.5%; diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad con un total de 11.5%; enfermedades y síntomas gastrointestinales con un total de 5.7%; y lesiones con un total de 4.1%. (p.159)

b) Financiamiento

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno.

La SSA y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque es operado por el IMSS. El SPS se sufraga con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los usuarios.

El IMSS por su parte se financia con recursos del patrón o empleador, el gobierno y el empleado, de esta manera se cubren las cuotas para ofrecer el servicio integral de salud a los derechohabientes de esta institución y sus familias directas.

El objetivo de la presente administración es mejorar el desempeño de las instituciones del sector salud para garantizar el acceso a los servicios en todos los niveles, y reducir las carencias de acceso al derecho a la salud, principalmente en el medio rural y zonas indígenas del país, para el cumplimiento del derecho a la protección social de la salud,

consagrado en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), por lo que el Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2019, estableció para la función salud una asignación de \$596,090 millones de pesos (mdp), cifra 5.5% superior al año 2018. (Velázquez, 2019).

En cuanto al presupuesto para la salud por instituciones⁵, el IMSS fue la que tuvo un mayor presupuesto, pues recibió el 50% del total de los recursos aprobados por una cantidad de 297,472 mdp, cifra 7.3% superior a la aprobada para 2018; la Defensa Nacional 6,058 mdp; Secretaria de Salud 117,294 mdp; Marina 2,171 mdp; Aportaciones a Seguridad Social 18,494 mdp; Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) 95,639 mdp; e ISSSTE 58,963 mdp. (Velázquez, 2019)

Estas cifras que se muestran arriba, reflejan una inequidad en la asignación de los recursos, ya que las personas que no cuentan con seguridad social, son las que recurren a los servicios de salud que ofrecen los gobiernos locales y federales y quienes reciben la menor cantidad de recursos, siendo apenas el 19.6% del total de presupuesto para más de 30 millones de personas que demandan el servicio público “gratuito”. Esta situación se ve reflejada en carencias de insumos, de personal, de infraestructura, de equipo médico, y en general, en la mala calidad de los servicios médicos y de salud.

Niveles de Atención en Salud

Ahora bien, de acuerdo a Burr, et al. (2011), dentro del Sistema Nacional de Salud existen tres niveles de atención:

Primer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSA) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se resuelve el 80% de los padecimientos.

En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como los cánceres de mama, y cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión, dislipidemias, obesidad, osteoporosis, entre otras.

⁵Estas cantidades son en millones de pesos (mdp)

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, es en esta atención donde se canaliza a la población al segundo o tercer nivel según lo requiera el paciente.

Segundo Nivel de atención. Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también los Hospitales pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional.

En este nivel de atención se atiende a los pacientes que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etc., de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Tercer Nivel de Atención. Es la red de hospitales de Alta Especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. Son los Centros Médicos Nacionales, Unidades Médicas de Alta Especialidad, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. En este nivel están además las medidas realizadas e impulsadas por el Estado, como la aplicación de las vacunas. (P. 60-63)

1.6 La Promoción de la salud y su importancia para exigir la materialización de este derecho

La promoción de la salud está ligada al derecho a la vida, a la salud y a la protección de ésta; para tal fin, la promoción de la salud contribuye al bien común y busca generar la participación activa de los ciudadanos para exigir dicho derecho social a través de políticas, planes y programas que garanticen el acceso efectivo de servicios médicos y de salud integrales y de calidad.

Algunos objetivos de la promoción de la salud son el mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida de la población; incidir en las condiciones de vida y hacer posible, entre otros, el derecho a la salud y a la protección social de la salud de las personas que integran nuestras comunidades para lograr una vida digna y elevar los niveles de salud de quienes se encuentran en desventaja social. (Piñeros, et al., 2012)

En este sentido, se deben acercar los servicios médicos y de salud a la población más desprotegida y vulnerable; hacer que estas personas, a través de una educación constante

y acceso a la información, tomen partido e incidan en sus procesos de salud enfermedad de una forma activa y participativa, que no deleguen la responsabilidad sólo al médico, sino que tengan una mirada amplia sobre los factores sociales que determinan la salud o la enfermedad. De esta manera, se espera que las personas tomen mayor control y ejerzan, efectivamente, el derecho a la salud en todas sus dimensiones; serán promotoras de conductas saludables y de derechos humanos, reproducirán y fortalecerán la participación social y comunitaria y crearán redes de apoyo solidario entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales, asociaciones civiles y sectores sociales para exigir, libre y conscientemente las prerrogativas que por derecho el Estado debe garantizar, proteger y respetar.

Uno de los diversos instrumentos internacionales de la promoción de la salud que se aproxima a lo antes expuesto y que integra un conjunto de factores o determinantes sociales para alcanzar la salud, es la Carta de Ottawa (1986), en ella se menciona que:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana... (p.2)

Este documento recupera las aportaciones de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata, 1978, las cuales fueron: la conceptualización de la salud como un derecho fundamental, el fortalecimiento de los servicios de salud, busca los medios para alcanzar la equidad en salud, la colaboración entre países y el fortalecimiento de la participación comunitaria y la capacitación del personal de salud. Años después, la Carta de Ottawa define cinco estrategias para fortalecer la práctica de la Promoción de la Salud, las cuales son:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear entornos favorables para la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria
4. Desarrollar aptitudes personales
5. Reorientar los servicios de salud.

Esta Conferencia Internacional marca un hito para la promoción de la salud; en adelante su práctica y conceptualización se enriquece con una serie de conferencias, declaraciones y documentos internacionales que colocan a este campo de conocimiento en un lugar fundamental de la agenda pública para garantizar el derecho a la salud conforme lo establecido en los diversos documentos internacionales en materia de derechos humanos.

La Conferencia de Adelaida, Australia en 1988, por ejemplo, identifica cuatro áreas prioritarias para la acción en políticas públicas en favor de la salud; apoyo a la salud de las mujeres, acceso universal a la alimentación y eliminación del hambre, acciones contra el abuso del tabaco y alcohol y creación de entornos saludables para la salud.

La Conferencia de Sundsvall, Suecia, 1991, hace un llamado a los defensores de la salud, el medio ambiente y la justicia social a que forjen una alianza para alcanzar el objetivo común de la salud para todos.

La Conferencia y Declaración de Santa Fe, realizada en Bogotá, Colombia, en 1992, con la participación de los países de América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación entre salud y desarrollo. Entre los desafíos para la promoción de la salud está el trabajar por la solidaridad y la equidad social, que son condiciones sociales para la equidad y el desarrollo.

La Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México en el año 2000 sitúa este campo como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales; asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen los vínculos de asociación en pro de la salud.

Estas y otras conferencias que se dieron más adelante enriquecen el plano de la promoción de la salud, dejando de manifiesto que existen muchas áreas de oportunidad para alcanzar las metas en salud y mejorar las condiciones de vida y de salud de la población, y que sólo con la participación activa de las comunidades, del Estado con sus instituciones, y de una serie de estrategias y planes de acción propias de la promoción de la salud se alcanzarán los objetivos planteados en cada una de las conferencias que convergen en el bienestar integral de las personas y del contexto en el que viven.

El derecho a la salud, entonces, no se limita a la atención médica o a los programas asistenciales, sino incluye la satisfacción de un conjunto de necesidades de orden biológicos, sociales y simbólico-culturales que hacen posible el disfrute del máximo grado de salud, esto significa, que la salud implica el goce de alimentación, vivienda, de trabajo, de seguridad social, un medio ambiente sano, conductas saludables, relaciones interpersonales favorables, servicios médicos, protección a la salud, seguridad jurídica, justicia social, entre otros.

Expuesto lo anterior, es importante mencionar que, para el acceso al derecho a la protección social de la salud, en el sentido más amplio, se requiere que se acaben con las barreras institucionales. Entre estas barreras de acceso institucional se encuentra la discriminación, la desigualdad e inequidad en la prestación y goce de este derecho. Actualmente en nuestro contexto social vivenciamos y somos testigos de muchas prácticas y decisiones gubernamentales que transgreden este derecho; comunidades sin agua potable, sin saneamiento, sin transporte, sin disponibilidad ni accesibilidad de servicios médicos y de salud, olvidados y marginados por el Estado y sus instituciones.

La Promoción de la Salud debe trabajar en función de esta problemática que se presenta, tiene que utilizar estrategias que permitan participar en las decisiones de gobierno para ofrecer, coordinada y organizadamente, el mayor bienestar posible a la población; incidir en las políticas sociales y de salud; reorientar y reorganizar los servicios de salud que se dan a la población para que éstos sean de calidad, accesibles y aceptables. Se deben sumar esfuerzos de todos los sectores de la población para que se exija y se materialice el derecho no sólo a la protección social de la salud, sino a un conjunto de derechos que posibilitan una vida digna. Sólo garantizando, protegiendo y respetando los derechos de los habitantes, el Estado cumplirá y alcanzará las metas propuestas para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de todas las personas que somos parte de esta nación.

Más adelante se muestra cómo el derecho a la protección social de la salud, en un sector de la población, como es la policía auxiliar de la Ciudad de México, no se cumple en su totalidad, por lo que se transgrede y violenta; en consecuencia, se deteriora la salud y la calidad de vida de los usuarios de los servicios médicos, de los policías en activo y de los familiares directos de estos policías.

Capítulo 2. Aproximación a las condiciones de salud de la policía en México.

2.1 Panorama general sobre las condiciones laborales de los policías

Antes de entrar de lleno al tema que nos ocupa, es necesario saber lo siguiente:

En México las instituciones policiales son parte de la administración pública federal, estatal y municipal. Esta labor policial se realiza en los tres órdenes de gobierno.⁶ Cada cuerpo de policía cuenta con sus propias leyes y reglamentos internos; sus atribuciones, y facultades están en función de su ámbito de competencia y jurisdicción; se apegan al artículo 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Las policías federales, estatales y municipales pertenecientes a las Secretarías y Direcciones de seguridad pública y/o ciudadana realizan labores de prevención e investigación de los delitos; las policías ministeriales pertenecientes a las Procuradurías o Fiscalías Federales y Estatales llevan a cabo trabajos de investigación y persecución de los delitos; todas las corporaciones en el ejercicio de sus funciones se apegan a las leyes y códigos federales, estatales y municipales en función de su ámbito de competencia.

Las corporaciones dependientes de las Secretarías y Direcciones de Seguridad Pública o Ciudadana, cuentan con su policía de reacción (grupos especiales), de proximidad y de investigación asignados a diferentes regiones, sectores o agrupamientos; la policía ministerial cuenta con policías de reacción (grupos especiales) y de investigación asignados a las diferentes fiscalías especializadas.

En relación a las jornadas laborales, Causa en Común (2018)⁷, realizó una investigación sobre este tema refiriendo que la Organización de las Naciones Unidas ha establecido que las jornadas laborales de los policías no deben de ser superior a las ocho horas, sin embargo, en México y Nicaragua los oficiales de policía trabajan más de 12 horas diarias. No hay en nuestro país una ley que regule los horarios de trabajo de los cuerpos de seguridad pública municipal, estatal y federal. De las encuestas realizadas a más de 5 mil policías de los distintos grupos de policía de la República Mexicana, se identificó que la jornada predominante es la de 24 horas de trabajo por 24 horas de descanso (24x24), lo que representa el 34%. La segunda jornada fue la de 12x12, con el 18%, seguida por las

⁶Según datos del INEGI (2017), al cierre de este año, se contaba con 526,961 empleados en seguridad pública y procuradurías federales, estatales y municipales

⁷Causa en Común es una organización de la sociedad civil que realiza estudios de forma sistemática sobre la policía en México y es de las pocas instancias que se enfocan en este sector de trabajadores. Por esta razón, en este capítulo se utilizó como fuente de información y consulta.

de 8x12, 12 x24 y 24x48 con un 6% cada una, un 5% al sistema de acuartelamiento y 25% una combinación de horarios. La Ciudad de México cuenta con 11 diferentes jornadas laborales (p.11-12).

Las corporaciones, en México, tienen horarios de trabajo diversos en función de los servicios asignados, por ejemplo, las policías de las secretarías de seguridad pública o ciudadanas federales, estatales y municipales pueden laborar con horarios de 12 horas de trabajo diario con un día de descanso a la semana, 12 horas de trabajo por 24 horas de descanso, 12 horas de trabajo por 36 horas de descanso, 24 horas de trabajo por 24 horas de descanso, 24 horas de trabajo por 48 horas de descanso (De la Barreda, 2013).

Cada corporación en los tres órdenes de gobierno cuenta con su modelo de policía y cubre sus respectivos servicios de acuerdo a la dinámica social y las necesidades institucionales.

En la Ciudad de México, el Programa de Gobierno 2019-2024 (P.G.CDMX) menciona que la seguridad ciudadana se brinda a través de un nuevo modelo de policía de proximidad en donde se trabaja de manera coordinada y organizada con los distintos cuerpos de policía dependientes de la Secretaria de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México, es así que la Ley del Sistema de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México 2019, en su artículo 53 menciona que la Policía de Proximidad está dividida en: la Policía Preventiva; Policía Auxiliar; Policía Bancaria e Industrial, Policía Cívica, y los cuerpos especiales que determine la normatividad.

El nuevo modelo policial suma un total de 83 mil efectivos (SSCCDMX) para hacer frente al fenómeno delictivo en coordinación constante con las instituciones de procuración de justicia y el sistema penitenciario de esta localidad y de la federación para fortalecer los lazos de cooperación y trabajo en equipo. De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Estándares y Capacitación Profesional Policial (ENECAP), publicada en 2018, por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en la ciudad de México, el 80% de este colectivo son hombres y el 20% mujeres.

Este nuevo modelo policial labora bajo los principios constitucionales de profesionalización, honestidad, objetividad, legalidad y respeto a los derechos humanos, y tiene como objetivos salvaguardar la vida y la integridad física de las personas; proteger los bienes y el patrimonio de sus habitantes, preservar las libertades, garantizar el ejercicio de sus derechos humanos y fundamentales y el acceso a una vida libre de violencia;

preservar la convivencia y el fomento de la cohesión social, entre otros (P.G. CDMX, 2019-20124)

En este sentido, los elementos de policía, son capacitados y profesionalizados en la Universidad de la Policía de la Ciudad de México y en los Institutos de Educación Superior de la Policía Auxiliar y de la Bancaria e Industrial, en las áreas de protección civil, sistema de justicia penal, derechos humanos, fundamentos jurídicos, ética policial, entre otros de suma importancia para llevar a cabo la función policial.

Este modelo de policía se ha implementado en todo el territorio de la ciudad de México y dentro de las 16 Alcaldías que la conforman. El Sistema de Seguridad Pública de esta Ciudad, busca por todos los medios, disminuir los índices delictivos con nuevas estrategias y planes que suman la participación de la ciudadanía, el trabajo en equipo con otras instituciones de procuración de justicia, de educación y de salud para erradicar conductas antisociales y sumar en sus programas el desarrollo de habilidades y capacidades humanas que posibiliten enfrentar las adversidades de la vida.

Para ingresar a las filas de las diferentes corporaciones policiales es necesario tener educación secundaria como mínimo. En los últimos años se han exigido estudios de preparatoria, sin embargo, aún se siguen reclutando agentes con educación básica en algunas instituciones policiales, ya sean municipales, estatales o federales. Según datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017) el 68.3% de los policías municipales cuentan con educación básica, el 25.2% con educación media superior, el 4.5% con educación superior y el 1.9 % carece de instrucción o son analfabetas.

Según datos del INEGI (2018), el 47.3% de los policías en México cuentan con primaria o secundaria y gana en promedio 10 mil pesos mensuales.

En la Ciudad de México de los 83 mil elementos de policía con los que se cuenta, 38 mil elementos no cuentan con el bachillerato, es decir, que el 45.7% de estos uniformados sólo tienen educación básica (SSCCDMX).

Las estadísticas antes mencionadas coinciden en que casi un 50% de los policías en México no cuentan con educación media superior, lo que significa que se deben sumar esfuerzos para que el personal que no cuente con esta condición educativa, pueda concluir sus estudios en un plazo definido, de esta manera se estaría impulsando y fomentando la

educación, la profesionalización y una carrera policial que dignifique a las corporaciones en los tres órdenes de gobierno.

Los requisitos de ingreso para la policía de la Ciudad de México están determinados por el área de reclutamiento de cada corporación y su capacitación varía en cada instituto de capacitación y va de tres a seis meses. Los sueldos varían en estas corporaciones, en promedio, según información de la Secretaría de Seguridad Ciudadana (SSC), los policías operativos perciben sueldos que oscilan de 7 a 13 mil pesos mensuales.

De acuerdo a los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2018) el sueldo promedio de los policías a nivel nacional es de \$9,250.28 pesos; el 46% de los policías en México gana menos del promedio mensual; el 31.2% gana más del promedio pero menos de 15 mil, el 10% gana más de 15 mil y el 12.8% se desconoce, es decir, que el 77.2% de los policías en México gana menos de 15 mil pesos mensuales.

Dentro de estos institutos se llevan a cabo las respectivas evaluaciones de control y confianza y de permanencia a cada uno de los elementos policiales para ser certificados por dichas instancias; las evaluaciones son psicológicas, médicas, psicométricas y de entorno social, se practican en un lapso de dos a tres años a cada elemento, los resultados de estos exámenes no se publican, ni se entregan a los policías, sólo se notifica a los policías cuando son reprobados y no certificados, es decir, se les suspende de sus actividades sin derecho a revisión de sus evaluaciones, por lo que muchos de estos policías reprobados acuden a las instancias correspondientes para demandar su liquidación o reincorporación a la institución a la que pertenecen.

Otro aspecto importante para tomar en cuenta es la seguridad social, muchos policías en México no cuentan con seguridad social institucionalizada, tampoco con seguro de vida, prestaciones sociales y económicas ni servicios médicos. Los policías municipales son los más afectados en este aspecto (De la Barreda, 2013).

De acuerdo a la ENECAP (2018), el 79.9 % de los policías en México tienen una seguridad social provista por el ISSSTE o el IMSS, el 99.2 % recibe aguinaldo, el 97.7 % vacaciones, el 44.1% vales de despensa y el 81.9% cuenta con seguro de vida. En la Ciudad de México, el 98.7% tienen el acceso a la misma seguridad social

institucionalizada⁸, el 99.8% recibe aguinaldo, 99.6% vacaciones, 96.8% vales de despensa y el 90% cuenta con seguro de vida.

Pérez (2011), menciona que todos los policías laboran en circunstancias graves, no favorables, con horarios extenuantes y salarios raquíticos, orillados a delinquir, víctimas de abusos y malos tratos, sin preparación suficiente y sin carrera policial, por lo que es necesario implementar políticas públicas en materia policial, garantizar condiciones laborales adecuadas para este personal y dignificar el trabajo policial para cambiar la mala percepción que tiene la ciudadanía de ellos.

Azaola (2008), refiere que la policía percibe salarios bajos, tienen jornadas laborales extenuantes, no tienen mucha posibilidad de ascender, sus equipos de trabajo y uniformes son de mala calidad, es corrupta, y es un trabajo poco valorado.

Olivares (2010), también ilustra las condiciones precarias en que se encuentra y labora la policía, las jornadas laborales extenuantes, la carencia de una carrera policial y de profesionalización, el bajo perfil educativo, la transgresión a sus derechos como persona y como policía por parte de mandos y de la propia institución, la falta de equipo de calidad, capacitación, salarios justos; los problemas de salud que afectan su actuar, la corrupción dentro y fuera de las corporaciones; estas condiciones, en las que trabajan y las que tienen que aguantar, son una forma de violencia institucional que obstaculiza el trabajo policial y no potencializa las capacidades de estos servidores públicos para cumplir sus funciones de seguridad y prevención del delito.

Bajo este panorama, por ejemplo, la policía de la Ciudad de México dota de equipo y uniformes insuficientes y de mala calidad a sus elementos; los uniformes son entregados cada año, no proporcionan calzado, fornituras, placas, insignias, gafetes, gorras o quepí, chamarras e impermeables, por lo que los elementos deben de comprarlos en tiendas de artículos de policía; muchos chalecos balísticos ya están caducos, cuentan con armas obsoletas y cartuchos limitados, sin embargo, todo se debe utilizar y portar. El no portar el uniforme completo y/o chaleco balístico, es motivo de arresto de 36 horas de acuerdo al artículo 87 de las Reglas para el establecimiento de la carrera policial de la policía del Distrito Federal (hoy ciudad de México).

⁸ Estos datos proporcionados, por la ENECAP (2018), no corresponden a la información recopilada dentro de esta investigación, ya que más de 27 mil policías auxiliares dependientes de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México no cuentan con una seguridad social provista por el ISSSTE o IMSS.

La misma encuesta de ENECAP (2018), señala que, a nivel nacional, 86.1% de los elementos de policía con funciones operativas obtuvieron por cuenta propia al menos un accesorio o material de apoyo de protección para el desempeño de sus funciones durante el 2017.

| Tabla 1. Artículos de policía que son comprados por los elementos |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Calzado/botas |
| Uniforme |
| Lámparas de mano |
| Cartuchos |
| Equipos de radio comunicación |
| Chalecos balísticos |
| Coderas, rodilleras |
| Fuente: Elaboración propia con información de la ENECAP 2018 |

De la Barreda, (2013), diagnostica en las instituciones policiales lo siguiente: incurren con frecuencia en abusos, errores ostensibles y conductas delictivas; están lejos de alcanzar los mínimos suficientes de calidad profesional y confiabilidad; carecen de los conocimientos y las capacidades elementales para ejercer adecuadamente sus funciones, y no poseen siquiera los conocimientos básicos o la práctica indispensable de defensa personal, disparo de armas de fuego, informática o razonamiento oral o escrito, y su condición física es deplorable; padecen serias carencias para realizar labores de investigación; perciben salarios notoriamente insuficientes y sus condiciones laborales son precarias; no cuentan con los equipos adecuados y suficientes para combatir con ventaja a la delincuencia; no están administrados, vigilados y controlados mediante los sistemas con que cuentan las modernas ciencias administrativas y de gestión de organizaciones, y; no disfrutan de aprecio ciudadano: se les teme, se les señala y se desconfía de ellos.

Este panorama que se ha descrito hasta aquí, muestra una carencia sustancial de recursos humanos, materiales y tecnológicos en las corporaciones policiales de nuestro país; un rezago educativo en casi la mitad de su personal, sueldos injustos y un sinnúmero de atropellos en sus derechos humanos, laborales y fundamentales. Es importante hacer una

reflexión sobre qué policía es la que queremos para nuestras sociedades, qué hacer para dignificar su trabajo y cómo cambiar la percepción negativa que tiene la sociedad de las policías en nuestro territorio nacional.

2.2 Ambiente y condición laboral de los policías que repercuten en su salud La policía es un sector social estigmatizado, señalado y marginado por la sociedad,

carece, en muchos de los casos, de oportunidades para acceder al sistema educativo y a una seguridad social que le permita gozar de pensiones dignas, de prestaciones sociales aceptables y de los servicios médicos y de salud integrales y de calidad para los policías y sus familias. Sumado a estas circunstancias, los integrantes de los cuerpos de seguridad pública son maltratados, explotados y oprimidos por las mismas instituciones a las que pertenecen.

La encuesta de *Causa en común* (2018), refiere que los oficiales de policía realizan las siguientes labores que no les corresponden:

| Tabla 2. Funciones que no corresponden a la actuación policial | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Labores que no corresponden | Porcentaje de encuestados que realizan dichas conductas |
| Hacer encargos personales | 62% |
| Pagar cuotas para un beneficio | 32% |
| Trabajos de mantenimiento en lugares públicos | 31% |
| Ir de acarreado a un mitin político | 12% |
| Votar por algún candidato | 10% |
| Torturar algún detenido | 8% |
| Fuente: Recuperada de la Encuesta Causa en Común, 2018 | |

La función policial implica una serie de actividades propias de esta profesión; son representantes de la ley, mediadores sociales, son una figura del sistema de justicia, y un instrumento coercitivo del Estado; además son promotores de una cultura de legalidad y de derechos humanos. Estas y otras funciones son las que demanda la ciudadanía, y el policía está obligado a garantizar sus derechos y libertades, muchas veces en detrimento

de su salud física y mental y de sus propios derechos humanos y fundamentales (Álamo, 2007).

Las condiciones en las que labora el policía repercuten directamente en su salud; son expuestos a riesgos inherentes de su trabajo, son víctimas de violencia por parte de la delincuencia y de los propios ciudadanos; soportan vejaciones, discriminación, denigración y son lastimados en su dignidad, integridad física y en su vida.

La ENECAP (2018), menciona que el 32.9 % de los policías capitalinos y el 21% de policías a nivel nacional fueron discriminados en el ejercicio de sus funciones, sin sumar las lesiones, homicidios y agresiones verbales que sufren.

La encuesta Causa en Común (2018) informa que el 61% de los policías en México considera que la sociedad los discrimina. También los policías han vivenciado y saben de los siguientes casos:

| Tabla 3. Agresión y violencia ejercida contra policías | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Casos de los que saben los policías | Porcentaje de encuestados |
| Amenazas a policías | 60% |
| Policías desaparecidos | 34% |
| Policías asesinados | 69% |
| Policías secuestrados | 30% |
| Policías torturados | 32% |
| Fuente: Elaboración propia con datos de Causa en Común, 2018 | |

Si a lo antes expuesto le añadimos los limitados recursos materiales con los que cuenta para su protección física se observa que, en realidad, muchos policías en México, están desprotegidos y olvidados material y jurídicamente. Las condiciones físicas y ambientales en las que laboran son deprimentes, los sueldos no corresponden a las exigencias sociales, las jornadas laborales son exhaustivas y violentan el derecho a su descanso, y el trato por parte de sus mandos es inaceptable.

Estas condiciones en su conjunto (físicas, económicas y sociales), deterioran la salud física y mental de los policías, si a estas condiciones le sumamos un estilo de vida no saludable, las consecuencias para su salud son aún más graves, generando problemas de

estrés, depresión, ansiedad, fatiga, obesidad, hipertensión, dislipidemias, síndrome metabólico, entre otros (Álamo, 2007).

De acuerdo a la ENECAP (2018), el 59.1% de los policías en México sufrió alguna afectación a su salud:

| Tabla 4. Principales problemas de salud de la policía en México | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Problema de salud | Porcentaje nacional | Porcentaje en CdMx |
| Aumento o disminución de peso | 30% | 35% |
| Irritabilidad, enojo, problemas de sueño, ansiedad nerviosismo, fatiga | 23.3% | 20% |
| Problemas estomacales | 18.6% | 20% |
| Estrés | 8.6% | 13.1% |
| Falta de apetito | 10.1% | 9.4% |
| Fuente: Recuperada de la ENECAP, 2018 | | |

Estos datos muestran que más del 30 % de elementos policiales considera que su salud si fue afectada por su trabajo, y que los padecimientos más recurrentes fueron sobrepeso, estrés e irritabilidad.

No hay mucha fuente bibliográfica en México sobre las condiciones de salud de la policía, sin embargo, la que se tiene, estudia al policía en su dimensión biológica, social y psicológica.

Al respecto (Arteaga, et al., 2000), menciona que:

Para estudiar la condición de salud o enfermedad de los policías, el investigador debe acercarse a los individuos que la componen, sus aspiraciones, su condición de vida, sus proyectos, sus relaciones sociales e interpersonales y ver la percepción que tienen de ellos mismos y de las instituciones a las que pertenecen, es decir, observar a los sujetos en acción con ellos y su entorno. Se puede ver la constitución de una patología socio-biológica determinada por las condiciones sociales e individuales en las cuales los policías realizan su actividad y que está condicionada por su contexto social pasado y presente. (p. 83)

Estas circunstancias en las que el policía enfrenta el proceso salud-enfermedad obligan a que se le mire en su contexto social, dentro y fuera de la institución, su cultura, su rol, valores y principios. Esto significa que la atención no sólo se centre en la atención médica o biología humana, sino que incluyen los factores determinantes socioculturales de la salud (Álamo, 2007).

Arteaga, et. al. (2000), mencionan que los policías tienen experiencias previas antes de ingresar a la corporación, otras dentro de ellas, ejerciendo su función en las calles y con la sociedad, lo que permite reproducir muchas conductas adquiridas a lo largo de su historia de vida, dentro y fuera de las instituciones

De acuerdo a un estudio realizado en un municipio del Estado de México, la mayor parte de policías ha vivido con violencia, con dependencia a sustancias psicoactivas y alcoholismo, lo que los hace reproducir estas conductas en sus núcleos familiares y en sus relaciones interpersonales, en consecuencia, hay mucha fragmentación en los hogares y la familia, causando un daño en la salud física y mental de ellos y de sus propios seres queridos. Este mismo panorama se practica en el ejercicio de sus funciones, por lo que se registran muchos casos de tortura y abuso de autoridad por parte de estas personas hacia los detenidos, esto significa que requieren de atención especializada urgente (Arteaga, et al, 2000). Sin embargo, no hay un área de salud mental en las corporaciones policiales que les pueda ayudar a dirigir la carga de estrés, tensión y ansiedad en actividades saludables.

De acuerdo a una investigación que se realizó en Jalisco en el año 2013 dirigida por el Maestro Francisco Gutiérrez Rodríguez, Director del Centro de Evaluación e Investigación Psicológica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de Guadalajara (CUCSG), que se denominó *Ambiente laboral violento y salud mental en los `policías de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG)*, se detectó que los malos tratos, las emociones violentas de su trabajo, la exposición de su vida, el estrés, la depresión, el insomnio por episodios de paranoias, son factores clave que han llevado al suicidio a policías (Hyemin, et. al., 2013)

En la Ciudad de México, por ejemplo, en los meses de septiembre y octubre de 2019, se tomó conocimiento de tres casos; dos policías de investigación y una policía preventiva, estas pérdidas humanas repercuten directamente en la salud y bienestar de sus familias quienes quedan al desamparo y sin la figura paterna o materna que sostenían o ayudaban

a el hogar. También hay casos en que policías han asesinado a esposas, a novias, o a parejas sentimentales que se tienen fuera del matrimonio, los motivos son varios, en su mayoría por celos, cuestiones económicas, alcoholismo o drogadicción. Un ejemplo, fue la reciente noticia en donde una policía auxiliar mató de un disparo a su esposo quien también era un policía de la Ciudad de México, esto en inmediaciones del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. Otro caso en este año fue el de un policía capitalino que mató a su esposa de 24 años, en la alcaldía Gustavo A. Madero, no se supo el móvil del crimen, sin embargo, los hechos fueron lamentables; uno más fue en la misma demarcación de esta ciudad, un policía auxiliar asesinó a su esposa de una manera cruel y sanguinaria, el responsable quedó puesto a disposición de la fiscalía, hay casos también que entre policías se han matado con sus armas de cargo por cuestiones de drogas o simplemente por jugar con sus armas. (Yara, 2019).

Estos hechos muchas veces no se documentan para no evidenciar las condiciones de salud mental en las que se encuentran muchos policías, esta información se queda a nivel institucional y es reservada para que no haya cabida a críticas u otros procedimientos legales que puedan perjudicar a las instituciones policiales.

De acuerdo al estudio antes referido en Guadalajara (Hyemin, et. al., 2013), que se realizó con una muestra de 5 mil 970 elementos de la ZMG y el interior del Estado, muestra que el 12% reportó problemas con sus impulsos agresivos y abuso de violencia con los detenidos, otro 12% reportó ansiedad y un 26% depresión, enojo por no poder sacar adelante a la familia; dolores de cabeza o cefaleas tensionales.

Los resultados están relacionados con las situaciones estresantes en el trabajo, jornadas laborales extenuantes, falta de equipo adecuado, abusos de poder de superiores jerárquicos, accidentes laborales y problemas familiares o de pareja.

Un 15% de los policías reportó sufrir insomnio intermitente, es decir, interrupción constante del sueño. La perturbación de los ciclos de sueños puede alterar procesos psicológicos como la atención, la memoria y la respuesta refleja, elementos necesarios para desempeñar su trabajo con eficiencia.

Los mismos policías externaron que lo que más les molestaba era la aplicación de los exámenes de control y confianza para hacerles evaluaciones psicológicas, toxicológicas y sociales al concluir su jornada laboral, ya que los citaban a las siete de la mañana y los terminaban de evaluar a las seis de la tarde, después de haber laborado 24 hora.

Estas evaluaciones de control de confianza causan estrés, incertidumbre, angustia, enojo, entre otras emociones, debido a que al ser personal de confianza se corre el riesgo de perder el empleo por no acreditar una de estas evaluaciones, y entonces genera temor y ansiedad porque en cualquier momento pueden ser notificados como policías no acreditables y ser destituidos por esa razón; quedando desempleados y siendo desplazados por estas circunstancias, muchos de estos ex policías se suman al crimen organizado o la delincuencia común para poder ganarse la vida y solventar las necesidades de su familia, conscientes que en algún momento pueden perder la vida o ser encarcelados por dichas actividades.

Hay elementos cuya situación laboral les generaba el Síndrome de Burnout, caracterizado por cambios en el estado de ánimo, desmotivación por su trabajo, agotamiento mental, falta de energía y disminución de su rendimiento laboral.

Causa en Común (2017), revela que los agentes sufren ansiedad y depresión; 8 mil 277 elementos de la Policía Federal declararon haber sufrido problemas mentales diversos, entre los que destaca el trastorno depresivo con 2,913 afectados, y la ansiedad con 5,314 diagnosticados

Avalos (2014), menciona que existen varios factores que inhiben el trabajo y desempeño policial y mantienen en estrés al personal, entre los que destacan los exámenes de control de confianza, la presión por parte de los mandos, los deficientes salarios, las jornadas laborales rigurosas y la escasez de ascensos.

En este sentido, podemos observar en las corporaciones de seguridad pública, en especial dentro de la Ciudad de México, cómo los elementos, en muchas ocasiones, son obligados a cubrir jornadas extraordinarias después de sus 24 horas de servicio, otros por ejemplo, para no acudir a cursos, pláticas o quedarse a apoyar otra jornada laboral tienen que sobornar a sus jefes inmediatos aportando cuotas económicas para verse favorecidos y no acudir sin consecuencia alguna, ya que de no asistir a los cursos o prácticas se ponen a disposición y se les da un cambio de adscripción por desacato. De igual forma sucede con los servicios asignados y el equipo de trabajo (chalecos, armas, patrullas, bicicletas, radios) si quieren estar en un servicio relajado o bien recibir equipo en buen estado debe aportar una dádiva económica al responsable de la armería, o al jefe de patrullas o al del taller de bicicletas. Estas prácticas se han naturalizado dentro de las corporaciones de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México orillando a muchos policías

a realizar actos de corrupción y conductas sin apego al marco jurídico, transgrediendo los derechos de muchas personas que han sido víctimas de este abuso de poder y de autoridad. Como consecuencia de estos actos, varios policías se encuentran en reclusorios de la Ciudad de México o bien dentro de las filas de la delincuencia.

La ENECAP (2018), señala que durante el 2017 se registraron, en promedio, mil 688 casos de corrupción por cada mil policías a nivel nacional, lo que significa que cada servidor público cometió 1.6 actos ilícitos. Los Estados más afectados por estos actos son Coahuila con 127 casos, Ciudad de México con 179 casos, Jalisco con 79 casos, Michoacán con 130 casos, Querétaro con 116 casos y Sonora con 112 casos.⁹

| Tabla 5. Causas de corrupción |
|----------------------------------------------|
| Soborno por ciudadanos |
| Extorsión por compañeros o superiores |
| Soborno por personal de la corporación |
| Exigencia de los mandos |
| Fuente: Recuperada de la ENECAP, 2018 |

Este contexto permite visualizar que la condición laboral y de salud de estos policías va en deterioro, constantemente se encuentran cansados y con sueño, de mal humor, estresados, ansiosos, angustiados y con dolores de cabeza, de cintura o de pies por estar parados por mucho tiempo. Esta situación se agrava cuando el personal es catalogado como adulto mayor; de acuerdo con la ENECAP (2018), la Ciudad de México cuenta con un 8% de policías de más de 50 años y 33% de una edad mayor a 40 años, lo que nos indica que en diez años, más del 40% de los elementos de policía en esta entidad estarán en una edad adulta y adulta mayor. Los policías activos de más de 50 años son el sostén económico de sus familias, lo que los obliga a seguir trabajando porque la pensión que les corresponde por años de servicio no les ayudaría a solventar sus gastos familiares y personales. Además, no reciben estímulos por años de servicio y/o por el desempeño de sus funciones, y si los reciben son injustos, por lo que tienen que seguir soportando las duras jornadas laborales y la presión por parte de los mandos para ganarse la vida en condiciones de salud que pone en riesgo su integridad física y la seguridad de la ciudadanía.

⁹Estas cifras que se muestran, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional, son por cada mil policías.

En relación a las enfermedades, en los datos que proporciona la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA, 2019), en este año, las enfermedades más comunes y frecuentes que se diagnostican al personal activo en las clínicas que prestan servicios a esta corporación y que derivan en incapacidades son gonartrosis primaria bilateral (enfermedad articular crónica, degenerativa y progresiva, localizada en la rodilla), lumbalgia y fractura a nivel muñeca y de la mano. Las principales lesiones por accidente de trabajo que derivan en incapacidad son por fracturas, contusiones y esguinces diversos. De las enfermedades crónicas degenerativas prevalecen la diabetes, hipertensión, y obesidad. Del personal activo de esta corporación, sólo acuden a consulta psicológica 17 elementos de los cuales 4 son mujeres desconociendo los diagnósticos que determinan los psicólogos.

Por otro lado, de acuerdo a la encuesta *¿Qué piensa la policía?* (2018), el 71 y 66% de los policías en México nunca han recibido ascensos y estímulos, respectivamente. La encuesta deja ver que el 61% de los elementos de policía no saben cuáles son los procedimientos para ascender, y el 36% de los policías consideran que los ascensos se determinan por recomendaciones. Lo que deja ver que en realidad no existe una verdadera carrera policial, ni profesionalización de los elementos, en muchos casos los grados y jerarquías no se pagan al personal activo.

En la investigación realizada por Castellanos, y Muñoz, (2018), en el municipio de Ecatepec, Estado de México, se encontró que este colectivo de policías vive y labora en circunstancias muy parecidas a las otras corporaciones policiales en México. Según los resultados obtenidos, este grupo de policías, en su mayoría, cuenta con educación básica, perciben sueldos bajos que los tienen descontentos, viven constantemente con miedo a ser violentados en su persona por la delincuencia; los equipos con los que cuentan son obsoletos (chalecos, armas, patrullas), los abusos de los mandos es una constante, las exhaustivas jornadas laborales son agotadoras y deterioran su salud física presentando lumbalgias, irritación, espolones, ansiedad, depresión, angustia, infecciones respiratorias, entre otras; son extorsionados por los mandos y por personal de áreas de recursos materiales para verse favorecidos en servicios y equipo de trabajo (armas, chalecos, patrullas), lo que los obliga a realizar conductas antijurídicas y no éticas, no cuentan con una profesionalización ni carrera policial, tampoco con seguro de vida que les garantice a su familia estabilidad económica, transgrediendo de hecho el derecho a su seguridad jurídica. Estas circunstancias a las que se enfrentan a diario los obliga a consumir

sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana, solventes, entre otras, causando aún más daño a su salud física y mental. Según reportaron sus informantes, se ha sabido también de suicidios de policías con sus propias armas de cargo como consecuencia de su ambiente laboral, familiar y social.

Bajo este panorama, podemos observar que al interior de las corporaciones policiales en México, son transgredidos derechos humanos fundamentales y que las condiciones laborales en las que se desenvuelven a diario los policías desencadenan enfermedades psicológicas, físicas y biológicas. Estas corporaciones están permeadas de corrupción y reproducen estas conductas en el ejercicio de sus funciones, lastimando el tejido social y transgrediendo el marco jurídico nacional y de sus entidades. Las conductas violentas, que aprenden en el transcurso de sus vidas y se refuerzan en estas instituciones, las reproducen con la ciudadanía, en sus relaciones interpersonales y en el núcleo familiar. Los sueldos que perciben no son proporcionales a las exigencias institucionales; los pagos por pensiones y jubilaciones no son justas; el equipo de trabajo con el que cuentan no es funcional y son rebasados por la delincuencia. Muchos policías son dependientes a sustancias psicoactivas y no reciben apoyo psicológico para mejorar su salud mental porque no existen estas áreas en sus dependencias; hay elementos que pertenecen a grupos delictivos o brindan protección a delincuentes para realizar sus delitos de orden común o federales, obteniendo ganancias económicas por estos actos.

En Guanajuato, por ejemplo, del año 2015 a julio de 2019 la Fiscalía General del Estado integró 845 carpetas de investigación contra policías municipales, de éstas, sólo el 2.3% terminó en una sentencia condenatoria, con penas que van de uno a cuarenta años de prisión. Los policías fueron acusados de lesiones, homicidio, abuso de autoridad, allanamiento, daños, fraude, tortura, robo, y fuga de información a criminales, evasión de detenidos, entre otros. (García, 2019)

Bajo estas condiciones que imperan y prevalecen en este colectivo social no habrá progreso en materia de seguridad pública ni un servicio profesional, se requiere de una política criminal y criminológica que atienda las necesidades y garantice los derechos de este colectivo que desempeña un papel fundamental e imprescindible en la sociedad y dentro del sistema de justicia penal. Una de las causas del incremento en los índices delictivos es la falta de profesionalización de los policías y las malas condiciones laborales y de salud en las que se encuentran, se requiere de una política integral que pueda garantizar un proyecto de vida saludable y posibilitar un nivel de vida digno para

las y los policías y sus familias; una política que dignifique este trabajo, y que prometa, en un futuro, un mejor desempeño y policías íntegros, con vocación de servicio, y apegados a los principios de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo y respeto a los derechos humanos.

2.3. Circunstancias en el trabajo policial que repercuten en malos hábitos alimenticios y la salud física y biológica de los policías

Por otro lado, las mismas condiciones de trabajo y los horarios agotadores de 24 horas de trabajo por 24 horas de descanso (tomando en cuenta que no se queden a apoyar otra jornada laboral de 12 o 24 horas) obligan a los policías a no comer de una forma adecuada o saludable, muchos comen en las mismas patrullas o lugares donde se encuentran asignados, otros invierten de diez a quince minutos en puestos de comida rápida como tacos, tortas o garnachas. El consumo de grasas y azúcares simples es su opción más próxima, lo que tiene como consecuencia el aumento de peso y los problemas de salud que se generan como la diabetes, colesterol, hipertensión, triglicéridos, obesidad, entre otros. En el estudio de Arteaga, et al. (1998), se detectó que el 50 % de elementos de la muestra tuvo sobrepeso y el 17 % obesidad mórbida. La ENECAP (2018), refiere que el 79.3% de los policías en la Ciudad de México tuvo sobrepeso u obesidad.

Otro estudio realizado por Calixto (2015), sobre *el impacto de los hábitos alimenticios en policías del hospital regional Nezahualcóyotl* menciona que el consumo de comida rápida como tacos, gorditas, tortas, y la comida chatarra es más frecuente en hombres que en mujeres y que dentro de sus resultados el 64% de su población resultó con obesidad grado 1 y el 18% con sobrepeso. Las patologías frecuentes relacionadas a malos hábitos alimenticios son hipertrigliceridemia, colesterol alto, obesidad, dolor lumbar, insuficiencia venosa, caries dental e insomnio.

Lo que se observa en estos estudios es que las condiciones en las que labora la mayor parte de la policía no les permiten disponer de un área adecuada y saludable para comer, no destinan el tiempo requerido para la toma de alimentos y por su carencia económica no acceden a alimentos de mejor calidad nutricional. Esta situación agrava la condición física y biológica de los y las policías; el trabajo que desempeñan requiere de una condición física y de salud biológica aceptable. Sin embargo, la obesidad, el sobrepeso, la edad y las enfermedades que derivan de ello, disminuyen el rendimiento físico, poniendo en mayor riesgo su propia vida, ya sea por fallas en su organismo, o por verse vulnerables al enfrentar a la delincuencia.

Según datos de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México, en 2019 se detectó a 2 mil 453 elementos con sobrepeso y mil 826 con obesidad, es decir, que se suman 4 mil 279 policías con estos problemas. Con esta problemática presentada, esta secretaría implementó y puso en marcha, en agosto de este año, un programa llamado “Un policía saludable” que tiene como objetivo promover la salud y la prevención de enfermedades en los policías que presentan sobrepeso u obesidad, para generar la adquisición de un estilo de vida saludable con valor nutricional alimentario y de actividad deportiva. Los beneficiados de este programa serán sólo 1200 efectivos, mismos que recibirán una bonificación de 10 mil pesos distribuidos en cinco meses. (SSCCDMX, 2019). Hasta el momento el programa sigue vigente y en proceso, no se tienen aún resultados al respecto.

Otros datos publicados en *espacioarmas (2017)*, durante ese año, 8 de cada 10 policías en México tenía problemas de sobrepeso u obesidad, el 28.4% aceptó haber padecido alguna enfermedad crónica como hipertensión arterial, diabetes, estrés crónico, enfermedades del corazón y enfermedades pulmonares; 6 de cada 10 policías sufrió alguna afectación en su salud derivada de las condiciones de trabajo; el 35.2% señaló haber aumentado o bajado de peso; el 25.3% dijo sentir irritabilidad o enojo, haber tenido problemas de sueño, ansiedad, nerviosismo o fatiga; 20% problemas estomacales; 13 % estrés y 9.4% falta de apetito.

Es importante tomar en cuenta que las condiciones de salud física se deben, en muchos casos, por los malos hábitos alimentarios, sin embargo, el ambiente laboral y el poder adquisitivo en el que se encuentran miles de policías no es favorable para acceder a alimentos balanceados y de alto valor nutrimental, por lo que las instituciones deberán buscar estrategias para promover una vida saludable para todos los policías que integran las corporaciones de seguridad pública de nuestro país.

Capítulo 3. La Policía Auxiliar de la Ciudad de México y su acceso a los servicios de salud

3.1. Breve Historia de la Policía Auxiliar

De acuerdo al texto de Lozano (2008), en el año de 1925, en la colonia Lomas de Chapultepec fue fundada la Policía Auxiliar por el General Leandro Castillo Venegas, originario de Zacatecas, esta agrupación comenzó con la participación de siete elementos de seguridad que ofrecían los servicios de vigilancia en pequeñas unidades habitacionales, comercios o pequeños negocios. Posteriormente se suman a la agrupación personas desempleadas y que en algún momento pertenecieron a las fuerzas revolucionarias; el crecimiento fue rápido y favorable para este nuevo grupo de seguridad ya que el aumento poblacional y el incremento de la delincuencia exigían más servicios de seguridad y vigilancia, años después esta corporación se consolida y reconoce como un cuerpo que coadyuva a las labores de seguridad pública y se institucionaliza como la Policía Auxiliar del Distrito Federal. (p.67)

En el año de 1937, la Policía Auxiliar contaba en sus filas con 1400 elementos, organizados en destacamentos. En ese mismo año se gestionó su reconocimiento oficial, fusionándose en un solo cuerpo. (p.67)

El 22 de septiembre de 1939, se estableció en el Reglamento Orgánico de la Policía Preventiva; que estaba integrada por los policías montada, a pie, auxiliares, vigilantes de cárceles, penitenciarias y bomberos. (p.67)

El 13 de marzo de 1941, se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento del Cuerpo de Veladores Auxiliares de la Policía Preventiva del Distrito Federal, en el que se observa que estaba organizado en 9 batallones, designándole la función de vigilancia nocturna de las residencias particulares y establecimientos comerciales, industriales y bancarios ubicados en el Distrito Federal. (p.68)

En 1949 mediante Decreto Presidencial del 2 de julio, publicado en el Diario Oficial de la Federación, se dispuso que a partir de esa fecha:

Todo el personal de jefes, oficiales, e individuos de tropa que integran el grupo de la Policía Auxiliar del Distrito Federal encargado de cuidar en la vía pública los vehículos de propiedad particular, quedan bajo las órdenes de la Dirección de Tránsito y Transporte, dependiente del Departamento del Distrito Federal, la que se encargará de la correcta organización, disciplina y designación de servicios de

los elementos que la integran, quedando autorizada dicha dependencia para removerlos y sancionarlos como corresponda, en la inteligencia que continuaran considerándose como emolumentos de sus miembros, las gratificaciones que el público les concede en pago de sus servicios. (Artículo único, p. 13)

Nuevamente el 6 de julio de 1984, se publica en el Diario Oficial de la Federación un nuevo Reglamento para la Policía Preventiva del Distrito Federal, que en ese entonces dependía de la Secretaría de Protección y Vialidad, en ella consideraba como parte integrante de ésta a la Policía Auxiliar y a la Bancaria e Industrial. (Artículo 13, p. 21)

Finalmente, al entrar en vigor la Ley de Seguridad Pública del Distrito Federal del 20 de julio de 1993, establece en su artículo 5º fracción II, que la Policía Auxiliar forma parte de la Policía Complementaria. (p.68)

3.2 Fundamento jurídico de la Policía Auxiliar

En la actualidad, La Ley del Sistema de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México emitida en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 1º de agosto del 2019, establece que:

El modelo de cuerpos policiales se establece en razón del tramo de responsabilidad y de la Ingeniería Institucional diseñada en la Constitución de la Ciudad y demás disposiciones legales, de la siguiente manera:

Bajo la responsabilidad de la Secretaría se encuentra la policía de proximidad que se divide en: Policía Preventiva; Policía Auxiliar; Policía de Tránsito; Policía Bancaria e Industrial; Policía Cívica, y Cuerpos especiales y las demás que determinen la normatividad aplicable. (Art. 53)

En el artículo 55 se señala que:

Las policías preventivas, auxiliar, de tránsito, cívica, bancaria e industrial y cuerpos especiales desempeñarán sus funciones bajo la dirección y mando directo de la Secretaría, observando las disposiciones establecidas en la normatividad Federal y local en la materia, regulando su funcionamiento interno a través de su correspondiente Ley Orgánica, Reglamentos, Acuerdos, Protocolos y demás instrumentos jurídico-administrativos que se emitan para tal efecto.

Los ingresos que se generen por los servicios prestados por las policías auxiliar y bancaria e industrial, deberán destinarse a favor de la Tesorería de la Ciudad.

El artículo 52 del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal menciona que:

La Policía Complementaria proporcionará servicios de custodia, vigilancia, guardia y seguridad de personas y bienes, valores e inmuebles a dependencias, entidades y órganos de los Poderes Ejecutivo, Legislativo, y Judicial, Federales y del Distrito Federal, órganos autónomos federales, y locales así como a personas físicas y morales, mediante el pago de la contraprestación que determinen los titulares de las respectivas Direcciones Generales, la cual será publicada anualmente en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (hoy Ciudad de México).

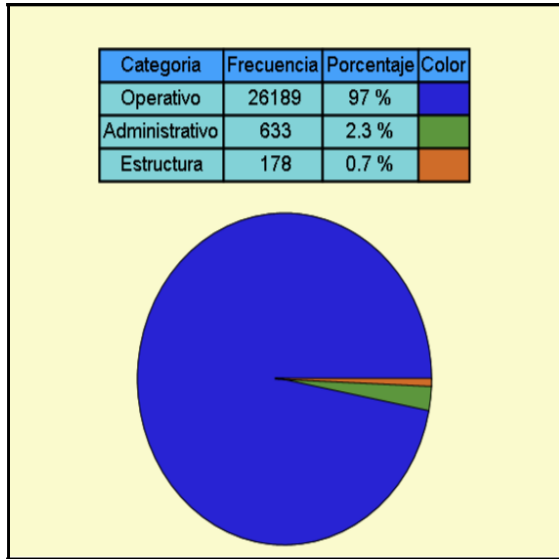
3.3 Datos estadísticos

Según datos de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México (2019), la dependencia está conformada por 82,000 elementos policiales aproximadamente, de los cuales 26,000 son preventivos; 5,000 de tránsito; 6,000 de grupos especiales; 18,000 son bancarios y 27,000 son auxiliares.

La Policía Auxiliar de la Ciudad de México es una institución que se integra entonces por un total de 27,000 elementos, de los cuales 178 son de estructura, 633 administrativos y 26,189 son operativos (INFOCDMX)¹⁰, la mayor parte de este personal radica en la zona conurbada de la Ciudad de México. Los sueldos del personal de estructura y administrativos se integran por una percepción base tabulada por la institución de acuerdo a la categoría y comisión asignada contrario al personal operativo que percibe un sueldo variable en función de los contratos que se llevan a cabo con los usuarios de los servicios de seguridad que presta la corporación.

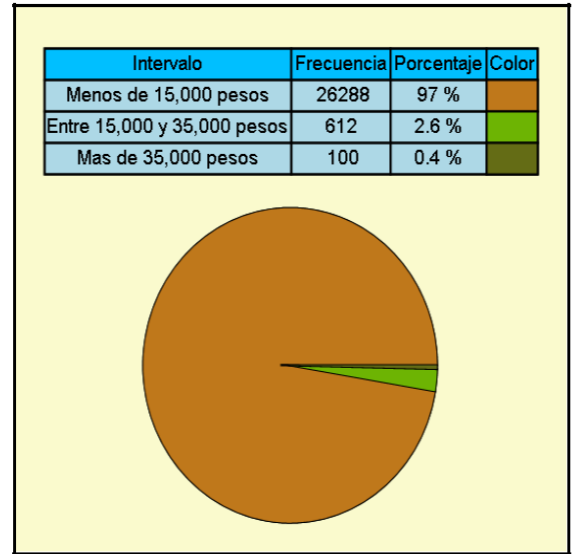
¹⁰El personal de estructura es quien ocupa puestos de alto nivel como Directores Generales, Directores de área, subdirectores, Coordinadores y Comandantes de Destacamento; el personal administrativo se desempeña en las áreas administrativas sin ocupar puestos de alto nivel; el personal operativo son todos los policías que realizan funciones de custodia, seguridad institucional y seguridad pública.

Figura 1. Muestra a cantidad de elementos de acuerdo a la categoría o cargo en la corporación



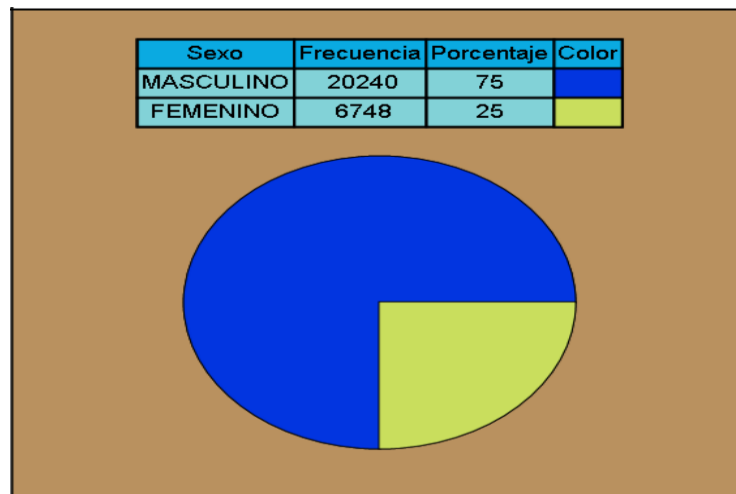
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el área Transparencia de la Policía Auxiliar.

Figura 2. Muestra la variación de sueldos dentro de la corporación



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el área Transparencia de la Policía Auxiliar.

Figura 3. Muestra el número de elementos policiales de acuerdo al género

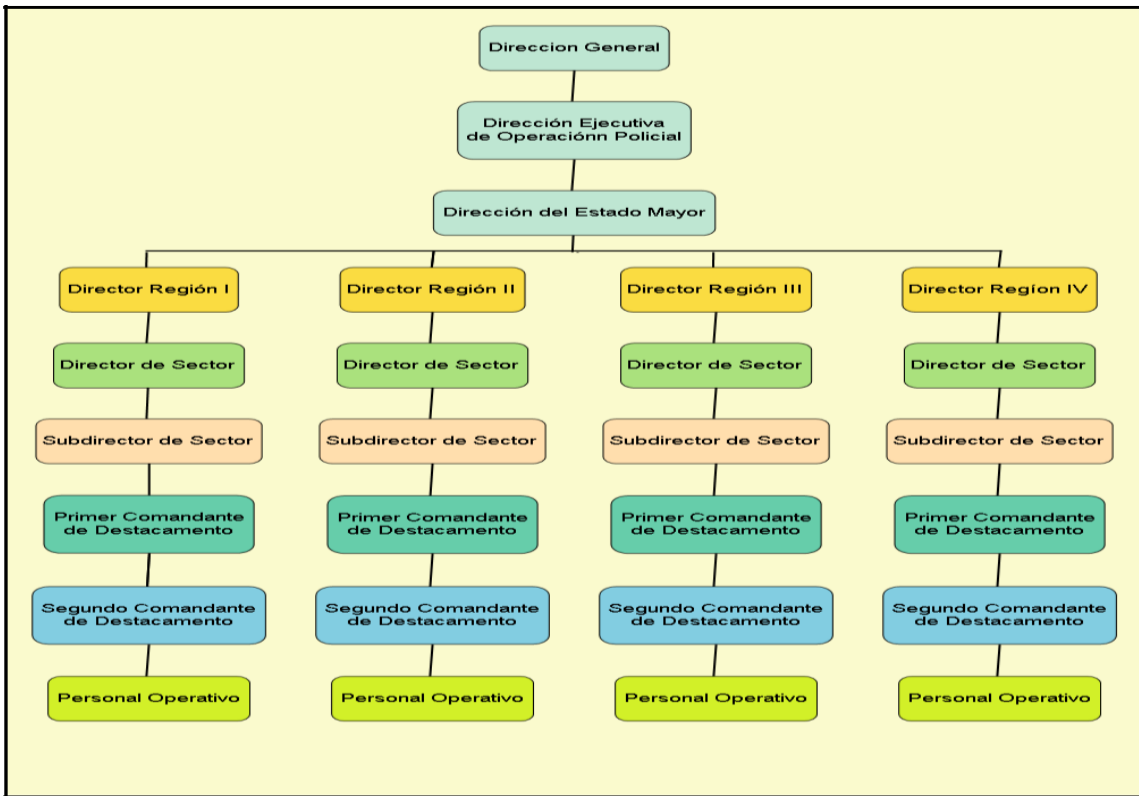


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el área Transparencia de la Policía Auxiliar

3.4 Estructura Orgánica

Esta corporación operativamente tiene los siguientes mandos; se compone por un Director General, Director Ejecutivo de Operación Policial, Director del Estado Mayor Policial, Directores de las Cuatro Regiones, Directores de los distintos sectores, Subdirectores de los sectores, Primeros Comandantes de Destacamento, Segundos Comandantes de Destacamento, Jefes de Turno (si los hay), y personal operativo.

Figura 4. Estructura Operativa de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México



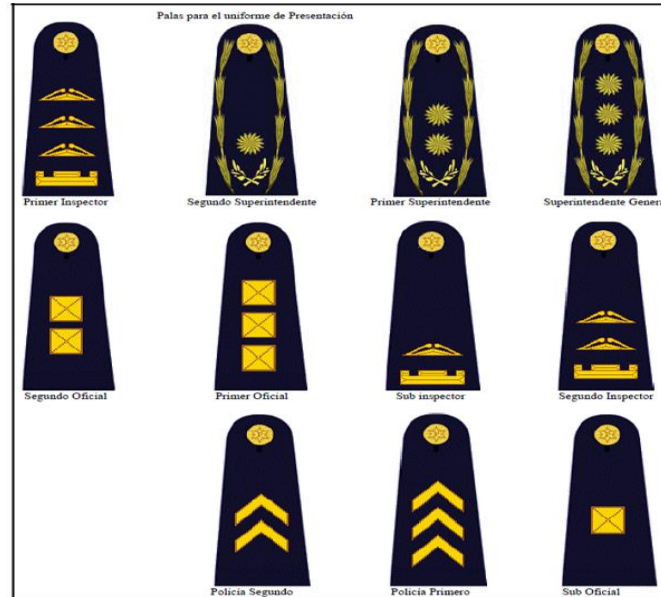
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el área Transparencia de la Policía Auxiliar

De esta manera, se toman decisiones y se ejecutan las órdenes que se tengan por día en todos los servicios en los que labora la policía auxiliar, ya sea en servicios intramuros (protección de bienes muebles e inmuebles) o extramuros (custodias, protección a personas o seguridad pública en las Alcaldías de la Ciudad de México).

Las jerarquías que la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México ha determinado para toda la policía y dentro de la carrera policial es la siguiente¹¹:

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| I. Superintendente General | VII. Primer Oficial |
| II. Primer Superintendente | VIII. Segundo Oficial |
| III. Segundo Superintendente | XIX. Suboficial |
| IV. Primer Inspector | X. Policía Primero |
| V. Segundo Inspector | XI. Policía Segundo |
| VI. Subinspector | XII. Policía |

Figura 5. Jerarquías de la Policía de la Ciudad de México



Fuente: Imagen recuperada de [s://www.google.com/search?q=imagenes+de+jerarquia+de+policias+cdmx&rlz=1C1SQJL_enMX883MX883&sxsrf=ALeKk03P1SufuFz38qOceUDOZ8WWhyxY1Q:15883743](https://www.google.com/search?q=imagenes+de+jerarquia+de+policias+cdmx&rlz=1C1SQJL_enMX883MX883&sxsrf=ALeKk03P1SufuFz38qOceUDOZ8WWhyxY1Q:15883743)

¹¹Con la entrada en vigor de la Ley de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México, a finales del 2020 estas jerarquías fueron modificadas y se homologaron en los tres niveles de gobierno. Pudiendo consultar dicha jerarquización en ssc.cdmx.gog.mx/storage/app/media/Banners%20Destacados/cartel_CarreraPolicial_Jerarquizacion.pdf

Cada una de estas jerarquías tiene su distintivo, mismos que son conocidos por cada elemento que integra a la Policía de la Ciudad de México. La jerarquía es independiente a la comisión que tenga cualquier integrante de la policía; hay policías que no tienen jerarquía, pero sí una comisión de servicio que los coloca por encima de alguna jerarquía superior, ocupando cargos de hasta subdirectores o directores, sin embargo, las jerarquías son respetadas entre los integrantes de la policía, y se dan las demostraciones de respeto a cada una, siendo la jerarquía con menor nivel el de policía.

Figura 6. Muestra los cargos de estructura que son ocupados por los diferentes puestos

| Denominación del puesto | Cantidad |
|-------------------------|----------|
| EMPLEADO | 46 |
| POLICIA | 11 |
| POLICIA PRIMERO | 6 |
| POLICIA SEGUNDO | 10 |
| PRIMER INSPECTOR | 3 |
| PRIMER OFICIAL | 34 |
| PRIMER SUPERINTENDENTE | 2 |
| SEGUNDO INSPECTOR | 14 |
| SEGUNDO OFICIAL | 20 |
| SEGUNDO SUPERINTENDENTE | 1 |
| SUB OFICIAL | 9 |
| SUBINSPECTOR | 10 |
| VACANTE | 12 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el área Transparencia de la Policía Auxiliar

En los siguientes gráficos se muestra el personal que ocupa puestos operativos, administrativos, y en general todos los que tienen y no tienen jerarquías:

Figura 7. Muestra la cantidad de personal que cuenta y no con jerarquía; siendo el nivel más bajo el policía

| Denominación del puesto | Cantidad |
|-------------------------|----------|
| POLICIA | 18760 |
| POLICIA SEGUNDO | 5438 |
| POLICIA PRIMERO | 1483 |
| EMPLEADO | 569 |
| SUB OFICIAL | 388 |
| SEGUNDO OFICIAL | 187 |
| PRIMER OFICIAL | 107 |
| SUBINSPECTOR | 24 |
| SEGUNDO INSPECTOR | 21 |
| VACANTE | 12 |
| PRIMER INSPECTOR | 8 |
| PRIMER SUPERINTENDENTE | 2 |
| SEGUNDO SUPERINTENDENTE | 1 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos 49 obtenidos del área Transparencia de la Policía Auxiliar

Figura 8. Muestra el personal con y sin jerarquía que realiza trabajo operativo

| Denominación del puesto | Cantidad |
|-------------------------|----------|
| PRIMER OFICIAL | 61 |
| PRIMER INSPECTOR | 5 |
| SEGUNDO INSPECTOR | 7 |
| SEGUNDO OFICIAL | 143 |
| POLICIA PRIMERO | 1460 |
| SUBINSPECTOR | 14 |
| POLICIA SEGUNDO | 5404 |
| SUB OFICIAL | 376 |
| POLICIA | 18719 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del área Transparencia de la Policía Auxiliar

Figura 9. Muestra el personal que realiza trabajo administrativo

| Denominación del puesto | Cantidad |
|-------------------------|----------|
| EMPLEADO | 523 |
| POLICIA | 30 |
| POLICIA PRIMERO | 17 |
| POLICIA SEGUNDO | 24 |
| PRIMER OFICIAL | 12 |
| SEGUNDO OFICIAL | 24 |
| SUB OFICIAL | 3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del área de Transparencia de la Policía

3.5 Jornadas laborales

Las jornadas laborales están en función de la comisión que tenga cada policía o jerarquía y/o también en función del servicio en donde se encuentren adscritos; quienes tienen una comisión de estructura o administrativa por lo regular tienen un horario de 06:00 hrs. hasta que les den salida los mandos superiores que es por lo regular a partir de las 19:00 horas y/o hasta que se requiera el servicio de cada policía o jefe, es decir, laboran más de 12 horas diarias; quienes se encuentran adscritos algún servicio intramuros o extramuros tienen horarios de 12 horas diarias por un día de descanso a la semana (12x12), o 12 horas de trabajo por 24 de descanso (12x24), o 24 horas de trabajo por 24 horas de descanso (24x24).

Este panorama muestra a grandes rasgos la forma en que se integra y labora la Policía de la Ciudad de México, incluida la Policía Auxiliar y sus mandos operativos.

3.6 La problemática de la Seguridad Social y los Servicios de Salud en la Policía Auxiliar

La seguridad social en México está condicionada por una relación laboral, es decir, que este derecho sólo se garantiza a aquellas personas que se encuentran trabajando en una relación obrero-patronal, en donde ambos actores en coadyuvancia con el Estado contribuyen para satisfacer las necesidades de orden material, económico, cultural, de salud, de pensión, entre otras de igual importancia que en su conjunto buscan elevar la

calidad de vida, los niveles de salud y , en general, contribuir al bienestar integral de las personas.

Ahora bien, la seguridad social dentro de la administración pública, ha sido adoptada como un conjunto de medidas que el gobierno lleva a cabo para satisfacer las necesidades de los trabajadores que fungen como servidores públicos dentro de cualquier institución de gobierno. En este sentido, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), es una institución de carácter público que tiene entre otras finalidades, prestar los servicios de salud a sus derechohabientes en las diferentes entidades federativas que pertenezcan a la administración pública local o federal.

No todos los trabajadores que pertenecen a los cuerpos de seguridad pública de la Ciudad de México cuentan con una seguridad social institucionalizada, por ejemplo, la Policía Preventiva cuenta con una seguridad social provista por el ISSSTE, en contraste, la Policía Auxiliar cuenta con una caja de previsión social que tiene como finalidad satisfacer las necesidades de los policías y de sus familiares.

3.6.1 Los servicios de salud en la Policía Auxiliar

La Policía Auxiliar, cuenta con la Caja de Previsión Social de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA), que tiene como objetivo general: *“satisfacer las necesidades materiales, de salud, sociales, cultural y recreativos de los elementos que lo conforman y de sus beneficiarios a fin de elevar su bienestar y mejorar sus niveles de salud”* (Manual Administrativo CAPREPA; 03; 2007).

De esta manera, el mismo Manual Administrativo (2007), refiere que:

La Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México debe garantizar el acceso al derecho a la protección social de la salud de sus derechohabientes. La Dirección de Servicios de Salud es el área responsable de contratar los servicios médicos y de salud destinados a garantizar tal derecho. Su misión es “asegurar el otorgamiento de los servicios de salud en sus diferentes niveles de complejidad de atención con calidad y efectividad a la que tienen derecho los elementos, pensionados y derechohabientes de la PACDMX (p.57).

La CAPREPA ha contratado servicios de salud y médicos para tal fin; se conocen siete clínicas periféricas de primer nivel distribuidas en la zona metropolitana y sólo un hospital donde se recibe atención de segundo y tercer nivel. Cabe mencionar que estas clínicas

subrogadas dan atención no sólo a los derechohabientes de la Policía Auxiliar, sino a la población que demanda el servicio de salud de una forma particular.

3.6.2 Antecedentes de la Seguridad Social de la Policía Auxiliar

Mendoza (2009), señala que desde los años de su formación como cuerpo de seguridad pública y durante la época en que se le otorgó reconocimiento en las leyes locales de la Ciudad de México, los integrantes de la policía auxiliar no fueron incorporados a los servicios de seguridad social institucionales (IMSS o ISSSTE), ni a la Caja de Previsión de la Policía Preventiva del Distrito Federal. Por lo que estas prestaciones de orden social se otorgaron directamente por la corporación, a través de una Asociación denominada “Asociación de Miembros de la Policía Auxiliar, A.C.”, consistentes principalmente en: seguro de vida; pensión por incapacidad total permanente en actos de servicios; jubilación; gastos de defunción; servicio médico integral y prestamos del fondo de ahorro. (p.33)

3.6.3 La Asociación Civil de Servicios Sociales para la Policía Auxiliar del Distrito Federal

Santos (2004), menciona que el 4 de julio de 1984 entra en vigor el Reglamento de Fondo de Ahorro y Prestaciones Sociales de la Policía Auxiliar, cuyo objeto era el de adecuar las normas necesarias para el funcionamiento del Fondo de Ahorro y Prestaciones Sociales de la Policía Auxiliar del Distrito Federal y en su caso constituir las instrucciones que deberá aplicar el fiduciario que administre los recursos del Fondo (p.126).

En dicho reglamento se estableció que, todo el personal al servicio permanente de la Policía Auxiliar sería miembro del fondo de ahorro (se desconocen las aportaciones y cantidades monetarias) con las prerrogativas y obligaciones que ello implicaría y tendrían derecho a gozar de los beneficios que otorgaba el Fondo de Ahorro para prestaciones sociales. (p.126)

La Dirección del Fondo de Ahorro y Prestaciones Sociales estaría encomendada a un Comité Técnico que tenía autonomía en el ejercicio de sus funciones, dentro de los términos de dicho reglamento. (p.127)

El 8 de enero de 1988, se constituyó la Asociación Civil denominada Servicios Sociales para la Policía Auxiliar del Distrito Federal, (integrada por los comandantes que integraban la corporación) en la cual se establecía que el patrimonio del Fondo de Ahorro y Prestaciones Sociales de la Policía Auxiliar, pasaría a integrar el patrimonio de la

Asociación Civil “Servicios Sociales de la Policía Auxiliar del Distrito Federal” a efecto de que por conducto de esta asociación civil se otorgaran las prestaciones sociales contenidas en los objetivos de dicha asociación, adoptando desde ese momento como instrumento normativo el reglamento del Fondo de Ahorro y Prestaciones Sociales de la Policía Auxiliar del Distrito Federal. (p.128)

Sin embargo, Mendoza (2009), menciona:

La existencia de una Asociación Civil encargada de administrar recursos para la seguridad social de los trabajadores de un organismo de la administración pública del Distrito Federal representaba una relación complicada porque no había un sustento jurídico administrativo que fortaleciera la coordinación y el funcionamiento entre la policía auxiliar y la asociación civil y, porque había poca transparencia en el manejo de los recursos, lo que afectaba directamente al personal y a sus familias en sus prestaciones sociales (p.33).

Uno de los objetivos de esta asociación fue el otorgamiento de servicios médicos integrales para el personal y sus familiares directos, pero los servicios de salud se proporcionaban en dos clínicas periféricas y un Hospital llamado “Torre Médica”, ubicada en la colonia Tabacalera, de la Alcaldía Cuauhtémoc. Esta situación acentuaba la poca transparencia en el manejo de los recursos y la opacidad en las contrataciones de los servicios; no había una autoridad de la administración local que regulara estos contratos y actividades. La Asociación Civil no estaba obligada a la rendición de cuentas ante la administración del Distrito Federal, por lo que no se garantizaba el pago de pensiones al personal de la policía auxiliar, ni tampoco una atención de calidad en los servicios médicos. Según registros que se tienen a resguardo de la policía auxiliar, hasta el año 2002 sólo se pagaron 129 pensiones con un importe de un salario mínimo mensual cada uno (p.34).

Hasta antes del año 2000 la policía auxiliar representó, para la administración pública del Distrito Federal, una dificultad para garantizar la transparencia de los recursos que ingresaban a esta corporación por los servicios prestados, ya que estos no eran ingresados a la Tesorería de la Ciudad, esto porque los cobros por servicios de seguridad los realizaban de manera directa los comandantes de la corporación, desconociéndose, por tanto, el monto y destino de esos recursos. En esa misma situación se encontraban los recursos que se destinaban a la seguridad

social y que la Asociación Civil manejaba para satisfacer las necesidades de orden social para el personal de esta corporación (p.34).

Por tal motivo el Gobierno de la Ciudad de México dispuso que los ingresos de la policía auxiliar que se generaban por los servicios que presta fueran administrados por la Tesorería del Distrito Federal, además de que se formalizara la seguridad social en esta corporación y se ofrecieran los beneficios a todo el personal y sus familiares de manera más clara y eficaz (p.35).

3.7 Creación de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (CAPREPA)

La CAPREPA surge formalmente a través del decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 26 de mayo del 2000. El plan de Previsión Social, las Reglas de Operación y el Estatuto Orgánico que la regulan fueron publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 25 de octubre del 2001. La Caja entra en operación el 1 de enero del 2002 (CAPREPACDMX).

Mediante oficio OM/0884/2003 de fecha 14 de julio de 2003, se autorizó la Estructura Orgánica de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal, de conformidad con el Dictamen 10/2003, que entró en vigor a partir del 16 del mismo mes y año. (CAPREPACDMX)

La creación de este organismo se fundamenta en el artículo 123, apartado “B”, fracción XIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: tiene personalidad jurídica y patrimonio propio, está sectorizada a la Oficialía Mayor del Gobierno del Distrito Federal y tiene por objetivo

Otorgar a los elementos y a sus legítimos beneficiarios las prestaciones contenidas en las Reglas de Operación del Plan de Previsión Social de los miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal; de orden material, económico, vivienda, social, cultural, recreativo y servicios de salud a los que tiene derecho, a fin de elevar su bienestar mediante una administración responsable, eficiente y eficaz que permita con certidumbre jurídica y absoluta honestidad el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros asignados, proporcionando en todo momento servicios con calidad y calidez (Artículo 2º, p. 2).

El patrimonio de la Caja, de acuerdo al decreto de creación, se integra por los ingresos que transfiera la Policía Auxiliar por concepto de aportaciones y cuotas de los elementos

activos de la corporación, en los términos que establecen las Reglas de Operación; los bienes muebles e inmuebles que se le entreguen o transfieran en propiedad, así como los recursos financieros que se le asignen; los recursos que anualmente se le asignen en el Presupuesto de Egresos del Distrito Federal, y los demás bienes, derechos y recursos que por cualquier otro título adquiriera. (Artículo 3º, p. 3)

En relación al párrafo anterior es importante mencionar que, de acuerdo a las Reglas de Operación del Plan de Previsión Social de los miembros de la Policía Auxiliar, en sus artículos siguientes señalan lo siguiente:

Artículo 11.- El sueldo básico que se tomará en cuenta para los efectos de estas Reglas, será el sueldo o haber más riesgo, despensa y las compensaciones que reciban los elementos por el desempeño de sus funciones, en sus diferentes niveles

Artículo 12.- Todo elemento deberá cubrir a la Caja, una aportación obligatoria del 8% del sueldo básico de cotización que disfrute, definido en el artículo anterior.

Artículo 13.- La corporación cubrirá a la Caja como aportaciones, el equivalente al 17.75% del sueldo básico de cotización de los elementos.

En el Bando número 16, de fecha 28 de diciembre del 2000 el Gobierno del Distrito Federal, informó que asumiría totalmente la administración de la Policía Auxiliar para llevar a cabo una reforma que permitiera sanear, transparentar y poner orden en esta corporación.

Con esta decisión se desplazó a la Asociación Civil que hasta entonces era la encargada de administrar los recursos destinados a la seguridad social y la prestación de servicios.

La creación de la CAPREPA, afectó los intereses de los comandantes de la corporación, que agrupados dirigían la Asociación Civil, la cual durante su existencia adquirió en propiedad diversos bienes muebles e inmuebles que durante mucho tiempo estuvieron en litigio con la Caja. (Mendoza, 2009)

De acuerdo al diagnóstico que realiza el Programa Institucional de la CAPREPA (2014-2018); la Caja de Previsión nace sin soporte financiero, además de pasivos laborales estimados en 6,000 millones de pesos. Desde su origen funciona sin recibir aportaciones de Elementos Activos y de la Corporación; su presupuesto se basa en aportaciones

presupuestales del Gobierno de la Ciudad de México, incumpliendo lo establecido en las Reglas de Operación. (p.12)

3.7.1 Los servicios de salud dentro del Plan de Previsión Social para la Policía Auxiliar de la Ciudad de México.

El Plan de Previsión Social de los Miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal es el documento rector que recoge las demandas y necesidades, que en materia de previsión y seguridad social exigen los integrantes de la policía auxiliar de la Ciudad de México. Se establecen también los objetivos, políticas, estrategias generales, los programas y proyectos prioritarios a partir de los cuales se centra la operación de la CAPREPA.

La problemática detectada, a partir de la cual se elabora el referido Plan de Previsión Social, es amplia, sin embargo, sólo ahondaremos en el rubro de salud que es lo que en este trabajo nos ha interesado investigar; este Plan de Previsión se elaboró a partir de las condiciones que presentaba esta institución policial hasta antes del año 2000 (Mendoza, 2000).

1. Para el año 2000 la plantilla de personal de la policía auxiliar atendida en el servicio médico ascendía a 40, 782 personas, sumando un total con familiares directos de 163, 235 derechohabientes. Actualmente la CAPREPA tiene un registro de 105, 552 derechohabientes, de los cuales 28,000 son personal activo de la policía auxiliar.
2. Las consultas médicas se proporcionaban a través de servicios médicos particulares subrogados, los cuales contaban con una Torre Médica y dos clínicas periféricas, mismas que no lograban satisfacer plenamente las necesidades de los demandantes. En la actualidad los servicios médicos siguen siendo subrogados, y se cuenta con siete clínicas y un hospital para atender a todos los derechohabientes de acuerdo a los datos de la CAPREPA.

Para hacer frente a esta problemática detectada y responder a las exigencias de los elementos de la policía auxiliar, el Plan de Previsión Social (2001), estableció los programas que directamente se relacionan con la problemática detectada, los cuales consisten en: *protección a la salud y proyecto prioritario de atención a la mujer*.

Estos dos programas tienen (porque no se han modificado) como objetivos y líneas de acción los siguientes:

a) Protección a la salud

Descripción: la atención médica comprende servicios destinados a los derechohabientes con el fin de promover, educar, mantener, proteger o restaurar su salud. Su operación se relaciona con acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de daños a la salud, a realizar en consultorios de medicina familiar, de especialidad y en hospitales y clínicas subrogadas en el Distrito Federal y zona conurbada.

Objetivo: Frenar el deterioro de la salud, elevar la calidad de los servicios, y ampliar la cobertura con base en la aplicación de un modelo de salud regionalizado y estructurado por niveles de atención, fortaleciendo su primer nivel, a la medicina preventiva y la educación para la salud.

Líneas de acción:

- Crear un modelo de salud en forma progresiva, dando énfasis a la atención preventiva, fomento a la salud e información oportuna a los derechohabientes.
- Mejorar el nivel de salud de los derechohabientes, para incidir en la reducción de tasas de mortalidad, morbilidad y de las enfermedades más frecuentes de los elementos de la policía auxiliar y sus legítimos beneficiarios.
- A través de la educación para la salud se crearán programas que atiendan y detecten por sectores a las enfermedades infectocontagiosas; logren el control efectivo de las enfermedades crónico-degenerativas y promuevan la atención integral al adulto, al niño, al joven y a las mujeres.
- Lograr dotar a las clínicas periféricas en forma oportuna y eficiente, de acuerdo a los indicadores sectoriales, de los recursos humanos, equipos, materiales de trabajo, medicamentos y servicios de mantenimiento, para garantizar la adecuada operación y prestación de los servicios de salud.
- Garantizar los servicios de segundo y tercer nivel de atención a través de diferentes especialidades y hospitales, buscando elevar la calidad de atención médica y mejorando el servicio.
- Supervisar la calidad de los servicios contratados y lograr que sean eficaces y eficientes.
- Capacitar y actualizar al personal médico y paramédico, buscando mejorar la calidad de los servicios y lograr una atención más humanizada para los derechohabientes.

- Desarrollar acciones tendientes a elevar la productividad y calidad en los servicios de protección a la salud, mediante el establecimiento de programas de cirugía ambulatoria, corta estancia en puerperio normal, citas programadas, reducción de tiempos de espera, ampliación de horarios de servicios, control de asistencia y permanencia, entre otros.

a) Proyecto Prioritario de Apoyo a la Mujer

Descripción: Las acciones a realizar para apoyar a las mujeres policías de la corporación pretenden impulsar su desarrollo personal y profesional, con la finalidad de coadyuvar a elevar su calidad de vida. Por otra parte, brindar el apoyo necesario para que los hijos de la mujer que realiza actividades de policía auxiliar tengan acceso a una estancia infantil, surge como una respuesta a las necesidades de la mujer policía.

Objetivo: lograr la plena igualdad y equidad de las mujeres en sus funciones como policías, con pleno respeto a su dignidad, consolidando prestaciones sociales en su beneficio.

Líneas de acción

- Realizar periódicamente campañas de prevención e información acerca de las diferentes enfermedades inherentes a la mujer.
- Asegurar las prestaciones que se ofrecen a las mujeres policías en relación a la protección de la maternidad, salud y cuidado de sus hijos.

Como podemos observar dentro de los objetivos y líneas de acción de estos dos programas se hace referencia al acceso a un conjunto de beneficios a los que tienen derecho las y los derechohabientes de los servicios médicos y mujeres en activo que integran a la policía auxiliar; se menciona la creación de estancias infantiles, de servicios médicos integrales para las mujeres, de campañas para prevenir enfermedades propias de las mujeres, de atención prioritaria a niños, adultos y jóvenes; se habla de una regionalización y acceso efectivo de los servicios médicos y de salud, y de fortalecer el primer nivel de atención con calidad y acceso a medicamentos básicos; capacitación del personal médico, enfermeras y paramédicos para brindar un servicio profesional, asertivo, humano y de calidez. Sin embargo, no se han cumplido con todos los objetivos; un hospital y siete clínicas no son suficientes para enfrentar la demanda de servicios médicos para un poco más 100 mil derechohabientes que se tienen en la actualidad.

Los resultados esperados no han sido favorables; han pasado casi veinte años de la creación de la CAPREPA, del Plan de Previsión y sus Reglas de Operación sin que haya un gesto de satisfacción de los usuarios; existen carencias en medicamentos, de médicos, enfermeras, especialistas, instrumental y equipo médico, etc., la transparencia en los procesos de licitación para los servicios subrogados también son poco claros y no hay rendición de cuentas ante los usuarios de los servicios.

3.7.2 La Subrogación de Servicios Médicos que provee la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (CAPREPA).

La subrogación es una figura del Derecho Civil Mexicano, contenida en el artículo 2058 del Código Civil para el Distrito Federal (hoy Ciudad de México), cuyo empleo tiene alcances importantes al recurrirse a ella para cumplir con una “obligación de dar” a alguien que tiene un “derecho de recibir”. En sentido estricto se trata de la transmisión de obligaciones a un tercero para que proporcione el servicio que se demanda. El empleo de esta figura es poco usual en la administración pública; se enmarca en la nueva relación del mercado y el Estado, en la que se busca que agentes privados se involucren en la atención y solución de problemas públicos. (Mendoza, 2009)

La necesidad de que CAPREPA tenga una relación con particulares se da por la necesidad de cumplir con los objetivos planteados en el Plan de Previsión que es la de proporcionar los servicios de salud (medico-hospitalario, de laboratorio, gabinete, medicamentos). De acuerdo al artículo 94 de las Reglas de Operación de la Caja menciona que:

Los servicios médicos que reciban los elementos, pensionistas y familiares derechohabientes serán prestados por la Caja en forma directa o por medio de contrato y convenio que para tal efecto se establezcan para este fin de conformidad con lo establecido en la Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal y el Plan de Previsión de los miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal.

En tales casos las empresas e instituciones que hubiesen suscrito esos convenios o contratos estarán obligados a responder directamente de los servicios y proporcionará a la Caja los informes y estadísticas médicas o administrativas que ésta les pida, sujetándose a las disposiciones, normas técnicas, inspecciones, vigilancia y demás disposiciones prescritas por la misma Caja. (p.25)

Esta contratación de los servicios médicos se da por las siguientes condiciones:

1. La CAPREPA, desde su creación, no cuenta con una infraestructura propia, ni con personal médico y especializado que le permita proporcionar los servicios médicos y de salud a los beneficiarios directos, pensionados y personal activo, por lo que recurre a la subrogación de estos servicios para cumplir con sus obligaciones y garantizar el derecho de los derechohabientes.
2. La obligación de dotar de seguridad social, y de servicios médicos hospitalarios a poco más de 100 mil derechohabientes que se tienen registrados.
3. La necesidad de vigilar y evaluar los programas destinados a la salud y atención integral a la mujer; hacer más transparentes los recursos y que los servicios fueran accesibles y de calidad para todos los beneficiarios.

Bajo este panorama, CAPREPA contrata los servicios médicos y hospitalarios, así como de laboratorio, medicamentos, e insumos, para ofrecer un servicio integral a sus beneficiarios apegados al Plan de Previsión y a sus Reglas de Operación.

Se pretende que estos programas satisfagan las necesidades de la población derechohabiente. En la actualidad, según datos del área de transparencia de la CAPREPA, se ofrece servicio médico en las siete clínicas a la siguiente población, incluidos personal activo y familiares directos:

Tabla 6. Clínicas Subrogadas por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar (CAPREPA)

| Clínica familiar | Dirección | No. de derechohabientes |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Especialidades Médicas Tlalnepantla | Allende No. 12, Col. Tlalnepantla Centro, C. P. 54000, Tlalnepantla Estado de México | 5,779 |
| Oscami | Calzada Ermita Iztapalapa, No. 2222, Colonia Constitución de 1917, Alcaldía Iztapalapa, CdMx. | 14,005 |
| Especialidades Guarneros | Av. Ignacio Pichardo Pagaza, esq. Valle de los Toltecas, No. 70, Colonia Fuentes de Aragón, Ecatepec, Estado de México. | 10,914 |
| Alta Especialidad y Diagnostico | Av. Pancho López, No. 294, Colonia Benito Juárez, Nezahualcóyotl Estado de México. | 12,579 |
| Sonia Rojas García | Excélsior No. 86, Colonia Industrial, Gustavo A. Madero, CdMx. | 7,770 |
| Unidad de Medicina Familiar | Dr. Carmona y Valle, No. 135, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CdMx. | 6,861 |
| Servicios y Atención Médica Especializada "SAME" | Av. Cuauhtémoc No.15 Colonia San Miguel Jacalones, Chalco, Estado de México. | 10,238 |
| Total | | 68,146 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del área de Transparencia de la Policía Auxiliar

Podemos observar que cuatro de siete clínicas se encuentran ubicadas en el Estado de México, lo que significa que la mayor parte de derechohabientes radican en esta zona geográfica, representando el 57% de los beneficiarios. De este 57 %, el 33.5% radican o viven en el oriente y noreste de la zona conurbada de la Ciudad de México. Es decir, que pertenecen a los municipios de Nezahualcóyotl, Chimalhuacán, los Reyes, Chicoloapan, Ixtapaluca, Valle de Chalco, Chalco, Ameca, Ozumba, Cocotitlán, entre otros, y a la zona oriente y norte de la alcaldía de Iztapalapa.

En cada una de estas clínicas se tiene un “Módulo de Atención a Usuarios”, atendido por personal de la CAPREPA, el cual tiene como objetivo monitorear la calidad de la atención médica, orientar a los usuarios sobre el acceso y otorgamiento de servicios; llevar el control de los mismos; supervisar el funcionamiento de los centros de atención médica y agilizar la atención de los derechohabientes.

Con la información que se adquiere en estos módulos se elabora un registro que se incorpora a un programa informático llamado “Sistema de Información en Salud”, con el fin de controlar, dar seguimiento y evaluar la atención que se brinda a los usuarios de estos servicios, además con este sistema se registra la productividad diaria en las clínicas y hospitales subrogados.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la investigación realizada sobre la forma en que, según la experiencia de un grupo de policías, se prestan los servicios médicos en una de las clínicas subrogadas.

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA Y RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Capítulo 4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de metodología

Dado que la problemática que se presenta es un fenómeno de orden social, fue necesario que la metodología utilizada fuera acorde con los objetivos de la investigación. En este sentido, se requirió de una metodología que nos permitiera involucrarnos en la vida social de los sujetos así como captar sus experiencias y vivencias desde su propia perspectiva.

Como lo menciona Rodríguez, (1996)

La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales-entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos- que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. (p.32)

La metodología que se utilizó en este trabajo de investigación es de tipo cualitativa y descriptiva; de esta manera se obtuvieron datos subjetivos de los sujetos de investigación, es decir, aquellas opiniones, discursos, sentir y saberes que permiten realizar una interpretación de la realidad, una descripción de un fenómeno o problemática presentada.

De acuerdo a Taylor y Bogdan, la investigación cualitativa “es una investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.”[...] “ve a las personas como un todo...estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan” (1994, pp.34 y 36).

En este sentido, se participó directamente con los sujetos a quienes se observó y entrevistó, se utilizaron la entrevista en profundidad y la observación participante; estas dos herramientas metodológicas nos permitieron obtener resultados significativos para un mejor análisis e interpretación de los resultados que se obtuvieron en el trabajo de campo para poder categorizarlos de una manera más definida.

De acuerdo a Taylor y Bogdan (1994), el investigador cualitativo interacciona con la persona de una forma natural y no intrusiva:

...el fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que se experimenta al mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante...se identifica con las personas que estudian para poder comprender como ven las cosas. (p. 46)

En este sentido, la investigación pretende entender y describir, además de la problemática que se presenta, las experiencias y vivencias que les permiten emitir juicios de valor en relación a los servicios médicos que subroga CAPREPA. Cada uno de ellos tiene una historia de vida que le da un significado a su propia realidad y la forma en que percibe las circunstancias de la vida.

La experiencia al acudir de forma recurrente a los servicios de salud permitió que los entrevistados externaran su sentir, percepción y opinión acerca de la atención y condiciones en las que reciben la atención médica en la clínica SAME. Esta aportación nos permitió describir el contexto que cada uno enfrenta a la hora de recibir y/o solicitar atención médica, lo que en consecuencia sirvió para realizar un análisis enriquecedor que se presenta más adelante.

La información se organizó a partir de los cuatro componentes del derecho a la salud (accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad) de acuerdo a la Observación General No. 14, derivado del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Estos componentes son los mínimos necesarios que un Estado Parte debe adoptar para que las instituciones médicas y de salud garanticen el acceso efectivo al derecho a la salud de la población tal como lo establecen algunos instrumentos jurídicos internacionales, así como el marco jurídico nacional, mencionados con anterioridad.

A los resultados y al análisis se le dio un argumento teórico y nos dejó ver que en la práctica, los servicios médicos y de salud que se prestan no son acordes con las exigencias y necesidades de los usuarios y mucho menos con lo que se plantea en los planes y reglas de operación de la CAPREPA. De esta manera, nuestro análisis tiene un enfoque basado en los derechos humanos, con una perspectiva desde la promoción de la salud; herramienta necesaria que involucra, para su estudio, no sólo una dimensión biológica del ser humano, sino social, cultural y política, es decir, se aborda el análisis de una manera compleja e integral.

Después de categorizar la vasta información que arrojaron estas entrevistas y nuestras observaciones de campo, se pudo manejar de forma más clara y precisa dicha información, lo que permitió realizar el análisis que se presenta de forma detallada.

4.2 El contexto de la investigación

La investigación se realizó entre el personal de la policía auxiliar que presta sus servicios en uno de los tres zoológicos de la Ciudad de México. Dentro de la plantilla que brinda el servicio a dicha institución (28 personas), varios policías son adultos y adultos mayores. En el periodo del levantamiento de datos había nueve policías con edades mayores a sesenta años y siete policías de cincuenta a sesenta años, es decir, que este personal de adultos y adultos mayores representaban el 57.1 % de la plantilla del personal que trabajaba a diario, de ellos, cuatro eran mujeres. De los mayores de sesenta años varios de ellos comenzaron a retirarse por un programa de retiro digno y otros, por su condición de salud, lo que redujo el número de informantes para la investigación. La mayoría de ellos presentaban problemas de salud crónico-degenerativas como son: diabetes, hipertensión, lumbalgia ciática, problemas en la próstata, enfermedades en riñones, debilidad visual, deterioro de rodillas y de movilidad. Los compañeros al externar acerca de su condición de salud e historial médico, tenían un pensamiento en común, el cual era que los servicios médicos que brinda la policía auxiliar eran “pésimos” y/o habían sido mal tratados o atendidos, (esta es una percepción generalizada) en la clínica que les correspondía. En especial, los compañeros (varios de ellos fueron mis informantes) se quejaban de la atención en la clínica SAME, por lo que despertó más mi interés por investigar las razones, y saber por qué sus opiniones reprobaban la atención, no sólo médica, sino administrativa de esta clínica.

Bajo este panorama, tuve una postura crítica y de análisis en relación a la problemática que presentaban los informantes, por lo que, desde mi formación como promotor de la salud, tomé esta situación como una oportunidad para poder llevar a cabo esta investigación y poner a la práctica los conocimientos integrales y las herramientas metodológicas que a lo largo de la carrera fui adquiriendo. Me cuestionaba sobre, ¿cuál sería la problemática a plantear?, ¿la condición de salud podría ser resultado de los años de servicio?, ¿por qué hay tanto personal de avanzada edad que no se quiere retirar?, o ¿por qué no se garantiza el acceso efectivo al derecho a la protección social de la salud en estos servicios médicos?, ¿por qué una Caja de Previsión Social y no una seguridad social institucionalizada?, entre otras preguntas. Es decir, me encontraba frente a un

panorama y problemática compleja, pues hay todo un abanico de opciones para investigar, y espero que más adelante haya forma de hacerlo. De esta manera me motivaron dos situaciones, la primera porque la problemática que se plantea (la mala atención y la inaccesibilidad) es una afectación a nuestros derechos humanos fundamentales. Este problema, que se ha venido agravando a lo largo de los años, es de interés para la promoción de la salud, en un sentido holístico, ya que el ejercicio del derecho a la salud no se limita a la atención médica, sino es un conjunto de condiciones que hacen posible que el ser humano alcance un estado de bienestar completo, como lo menciona la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986): “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”¹². Es decir, que se requiere que haya condiciones óptimas, y un conjunto de determinantes que hagan posible que las personas ejerzan su derecho a la salud, de los que destacan, la información, la no discriminación, la calidad, accesibilidad y disponibilidad, y la aceptabilidad de los servicios médicos y de salud, entre otros igual de importantes, que, en su conjunto, elevan los niveles de salud y mejoran la calidad de vida de la población.

La segunda razón que motivó mi interés, fue porque al ser parte de esta institución policial y brindar el servicio en el zoológico, tuve la oportunidad y el favor de las autoridades de esta Dirección y Subdirección del Zoológico¹³ para llevar a cabo el trabajo de campo sin mayores formalismos, es decir, sin mayores trámites burocráticos; sólo con el compromiso de realizarlo de un manera que no afectara las labores de los compañeros así como las mías. Una vez adquirido el consentimiento de las autoridades comencé por elegir a mis informantes y realizar las entrevistas, conseguir un teléfono celular que tuviera la capacidad de almacenar las entrevistas, videos e imágenes para dicha investigación y realizar mi diario de campo en dos formas: una escrita y otra en audio. De esta manera, realicé observaciones tanto en la clínica SAME como en el Hospital de Especialidades Álvaro Obregón y también realicé las entrevistas en profundidad a mis informantes clave. No me fue posible entrevistar a personal médico o administrativo de manera formal por las limitaciones de tiempo y porque las condiciones institucionales no permiten acceder a más información sin previa autorización, ya que ello requiere de una

¹²De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), se entiende por medios, a un conjunto de bienes e instrumentos para un fin determinado.

¹³Cabe mencionar que por razones de confidencialidad no se mencionan los nombres de los directivos de este centro de trabajo

serie de procedimientos burocráticos para tal fin, sin garantizar que sea favorable el apoyo. Por tal razón, sólo pude entrevistar de manera informal a un médico al que acudí por una consulta general y a quien tengo años de conocerlo por esta relación médico-paciente.

Cuestiones éticas en la investigación

Antes de hacerles saber a mis informantes sobre la finalidad de mi trabajo, me cuestionaba sobre cómo comunicarme con ellos de una forma asertiva y efectiva, de tal manera que la información que ofreciera en relación a la investigación, no sólo la recibieran, sino que la entendieran, o que al menos tuvieran una idea general sobre el trabajo que iba a realizar y que, por muchas razones, exigía de su participación constante para recabar información. El objetivo en este momento era que ellos aceptaran voluntariamente ser partícipes de esta investigación, y que tuvieran la certidumbre y seguridad de que se respetaría y garantizaría su autonomía, la confidencialidad y el anonimato en este proceso¹⁴.

Llegado el momento, al platicar con mis informantes, que además eran mis compañeros de trabajo, les informé el objetivo de este trabajo (que es totalmente académico), la problemática que estaba abordando, la necesidad de que formaran parte del mismo, la constancia de su participación en un periodo de tiempo, la institución académica a la que pertenezco, y el uso de los resultados que se obtuvieran. Utilicé palabras claras y sin tecnicismos para que lo pudieran entender mejor, no hice un procedimiento formal en donde dejaran asentada su firma de autorización, no quise que esta parte los incomodara o que pusiera en duda su participación, o estuvieran herméticos en las entrevistas.

Al respecto Abad, (2016) menciona que

...detenemos a diseñar el fondo y la forma más adecuada para el consentimiento informado, apartándonos del formato estandarizado escrito, no sólo resulta la opción más eficaz y válida, sino también la más aceptable desde una posición ética pues nos aleja de la consideración del procedimiento como requisito transcultural aplicable en los mismos términos a cualquier grupo o comunidad. (p.106)

¹⁴Abad, B. (2016). Menciona que los principios de consentimiento informado, la confidencialidad de la información y el respeto al anonimato de las personas son principios fundamentales a los que, dentro de la investigación social cualitativa, el investigador debe apegarse para no causar daños y respetar la integridad y dignidad de las personas.

Una vez obtenido su consentimiento informado, varios de ellos me comentaron con mucho deseo o esperanza que esperaban fuera útil la aportación de cada uno de ellos para esta investigación. En términos éticos, dentro de la investigación social, es importante apearse al principio de beneficencia, lo cual implica que se reconozca su participación, que beneficie a los participantes y a la comunidad de la que forman parte y que no se produzcan daños (Abad, 2016: 104). En este sentido, cada testimonio, opinión y experiencia compartida de los informantes se respetó, se valoró y significa no sólo un abanico de conocimientos que permitieron la culminación de este trabajo, sino la oportunidad de conocer sus vidas, dolencias, sufrimientos e impotencias que viven diariamente estas personas en su trabajo y cuando son atendidos en su clínica.

Al ser parte de esta experiencia, mi postura se coloca en dos dimensiones; una como parte de este cuerpo policial y la otra, como investigador. Dentro de la primera puedo observar y vivenciar que somos víctimas de un sistema lleno de injusticias y arbitrariedades, en donde la ignorancia y desconocimiento de muchos compañeros y compañeras incrementan los abusos y transgresión a nuestros derechos, se sienten vulnerados y oprimidos; se espera en muchos de los casos que la dinámica e inercia social produzca cambios en la estructura del poder, y se logren obtener derechos y prerrogativas que por ley nos merecemos. Sin embargo, las circunstancias y condiciones en las que se labora y vive dentro de esta corporación, se ha naturalizado y se han conformado con lo que hasta este momento nos han ofrecido, no pudiendo levantar la voz y exigir otra realidad, no por miedo a represalias, sino por ignorancia y desconocimiento de nuestro propio cuerpo normativo.

Por otro lado, al realizar esta investigación, me da la oportunidad de evidenciar, al menos en este tema, las condiciones en las que este subsistema de salud ofrece sus servicios a este sector de la población. Este trabajo, meramente académico, ofrece la oportunidad de seguir realizando investigaciones a futuro que puedan contribuir, en algún momento, a algunos cambios significativos que se pudieran dar dentro de estas instituciones de salud y/o en la CAPREPA, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud y seguridad social con las que cuenta esta corporación policial de la Ciudad de México.

4.3 Técnicas e instrumentos de investigación

Para la investigación me apoyé de la observación participante, entrevistas en profundidad e informales. Asimismo, recurrí de forma reiterada a la Plataforma de Acceso a la

Información Pública de la Ciudad de México para complementar información. Para cada una de estas técnicas se dejó asentado el reporte de cada día en audio y por escrito.

a. Observación participante

La observación participante obliga al investigador a socializar de una manera natural y no ofensiva, se relaciona con las personas a través de una plática cotidiana, se deben generar preguntas que motiven al interlocutor a comentar y externar información que podría ser importante. “Muchas de las técnicas empleadas corresponden a reglas cotidianas sobre la interacción social no ofensiva... los observadores participantes palpan la situación, avanzan lentamente y tocan de oído”. (Taylor y Bogdan, 1994, p.46).

En este caso, al tener acceso a este escenario, mismo del que soy parte, la observación participante se facilita, en el sentido de que uno tiene un lazo o vínculo de confianza con quienes vayan a ser el o los sujetos de investigación, son personas conocidas dentro del ambiente laboral, lo que permite generar un ambiente más amable y sin temor al rechazo. Sin embargo, también existen algunas circunstancias a las que tuve que enfrentar, ya que, al realizar las primeras pláticas informales, muchos entrevistados se sienten incómodos al momento de hablar de sus enfermedades o de sus malas experiencias, otros sin mayor problema platican de ellas y de otras cosas más. En varias ocasiones también se tocan ciertas fibras sensibles que debemos afrontar y tratar de resolver en el momento, el escuchar a las personas permite que los entrevistados externen sentimientos y emociones que les ayudan a sentirse diferentes, se desahogan, y después entre ambas partes regresamos a nuestro tema central. Este primer acercamiento te permite interactuar de una forma diferente, distinta a la laboral, conocer algunos aspectos que no se saben del otro también es importante y enriquece el diálogo y la comunicación. La confianza y la escucha son imprescindibles para la obtención de los primeros datos que sirvieron para formar los criterios de selección de mis entrevistados.

b. Entrevistas abiertas y en profundidad

Según Taylor y Bogdan (1994), las entrevistas en la metodología cualitativa se consideran flexibles y dinámicas, han sido descritas como no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. En todos los casos, los investigadores establecen rapport¹⁵ con los informantes a través de repetidos contactos a lo largo de cierto tiempo y desarrollan una comprensión detallada de sus experiencias y perspectivas. A esta forma de recuperar información de

¹⁵Fajardo, (2013). Señala que el rapport es un modelo de comunicación donde una de las personas actúa de acuerdo a como es el otro para que este se sienta a gusto, y actúe de forma natural y con confianza.

primera mano se le conoce como entrevistas en profundidad (pp.101 y104). La entrevista cualitativa en profundidad es, de acuerdo a Taylor y Bogdan: "... la herramienta de excavar favorita de los sociólogos" (p.100).

...entenderemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (p.102).

Robles (2011), define a la entrevista en profundidad como una forma de

adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro [...] (p.40).

Los informantes clave seleccionados para esta investigación fueron seis, de cada uno tuve su aceptación y consentimiento para ser grabados en audio, así cada uno aportó información valiosa e importante para el análisis e interpretación de datos. Las entrevistas en profundidad fueron realizadas dentro de las áreas y horarios de trabajo, siempre procurando buscar un lugar y momento para no ser interrumpidos por ruidos o solicitudes de apoyo o información. Es decir, nos hacíamos un poco a la sombra (buscábamos un lugar más alejado del paso de personas, pero sin ocultarnos en su totalidad), y sólo los días entre semana podía entrevistarlos, ya que el fin de semana era cuando más afluencia de gente hay, lo que hubiera complicado más la labor de la entrevista.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, sólo algunas otras, que fueron informales las asentaba en el diario de campo y las transcribía en una matriz que se elaboró para vaciar esta información.

Para las entrevistas, me apoyé de una guía que elaboré en función de los objetivos planteados y de cada una de las categorías, es decir, que las preguntas fueron diseñadas en relación a la calidad de los servicios, la accesibilidad física, económica, de información y no discriminación, de disponibilidad y aceptabilidad; cada una de estas categorías con sus respectivas preguntas abiertas me ayudaron a conseguir mucha información, y conforme avanzaban las entrevistas esta información me llevaba a generar otras preguntas. En ocasiones las y los entrevistados externaban sus emociones de una manera

sensible, y angustiada, por lo que uno toma una postura de empatía y de alteridad con ellos, lo que permite crear un ambiente de confianza, dejando que la entrevista fluya y se enriquezca la información. Un ejemplo de esto fue cuando Georgina¹⁶ externó sus problemas económicos y lo difícil que es para ella lidiar con el acceso al servicio médico, lo que representa gastos de bolsillo¹⁷, sumando a esto el gasto para comer diariamente y más aún, cuando de ella dependen todavía algunos de sus hijos, y un nieto. En estos casos, es en donde la entrevista se torna un poco incomoda porque salen otros problemas que reflejan desesperación y angustia. Por ejemplo, ella manifestaba que ya quería retirarse de la policía, pero las circunstancias económicas no lo permitían; era necesario seguir trabajando a pesar de las condiciones de salud que presentaba y de sus preocupaciones. La escuché y fui empático, sin embargo, sentí que pidió ayuda, auxilio, sólo pude decir algunas palabras de ánimo y que fueran alicientes para ese momento, fue una nueva experiencia, complicada, pero salimos adelante.

Las entrevistas formales a cada uno de mis entrevistados se hicieron en dos o tres sesiones durante un tiempo relativo que osciló cada una entre 35 a 60 o 70 minutos, dependiendo del contexto y el ánimo que se generaba en ese momento. Las entrevistas informales se llevaban a cabo en cualquier otro momento como una plática ordinaria; también de esta manera obtuve información importante, al no ser grabados los informantes, las pláticas eran muy interesantes; emitían comentarios sarcásticos, y se molestaban de una manera más peculiar sobre la atención médica en los distintos niveles de atención. Retomaba lo más importante y lo transcribía en mi diario de campo o lo dejaba asentado en audio.

Cabe mencionar que después de la transcripción de mis entrevistas extravié mi celular, lo que me llevó a perder los audios, pero no la información que tenía asentada en las entrevistas y en mi diario escrito.

También recurrí a realizar algunas entrevistas por vía telefónica, ya que, al vaciar la información en las matrices, faltaban algunos temas por tratar, o alguna información en particular; la ventaja fue que a los informantes que llamé (Ernesto y Carla), aun conservaban su mismo número telefónico, lo que favoreció el complemento de la información pendiente.

¹⁶Georgina es una de las informantes en esta investigación

¹⁷Gasto económico que las familias y/o las personas destinan para recuperar su salud. Este tema se explicará más adelante.

c. Criterios de inclusión de los entrevistados

Después de realizar la observación participante, y para nuestros fines de investigación, elegí a aquellos policías auxiliares que vivían en la zona oriente del Estado de México, que fueran derechohabientes de la clínica de primer nivel conocida como SAME, ubicada en el oriente del Estado de México, y que hubieran tenido, por lo menos, cinco años trabajando en la institución. Esto porque al tener mayor tiempo de servicio son más diversas las experiencias y vivencias que han tenido dentro de las instituciones de salud, en especial dentro de la clínica SAME.

De 20 elementos a los que observé y tuve la oportunidad de entrevistar informalmente, sólo fueron seis personas a quienes elegí, a saber: Georgina, Minerva, Oswaldo, Ernesto, Carla, y Pablo (estos nombres son seudónimos, se reservan sus nombres reales para respetar y proteger su identidad). Todos ellos cumplían con los criterios de inclusión que menciono más arriba. Estos informantes aportaron información de primera mano, fueron muy participativos y simpáticos en las entrevistas. Georgina, en especial, era muy bromista, Enrique también, los más serios fueron Carla, Minerva, Pablo y Oswaldo, sin embargo, también tenían su lado simpático. Todos ellos trabajaban doce horas diariamente, descansando sólo un día a la semana que eran los lunes. Cada uno de ellos colaboró y contribuyó de forma voluntaria en el enriquecimiento de este trabajo, esperando que los datos e información proporcionada fueran de mucha utilidad. Espero retribuir a ellos en algún momento, el resultado del esfuerzo y trabajo que se llevó con rigurosidad, ahínco y mucho respeto.

Por otro lado, contacté a Alma, la esposa de un compañero que participó y quiso ser parte de este trabajo, y a quien agradezco de la misma forma que a Fernando, su esposo, por el tiempo y la paciencia que tuvieron al compartirme sus experiencias y testimonios. Aunque no formaron parte del grupo de informantes clave, su testimonio fue valioso para documentar su experiencia en los servicios de salud que se prestan a través de la CAPREPA.

Al compañero Pablo ya no lo pude entrevistar de una manera continua debido a que se pensionó de la corporación por retiro digno teniendo 72 años de edad, sin embargo, sus experiencias se consideran dentro de este trabajo.

Al médico de la clínica lo entrevisté de manera informal, pero sin duda, la confianza que depositó en mí lo motivó a realizar comentarios importantes en relación a la problemática

que prevalece en la clínica SAME. Su información también contribuyó a los objetivos de este trabajo.

A Andrea, la laboratorista clínico de los laboratorios clínicos Amecameca la contacté por Alma, quien en algún momento trabajaron juntas en estos laboratorios, y a quien también agradezco por su segura colaboración.

Como ya lo mencioné, durante el proceso de investigación me cambie de área de adscripción, por lo que tuve la necesidad de buscar al menos una informante que hubiera recibido la atención médica y tenido experiencias en el Hospital Médica Londres, para ello tuve que socializar con algunas compañeras que vivieran en la misma zona geográfica que mis entrevistados y que por lo menos tuvieran diez años de servicio en la institución, ya que fue en esas fechas que aún se contaba con dicho servicio médico; para mi buena suerte conocí a Rosaura, una compañera que vive en Los Reyes la Paz y que, al igual que mis demás informantes, contaba con numerosas experiencias en relación a la atención que recibió no sólo en la Médica Londres sino en la clínica SAME y en el Hospital Obregón, sin embargo, sólo consideré la información que resultó de las entrevistas informales sobre la atención médica en la Clínica Médica Londres.

A continuación, se presenta una descripción breve de cada uno de mis informantes:

d. Perfil de los informantes

Tabla 7. Descripción de los informantes clave.

| Nombre | Datos generales | Problema de salud que presenta |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ernesto | Tiene 66 años de edad, cuenta con 35 años de servicio dentro de la Policía Auxiliar; en la actualidad es casado con un hijo de 3 años de edad, le corresponde la clínica SAME del municipio de Chalco, él vive en el municipio de Valle de Chalco, en su actual servicio trabaja con un horario de 12 horas de trabajo por 12 horas de descanso, el traslado de su domicilio al centro de trabajos de aproximadamente dos horas. Se retiró por retiro digno en el mes de junio del 2018. | Presenta problemas de varices, de riñón, hipertensión y glucosa alta. Tuvo un infarto cerebral en el 2018 y fue atendido en una clínica particular. |
| Carla | Tiene 56 años de edad, vive en el municipio de Ixtapaluca, madre soltera, le corresponde la Clínica SAME, cuenta con 17 años de servicio dentro de la Policía Auxiliar, tiene tres hijas mayores de edad y un hijo con un tipo de discapacidad motriz. El traslado de su casa al centro de trabajo es de aproximadamente dos horas, su horario laboral es de 24 horas de trabajo por 24 horas de descanso. | Presenta Diabetes mellitus tipo II, problemas de colitis y gastritis. En el último estudio de endoscopia que se realizó en el mes de noviembre del 2018 le diagnosticaron un tumor cancerígeno en el estómago (fue diagnosticada después de un año de malestar). En la actualidad (2019) se encuentra pensionada por enfermedad y se ha sometido a varias quimioterapias. |
| Oswaldo | Tiene 66 años de edad, vive en el municipio de Ixtapaluca, se pensionó en agosto 2018. Tiene cuatro hijos mayores de edad, es casado, su horario de trabajo fue en los últimos tres años de 12 horas de trabajo por 12 horas de descanso. Se retiró por retiro digno con un tiempo de servicio de 30 años, le corresponde la clínica SAME, y en la actualidad continúa laborando en una empresa privada de seguridad. | Presenta problemas en las rodillas. |
| Minerva | Tiene 66 años de edad, vive en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México, por más de 25 años sirvió a la corporación y ahora es pensionada. Tiene cuatro hijos y es derechohabiente de la clínica SAME, en los últimos tres años trabajo con un horario de 12 horas de trabajo por 12 de descanso. | Presenta diabetes, y problemas en los huesos de las manos, sin ser diagnosticada a la fecha con algún tipo de artritis. |
| Georgina | Tiene 51 años de edad, vive en el municipio de Ixtapaluca, cuenta con 21 años de servicio, su horario laboral actual es de doce horas de trabajo por 12 de descanso, La clínica que le corresponde es SAME a la que acude constantemente para atender su enfermedad | Diabetes mellitus y problemas en las articulaciones. En la actualidad su enfermedad la ha deteriorado más, tiene episodios constantes de mareos y debilidad, lo que se traduce en la ausencia de labores, en promedio falta dos veces a la semana (2018-2019) |
| Pablo | Tiene 72 años de edad, padecía del nervio ciático, contaba con 27 años de servicio. No tiene vivienda propia, lo que lo hace desplazar a distintas zonas para vivir, acudió a la clínica SAME para tratarse su padecimiento y lo canalizaron al hospital Obregón para el especialista en ortopedia, lo programaron a consulta tres meses después, lo que no le favoreció porque el caminar era más doloroso. Se aseguró en el Seguro Popular y fue atendido en el Hospital de la Villa, ahí le dieron atención inmediata y rehabilitación. Pudo laborar un tiempo más y se pensionó poco después. | Nervio ciático |

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en la investigación.

Tabla 8. Descripción de informantes secundarios¹⁸

| Nombre | Datos Generales | Problemas de salud que presenta |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Alma | Vive en Ixtapaluca, Estado de México, tiene 33 años de edad, es esposa de un compañero que tiene más de 15 años de servicio, tiene dos hijos, su experiencia en la clínica SAME y Londres fueron muy importantes para este trabajo | No presenta ningún problema de salud |
| Rosaura | Tiene 38 años, cuenta con 11 años de servicio en la policía, vive en el Municipio de los Reyes la Paz Estado de México, es casada y con un hijo. | Ninguno |
| Leónides | Médico de la clínica SAME, tiene una edad mayor a cincuenta años, de conocerlo tengo poco más de 8 años, la relación es sólo de médico paciente. | Se desconoce |
| Andrea | Tiene 35 años, laboratorista clínico de los laboratorios clínicos Amecameca | Se desconoce |

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en la investigación.

4.3.1 Recurso tecnológico de información

a. Plataforma de Acceso a la Información de la Ciudad de México

Conforme avanzaba en la investigación y en el trabajo de campo, me vi en la necesidad de apoyarme de la Plataforma de Acceso a la Información de la Ciudad de México, esto para contrastar la información que me proporcionaban mis informantes, con la que se planteaba en los diferentes planes, programas y reglas de operación, y con la información que emitía la CAPREPA. Este recurso de información aclaró ciertas dudas o preguntas concretas que fueron surgiendo en este proceso; permitió ofrecer información oficial.

Trabajo de campo

El trabajo de campo (que comprendieron las entrevistas y observaciones) lo inicié a principios del año 2018 y concluí en mayo del 2019. La finalidad del trabajo de campo fue recopilar información y datos de primera mano y poderlas ordenar por categorías (categorizar), para después realizar el análisis correspondiente sobre ello.

Cabe mencionar que en un principio se tenía planeado realizar el trabajo de campo en el segundo semestre del 2018, cuando estaba realizando mis guías de entrevistas, y terminando de plantear la problemática, es decir, afinando el proyecto de investigación.

¹⁸También son nombres ficticios para proteger su identidad.

Sin embargo, algunos informantes, debido a los problemas de salud y otros por el procedimiento de retiro, se comenzaban a ausentar, lo que me obligó a acelerar las entrevistas, y aun así, varios se fueron de incapacidad permanente, y otros dejaron de laborar por su retiro, lo que complicó, en algunos casos, la aplicación de las entrevistas.

4.4. Los escenarios (Clínica SAME y Hospital Álvaro Obregón)

Para tener una mejor apreciación de la problemática que se presenta en relación a la accesibilidad física de la clínica SAME, describiré de manera breve el lugar donde se encuentra esta clínica de primer nivel de atención y el Hospital Álvaro Obregón donde se prestan los servicios de especialidades de segundo y tercer nivel.

a. Clínica SAME

La clínica SAME se encuentra ubicada sobre la Avenida Cuauhtémoc # 15, Col. San Miguel Jacalones, Chalco, Estado de México, C.P. 56600, en el Oriente de esta entidad federativa.

La clínica SAME, es una clínica particular subrogada por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPACDMX) y presta sus servicios médicos de primer nivel de atención al personal de la Policía Auxiliar (personal activo, pensionados y sus familiares directos) que viven y/o radican en los municipios de Chalco, Valle de Chalco, Ixtapaluca, Ameca, Ozumba, Cocotitlán, Los Reyes la Paz, algunos del poblado de Mixquic, entre otros del oriente del Estado de México, atendiendo a un total de 10,238 derechohabientes, de los cuales 3,981 son personal activo de la Policía Auxiliar. (INFOCDMX)

De igual forma, la clínica SAME, al ser parte del sector privado, presta sus servicios médicos y hospitalarios al público en general que cuente con la capacidad económica para pagar los servicios médicos que ofrece, ya sea de especialidades o consultas generales y/o ambulatorias.

Cabe mencionar que, para los derechohabientes de la Policía Auxiliar, el servicio que presta la clínica SAME se limita al primer nivel de atención, ya que la atención de especialidades para estos derechohabientes se ofrece en el Hospital Álvaro Obregón de la colonia Roma, Ciudad de México.

La clínica SAME cuenta con planta baja, primer y segundo piso; en estas áreas se prestan todos los servicios médicos y hospitalarios, incluyendo los servicios para la Policía Auxiliar. De esta estructura sólo la parte inferior izquierda (viéndola de frente como se

presenta en la imagen), que es la planta baja donde se encuentra el acceso a ambulancias, y el acceso peatonal que se encuentra a un costado, es sólo el área que se destina para la atención a los derechohabientes de la Policía Auxiliar.

Figura 9. Muestra la fachada principal de la clínica SAME

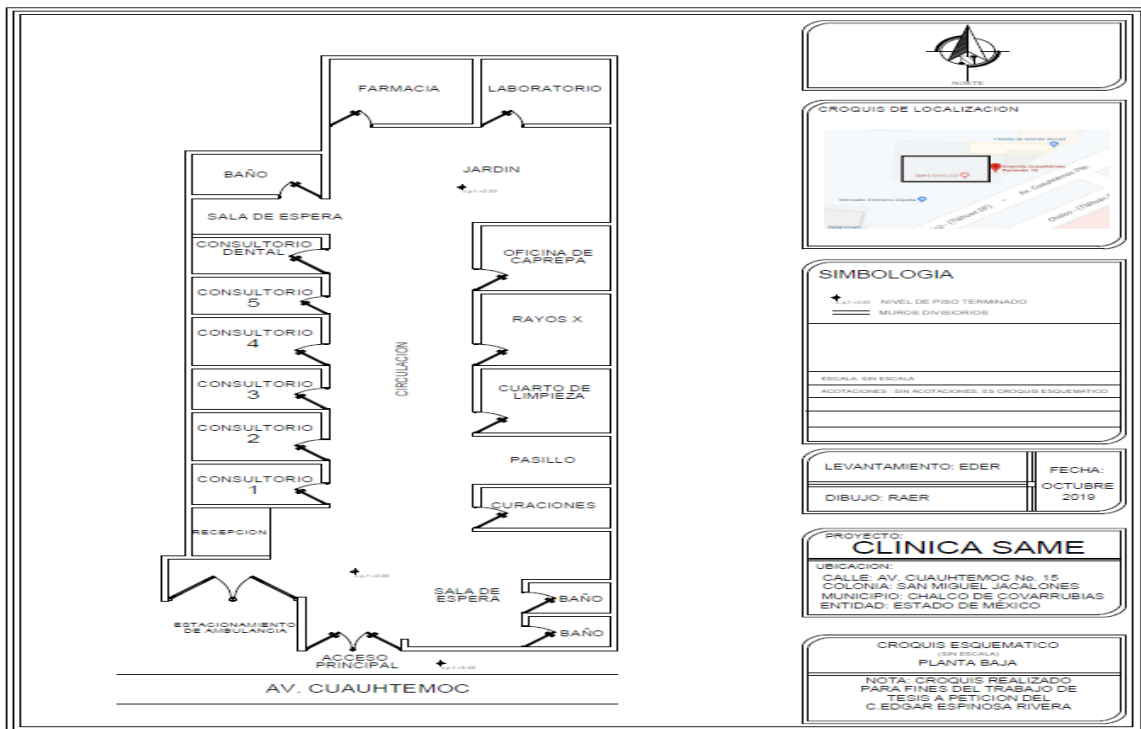


Fuente: Imagen recuperada de

<https://www.google.com/maps/uv?hl=es&pb=!1s0x85ce1ec581bb16bd%3A0xaadaf7f209f9e532!3m1!7e115!4shttps%3A%2F%2Fh5.googleusercontent.com%2Fp%2FAF1QipNbDyRSOvldQM>

En esta área destinada para la atención a la Policía Auxiliar se cuenta con cinco consultorios, un laboratorio de rayos X, el área de farmacia, el laboratorio clínico, un pequeño jardín, la oficina de CAPREPA, un consultorio dental, la recepción, la entrada de ambulancia, el área de curación, una sala de espera, un espacio para la toma de signos, y dos medios baños, uno para hombres y otro de mujeres. El horario de atención médica es de 08:00 horas a 20:00 horas de lunes a viernes, y fines de semana sólo trabajan los sábados de 08:00 horas a 14:00 horas, el resto del sábado y domingo sólo se atienden urgencias. En el turno de la mañana y tarde laboran cinco médicos y el personal de CAPREPA, dental, y todo el personal médico/administrativo

Figura 10. Plano de la clínica SAME donde se da la atención a la Policía Auxiliar



Fuente: Elaboración propia a partir de las observaciones en la clínica SAME

b. Hospital Álvaro Obregón

El Hospital Álvaro Obregón es un hospital subrogado por CAPREPA que se encuentra ubicado sobre la Avenida Álvaro Obregón 123, 125 y 127 de la Colonia Roma, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06700, en donde se prestan los servicios de consulta externa especializada, hospitalización suministro de medicamentos, laboratorio de análisis clínicos, entre otros. Estos servicios se otorgan al personal de la Policía Auxiliar y a sus beneficiarios directos, que en la actualidad, según datos de CAPREPA, proporcionados a través de INFOCDMX, suman un total de 105 mil derechohabientes.

De igual manera, el Hospital Obregón al pertenecer al sector privado, presta sus servicios al público en general que tenga la capacidad económica para solventar estos gastos médicos, por lo que los servicios médicos de especialidad que se ofrecen para la Policía Auxiliar también son limitados.

Cabe mencionar también que los espacios con los que cuenta este Hospital de Especialidades para dar servicio a los derechohabientes de la Policía Auxiliar, algunos se encuentran en la parte posterior del Hospital, sobre la calle de Tabasco; es un anexo que se hizo especial y exclusivo para la atención de este personal y de la Policía Bancaria e Industrial. Otros servicios como farmacia y trámites administrativos se dan en la entrada principal y en otro lote sobre la calle de Jalapa; los servicios hospitalarios dependen de

los acuerdos administrativos o contractuales que se hayan llevado a cabo en las licitaciones

Figura 11. Fachada principal del Hospital Álvaro Obregón



Fuente: Imagen recuperada de

<https://www.google.com/maps/uv?hl=es&pb=!1s0x85ce1ec581bb16bd%3A0xaadaf7f209f9e532!3m1!7e115!4shttps%3A%2F%2Fh5.googleusercontent.com%2Fp%2FAF1QipNbDyRSOvldQM>

Capítulo 5. Descripción y Análisis de resultados

5.1 Accesibilidad

De acuerdo a la Observación General No. 14 derivado del PIDESC, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, a saber, accesibilidad física, económica y no discriminación.

a. Accesibilidad física

Uno de los grandes obstáculos por los que las personas no acuden a los servicios médicos y de salud, es la distancia que tienen que recorrer para acceder a ellos, el gasto que tienen que realizar, el desgaste físico que tienen que enfrentar, el tiempo de trasladarse y la variabilidad en los horarios de atención médica.

La accesibilidad física, junto con otros elementos esenciales, es una condición fundamental para garantizar, en un sentido integral, el derecho a la salud.

Los derechohabientes de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (personal activo, pensionados y familiares directos) que acuden a la clínica SAME o al Hospital Álvaro Obregón se enfrentan a un conjunto de factores geográficos, físicos, económicos, de tiempo y de transporte que condicionan el acceso a este servicio médico. De este conjunto de factores depende su grado de satisfacción, y la percepción que tienen de este servicio. Como resultado de esta problemática, muchos derechohabientes prescinden de esta atención y optan por acudir a consultorios adyacentes a farmacias o a consultorios privados de especialidad para atender sus problemas de salud.

Los derechohabientes que viven en los municipios del oriente del Estado de México, al acudir a la clínica SAME o al Hospital Álvaro Obregón, tienen que desplazarse largas distancias desde el lugar donde viven hasta el lugar de atención médica, utilizando por lo regular y como mínimo dos transportes, lo que implica un gasto considerable en pasajes que corresponde casi a la mitad de un día de salario mínimo (\$50.00) vigente en la Ciudad de México así como una inversión en tiempo que reduce las horas de descanso del personal activo, afectando aún más la salud y las actividades que realizan.

El caso de Georgina, policía en activo desde hace 21 años, ilustra la situación descrita con anterioridad:

Georgina tiene 51 años de edad, es Policía Auxiliar de la Ciudad de México desde hace 21 años, vive en el poblado de San Francisco Acuautla, Municipio de Ixtapaluca, Estado de México, ella padece desde hace cinco años de diabetes mellitus tipo dos, en la actualidad se ha complicado su salud porque tiene mareos frecuentes, presión arterial baja y dolor en los huesos, lo que la obliga a ausentarse del trabajo de dos a tres días en un periodo de quince días para acudir al médico, esto representa un descuento en sus haberes quincenalmente por cada día no laborado. Al trasladarse de su vivienda a la clínica para recibir atención médica tiene que realizar toda una odisea. El transporte en el Estado de México es muy caro, el pasaje mínimo es de diez pesos, ella utiliza dos transportes uno de su casa al centro de Ixtapaluca donde recorre cuatro kilómetros en aproximadamente 25 minutos y paga diez pesos, y el otro del centro de Ixtapaluca a la clínica de SAME donde recorre 3 kilómetros y tarda entre 20 y 25 minutos dependiendo de lo congestionado de las vías de transporte y suele pagar 12 pesos, esta misma ruta la recorre de regreso a su casa y paga la misma cantidad por el pasaje, lo que en total suman un aproximado de 45 pesos. Si a esto le sumamos alimentación y otros gastos inesperados que realiza para atender su salud la cantidad de dinero aumentan considerablemente. En varias ocasiones prefiere mejor acudir al médico particular en donde se ahorra mucho tiempo y desgaste físico. Gina desde su experiencia, y con sus propias palabras externa lo siguiente:

Yo acudo a la clínica para tratarme la diabetes, nada más tengo la diabetes y pues cosas que vienen pasando por culpa de la diabetes, ya padezco gastritis, un dolor que tengo en el talón, me he enfermado constantemente del estómago, dolores de cabeza, presión baja y ahora un poco de dolor de huesos...cuando acudo al médico no me quieren dar incapacidad y tengo que faltar al trabajo...salgo de mi casa a las seis de la mañana y llego como a las siete a SAME para alcanzar una buena ficha...me gasto entre ida y vuelta como cincuenta pesos en puros pasajes, por lo regular me toca ser atendida como a las once...es mucho el tiempo que tardan en atendernos...deberían poner más consultorios, que hubiera más doctoras para atendernos más rápido...la verdad si se junta mucha gente que vienen de varios lugares, algunos muy lejos, de Cuautla, Ameca, Ozumba...por eso muchas veces se atiende uno en un particular pero la receta no nos la toman en cuenta en el trabajo, luego nos quieren arrestar por no traer la receta de la clínica SAME, y entonces es necesario ir a la clínica aunque nos quede lejos...

Asimismo, manifiestan que las instalaciones de dicha clínica no cumplen con las condiciones para una efectiva accesibilidad física dirigida hacia personas con discapacidad, no existen “rutas guía” para los débiles visuales, personas con discapacidad visual, personas con problemas de motricidad o de movilidad, personas sordas o débiles auditivos.

En relación a la distancia y el tiempo invertido para trasladarse, uno de los entrevistados nos comparte su experiencia:

Oswaldo tiene 67 años, en la actualidad ya es pensionado, padece de desgaste de rodillas, vive en una colonia del Municipio de Ixtapaluca, Estado de México, de su casa a la clínica SAME, utiliza dos transportes, uno de su casa a la Avenida Cuauhtémoc donde recorre tres kilómetros en 15 minutos aproximadamente, el segundo transporte de la parada de la Avenida Cuauhtémoc hacia la clínica SAME en donde recorre 8 kilómetros en 35 minutos aproximadamente, esto en función del tráfico vehicular. Él nos comenta lo siguiente

...de mi casa a la clínica me hago por lo regular una hora, el problema es cuando uno viene del trabajo, el tiempo es más, me hago como dos horas o dos horas y

media, dependiendo del tráfico, viene uno desvelado, llegas a la clínica y pasas por tu ficha, te toca una algo lejana y sales de ahí como a la una de la tarde, y en lo que llegas a tu casa es casi otra hora, se pierde todo el día...en promedio me gasto como 60 pesos de ida y vuelta, no contando lo que como, una gelatina, un tamal o lo que sea...en ocasiones es mejor ir al médico particular, cerca de mi casa hay varios consultorios en donde la consulta cuesta 50 pesos, entonces me ahorro tiempo... (Oswaldo)

En este sentido, Laurell, (2013), nos dice que los dos principales obstáculos para el acceso a los servicios de salud son el geográfico y el económico. (p.45)

Por otro lado, las mujeres y niños derechohabientes de esta clínica SAME que requieren acudir a los servicios de ginecología y/o a pediatría, deben desplazarse por más de dos horas en transporte público al Hospital Obregón, lo que genera, de igual forma, un gasto físico y económico considerable para llegar a este lugar. Además, el hecho de desplazarse con los hijos pequeños y/o en condición de embarazo, de sus viviendas al Hospital Obregón (Colonia Roma, Alcaldía Cuauhtémoc), pone en riesgo la salud, la vida y la integridad física de los niños y de ellas mismas, pudiendo ser víctimas de agresiones, y/o de otras conductas antisociales o delictivas por parte de la delincuencia que prevalece en nuestros días, violentando de esta manera no sólo el derecho a la salud, sino a la seguridad personal de todas estas personas. Un estudio realizado por Soto (2016), señala que

Los desplazamientos de las mujeres implican más tiempo y están sujetos a más variaciones que los de los hombres. Las largas distancias, el tiempo, la posibilidad de agresiones u hostigamiento de todo tipo, serían algunas de las causas por las cuales las mujeres suelen acudir con menor frecuencia a los centros de salud (p.130).

Al respecto, es importante considerar lo que externa Carla en relación a este problema

Carla tiene 56 años de edad, es Policía Auxiliar desde hace más de 18 años, vive en un fraccionamiento del Municipio de Ixtapaluca, Estado de México. Para llegar a la clínica toma dos transportes, uno del fraccionamiento al centro de Ixtapaluca, en donde recorre dos kilómetros en un tiempo de 10 minutos aproximadamente y gasta 10 pesos en ese pasaje. El otro transporte lo toma del centro de Ixtapaluca a la clínica SAME, en donde

recorre un aproximado de 3 kilómetros y paga 12 pesos, ella nos menciona su sentir al comentar lo siguiente

...es un gran problema que no haya un área de ginecología en la clínica SAME, nosotras debemos de ir al Hospital Obregón, el tiempo es demasiado, yo de mi casa para allá me hago casi dos horas y media, dependiendo del tráfico y el metro, pero tiene uno que ir a fuerza porque si no, no nos dan seguimiento, ahí me operaron de mis quistes ... pero más problema existe allá en el Hospital en el área de ginecología , ahí es un lugar muy pequeño y acuden todas las embarazadas que tienen cita, algunas van con sus niños pequeños; otras mujeres van a atenderse de otras cosas, y se hace una *filísima* que llega hasta las escaleras, la sala de espera es de cuatro o cinco sillas por lo mucho y están en un pasillo muy angosto, en donde una silla de ruedas no cabe, y muchas de nosotras debemos esperar paradas para ser atendidas, ...en pocas palabras la clínica y el Hospital no están aptos para atender a tanta gente...

Con este panorama podemos observar que las condiciones físicas y la infraestructura de esta clínica no son las adecuadas para una accesibilidad efectiva a las personas derechohabientes , la distancia que recorren de sus domicilios a la clínica para la atención médica involucra un desgaste físico y gasto económico, además una inversión de tiempo que reduce las horas de descanso de los elementos de la policía, lo que provoca un sentimiento de enojo e insatisfacción de los derechohabientes , y deteriora la calidad de vida de estas personas.

Muchos de ellos buscan una solución alterna a su problema de salud sin acudir a la clínica y optan por atenderse con un médico particular y/o buscan otra opción que solucione su problema de salud al no existir la especialidad o la atención médica en esta clínica.

Al respecto, en una entrevista, Oswaldo menciona lo siguiente

...muchos compañeros se desplazan de lugares muy lejanos para llegar aquí y es muy desgastante... en lo personal en ocasiones mejor voy al consultorio de una doctora y que tiene una farmacia, es buena...te receta buen medicamento...

Ernesto tiene 68 años de edad, en la actualidad es pensionado de la Policía Auxiliar, después de servir 32 años a la corporación, tiene problemas de hipertensión, várices y

glucosa alta, tuvo un infarto cerebral en junio del año 2018 y fue atendido en una clínica particular en el municipio de Ixtapaluca, Él nos comparte lo siguiente

...ya no me sigo atendiendo en la clínica, hay un exceso de gente, la clínica no se da abasto, tampoco en el Obregón...prefiero ir a mi especialista particular... además de que el hospital está lejísimos, las consultas que te programan tardan fácil unos dos meses, te mueres antes y nunca te atendieron...(risas)...desde el año pasado fui y es la fecha en que no me han podido solucionar lo de mi medicamento, ¡por Dios! la estoy comprando. Mi especialista me ha dado buen seguimiento, es una lana la que te gastas pero es mejor...allá en la clínica o el hospital es pura pérdida de tiempo, pobre gente parada, y tarda mucho en pasar a consulta...no es posible, eso es lo que nos mata, la edad, la mala atención, el mal comer...ahora que me retire, que ya voy a estar en casa, me voy a ocupar de mis enfermedades...”

En este tenor, cabe mencionar que una de las barreras para acceder a los servicios médicos y de salud también puede ser por las citas que se programan por tiempo prolongado o porque no se tienen los instrumentos o tecnología necesaria para un diagnóstico oportuno (Laurell, 2015).

La distancia que recorren para acudir a la única clínica de atención médica y a un hospital de segundo y tercer nivel se traduce en que los servicios médicos para este sector de la población se encuentran distribuidos de forma desigual e inequitativa en comparación con otras instituciones de seguridad social, lo que refuerza que también se encuentran marginados y excluidos de los sistemas de atención para la salud.

De acuerdo a Fajardo, et al. (2015)

... un reto fundamental de los sistemas de salud será precisamente revertir la desigualdad en salud garantizando igual acceso y calidad de atención médica...La evidencia en proceso para el caso mexicano apunta también a que, en términos del acceso y resultados en salud, la desigualdad existe en detrimento de la población con menos ingresos y mayor marginalidad (p.182).

El mismo Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social (CONEVAL, 2018), hace referencia sobre la accesibilidad física:

Uno de los aspectos fundamentales para el ejercicio de este derecho, es que las personas que expresan una necesidad de salud puedan tener a su alcance los establecimientos que ofertan los bienes y servicios de atención que demanden. En este aspecto inciden varios factores, uno de ellos son las barreras geográficas, que se relacionan con condiciones espaciales como la distancia de los establecimientos o las del terreno por el que tienen que transitar las personas para llegar a ellos, características de la estructura vial y de los mecanismos de transporte, horarios de atención de los servicios, entre otros (p.53).

Por su parte la misma observación 14 del PIDESC, menciona que la accesibilidad física de los bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

Fajardo, et al. (2015), mencionan que “[...]uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos, como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación[...]”(p. 182).

En este sentido, podemos también sumar que el hecho de pertenecer a un sector laboral, en este caso, a la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, es una condición para que la atención médica sólo sea en estas clínicas de primer nivel y en un hospital de especialidades, lo que favorece a la iniciativa privada para ofertar sus seguros y servicios médicos y hospitalarios.

De esta manera, al existir poca inversión económica y múltiples deficiencias en el acceso a los servicios de salud, se deprime la capacidad de las instituciones de seguridad social para hacer frente a los muchos problemas de salud que padecen las personas y deja abierta la puerta para la iniciativa privada, lo que permite la mercantilización de la salud. Según Laurell (2015), “en la redistribución de quehaceres le toca al Estado el papel de regulador y de subsidiar a los pobres mientras que a las empresas les toca prestar los servicios clínicos o “discrecionales”, compitiendo entre sí por los pacientes” (p.24).

Por otra parte, las personas entrevistadas como parte de esta investigación dejan en evidencia que las personas con algún tipo de discapacidad no cuentan con accesibilidad

física a esta clínica, los espacios al ser muy reducidos no permiten el paso de una silla de ruedas, los sanitarios tampoco cuentan con las condiciones adecuadas para estas personas, no hay un sistema de lenguaje Braille o uso de tecnologías que ayuden a personas con discapacidad visual, lo que complica su movilidad y desplazamiento, no hay personal que domine el lenguaje de señas mexicanas que puedan ayudar a las personas con discapacidad auditiva.

En una entrevista, Oswaldo menciona lo siguiente:

...no hay espacio para una silla de ruedas, los baños tampoco están adaptados para personas con discapacidad...no hay señalamientos o rutas para estas personas...

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo noveno, sobre Accesibilidad menciona que:

A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Parte adoptaran medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo (p.10).

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en relación a los derechos de las personas con discapacidad menciona que el Estado se encuentra obligado a establecer todas las acciones necesarias para promover, proteger, y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad, y equiparación de oportunidades.

De esta manera, las personas tendrán un acceso en condiciones óptimas que les proporcionen seguridad y calidad en su entorno físico y que les permita desenvolverse y movilizarse de una manera adecuada e incluyente.

a) Accesibilidad económica

La Observación General número 14 menciona, en relación con la *accesibilidad económica*, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y otros servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que éstos, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos en salud, en comparación con los hogares más ricos.

Algunos de los factores que determinan el acceso efectivo a los servicios de salud tiene que ver con la posibilidad de los derechohabientes para ir a la clínica y recibir atención médica, esto depende en gran medida del costo del transporte, la distancia de su domicilio a la clínica, si la distancia es larga muchas personas optan por ir a consultorios adyacentes a farmacias; las pérdidas económicas de un día sin laborar por acudir al médico, la compra de medicamentos cuando no hay disponibilidad de éstos, y la compra de alimentos de cada día para sobrevivir. Es decir, que el gasto de bolsillo que realizan las personas para recuperar su salud es considerable y se traduce en la merma de la capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas.

El proceso salud enfermedad es inherente a la vida humana; la salud es el medio para satisfacer necesidades, el hombre produce bienes, servicios, dinero durante toda su vida productiva, durante su juventud; la enfermedad se percibe negativa, simboliza, entre muchas cosas, pérdidas económicas y empobrecimiento en aquellos grupos que se consideran vulnerables o en desventaja social. Las personas suman esfuerzos para atacar la enfermedad, para recobrar la salud, se pierden bienes, dinero, recursos de toda índole.

Por otra parte, el envejecimiento como parte de la vida, es una etapa en donde el organismo se deteriora, las fuerzas disminuyen, todo nuestro sistema biológico se debilita; el metabolismo ya no es el mismo de cuando se es joven; las enfermedades son más constantes, la movilidad del cuerpo es menor, el cuerpo envejece. Cuando aparece la enfermedad en esta etapa de la vida, se requiere de atención y/o atenciones médicas, hospitalarias, de medicamentos, de complementos, de energizantes, de lo necesario y esté al alcance de las personas para vivir con una relativa calidad de vida. Se necesita apoyo,

mucho apoyo, que, en muchas ocasiones, no se encuentran en las instituciones de salud. El caso de Ernesto, que se describe a continuación, dibuja los distintos contextos que se plantean en líneas arriba:

Ernesto, en la actualidad es pensionado, tiene 69 años de edad, vive en el municipio de Valle de Chalco, Estado de México, trabajó 33 años en la policía, y los diferentes problemas de salud que padece (hipertensión, varices, problemas de la próstata, diabetes) lo han obligado a acudir a clínicas y consultorios particulares. Se pensionó en junio del año 2018, dos meses después, Ernesto, comenzó a sentir mareos y desorientación, su esposa con un pequeño de tres años, hijo de ellos, de inmediato lo llevó a una clínica particular, tomó un taxi y se fue a Ixtapaluca, Estado de México, ahí lo ingresaron y lo atendieron de inmediato. Los médicos le diagnosticaron un absceso cerebral que le podía causar un daño mortal, y que se tenía que someter a un tratamiento riguroso y muy costoso, los médicos le preguntaron si tenía seguro social, y que si así fuera el caso que lo ingresaran de inmediato, sin embargo, y dada la experiencia en el Hospital Obregón, con lo poco de sus ahorros, decidió tratarse en esta clínica particular; lo medicaron, lo internaron, y lo rehabilitaron. Médicos especialistas le dieron seguimiento, e hicieron que se recuperara, la inversión monetaria fue bastante, pero recuperó su salud. Después de recuperarse Enrique mencionó lo siguiente:

“...gracias a Dios estoy vivo, me recuperé, estos médicos son buenos, afortunadamente tenía el dinero que me habían dado por mi retiro, eso me ayudó mucho...sino ya me hubiera muerto...yo creo que no hubiera llegado al Obregón vivo...”

Cuando se tienen los recursos suficientes se gana salud, bienestar, se tiene la posibilidad de seguir con vida, de recibir atención de calidad y oportuna. ¿Qué sucederá con la otra cara de la moneda, cuando no hay recursos económicos para atacar la enfermedad, para ganar salud?

La experiencia y vivencia de Ernesto es nostálgica, deja mucho que decir y que pensar sobre los servicios médicos que la CAPREPA ofrece a su personal. Es triste y lamentable que haya casos así, que se tengan que realizar gastos estratosféricos para una atención de calidad y accesible.

Este es un caso más que puedo evidenciar, de muchos otros que han pasado por estas condiciones y circunstancias. Las vicisitudes de la vida son complicadas para estas personas, su condición de salud por la edad y la falta de acceso a los servicios no les permite desplazarse muy lejos para la atención médica, y necesariamente acuden a los consultorios o clínicas particulares cercanos a su domicilio para recibir la atención médica necesaria. Esta situación no permite garantizar de manera integral el derecho a la

protección social de la salud de las personas que acuden a la clínica SAME. De acuerdo al CONEVAL (2018), se deben de materializar acciones concretas dentro de las instituciones para garantizar el derecho efectivo a la salud.

Como lo comentó Pablo, un hombre de 72 años de edad, quien sirvió por más 30 años a la corporación y actualmente es pensionado. Pablo se suma a las muchas historias de vida que dejan en evidencia la constante violación del derecho a la salud de muchas personas derechohabientes de estos servicios médicos que ofrece la CAPREPA.

...a mí por la edad y tanto estar parado en el trabajo, comencé con problemas de rodillas y de mi columna, cuando iba al doctor era porque en realidad me sentía muy mal, y un día fui a la clínica SAME, porque ya no podía caminar muy bien por el dolor, tuve que utilizar bastón, me canalizaron al Obregón con el especialista, como pude llegué al hospital, me acompañó una de mis hijas, y al llegar me programaron para dos meses después...en ese tiempo ya me morí señorita, ¿que no hay citas más próximas?, le dije a la que programa las citas, me dijo que no, que era lo único que tenía, que no era el único en espera...me molesté y mejor opté por tratarme en otro hospital donde atienden estos problemas, tuve que pagar pero sí me resultó, me dieron buena atención y rehabilitación...!ya puedo caminar otra vez!...

El CONEVAL (2019), menciona que la accesibilidad económica se relaciona con el conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud así como de los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema de salud o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones del país, y sin estar vinculadas a una condición laboral.

De acuerdo a las investigaciones de CONEVAL en 2016, el gasto de bolsillo en el país fue el más alto entre los países de la OCDE. En 2015, el gasto de bolsillo de los hogares y las cuotas obrero patronales del IMSS, financiaron el 65 % del gasto total en salud.¹⁹

En México, este gasto que realizan las familias constituye 45 % de los ingresos del sistema de salud y 4% del gasto de los hogares, de acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2016). De acuerdo con este organismo, las cifras sobre el sistema de salud en México no son claras y genera la hipótesis siguiente:

En parte puede ser por la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proporcionan las instituciones a las cuales se encuentran afiliados; lo que los lleva a buscar atención médica con prestadores privados. (p.13)

Esto significa que las familias, sean derechohabientes o no de un sistema de salud, destinan gastos para recuperar su salud, ya sea por la compra de medicamentos, por el pago de consulta o por el pago de transporte. El gasto de bolsillo representa un obstáculo para acceder a los servicios médicos y de salud, ya que muchas personas no cuentan con la capacidad económica para solventar estos gastos extraordinarios.

Este panorama nos deja ver que en nuestro contexto actual existe aún una desigualdad y distribución inequitativa de los recursos en salud, más aún en los grupos socialmente vulnerables, como es el caso de los integrantes de la policía auxiliar y sus beneficiarios directos. Los más perjudicados en este tema siguen siendo los niños y niñas, las mujeres, los adultos mayores y las personas con enfermedades terminales y discapacidad. La atención médica que se da a estos grupos de personas es limitada y no accesible, ya que para recibir la atención en el área de pediatría y/o ginecología, como volvemos a repetir, se tienen que desplazar a una gran distancia, por lo que muchos derechohabientes se

¹⁹ De acuerdo a una publicación del periódico El Economista, citando al centro de investigaciones FUNDAR, el gasto de bolsillo en salud, se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias.

suman a la atención médica privada o en consultorios adyacentes a farmacias lo que conlleva un gasto de bolsillo considerable. Sin embargo, al acudir a estos centros de atención médica, los pacientes, ahorran tiempo y dinero, una por el transporte y otra porque al ser más accesibles no tienen que faltar a sus labores, lo que significa que no habría más pérdida económica por descuento de sus haberes quincenales. Lo ideal sería acercar estos servicios médicos a la población para contribuir favorablemente a la economía de las familias derechohabientes.

Este tema sobre la carencia de servicios en el primer nivel de atención se verá más adelante en la categoría de disponibilidad de servicios médicos, donde entraremos a un análisis interesante sobre las condiciones en las que se han mantenido las clínicas y el hospital, y la falta al principio de progresividad de los derechos humanos.

El poco recurso económico que la CAPREPA destina para la atención de la salud de sus derechohabientes es insuficiente, esto por lo siguiente: de acuerdo a datos que tuvimos a través de INFOCDMX²⁰ los recursos con los que cuenta para el ejercicio 2019 para el rubro de salud es de \$ 471, 589,130.00, presupuesto que es destinado para ofrecer el servicio médico a un total de 105, 552 derechohabientes, lo que significa que el gasto per cápita (por persona) que se destina es de \$ 4, 467. 83, mientras que para el IMSS y otras instituciones de seguridad social como SEDEMA o PEMEX oscila entre los \$3510 a los \$10671, en función de la entidad federativa (CIEP, 2018). Esto significa que, en un año, un derechohabiente de la Policía Auxiliar cuenta con un gasto diario en salud de \$12. 24 lo que se traduce en que los servicios médicos son deficientes y con muchas precariedades, y no satisfacen las necesidades de toda esta población derechohabiente que se tienen registrados en CAPREPA; es por esta razón que los seguros de gastos médicos, en colusión con las autoridades de esta institución, ofrecen sus servicios al personal de la Policía Auxiliar en función de su edad y enfermedades que padecen. Es decir, que se mercantiliza la salud; los servicios de salud se integran en la lógica del mercado en donde el objetivo principal es obtener ganancias.

Un dato importante es que ninguno de los entrevistados cuenta con este seguro ya que comentan que al realizar los cuestionarios de rutina para acceder al mismo, quedan fuera del parámetro o perfil requerido. ¿Por qué? Son varios los factores que lo determinan, en

²⁰Plataforma de acceso a la información de la Ciudad de México

primer lugar, es la edad, todos los entrevistados tienen más de 50 años; otro, es que todos padecen una enfermedad crónica degenerativa, lo que reduce su esperanza de vida y representa un mayor riesgo y probabilidad de morir a un corto plazo. Al no ser redituables para las empresas aseguradoras, han quedado descartados para su cotización al seguro privado. Estos seguros, a partir de las cotizaciones que reciben de sus afiliados, cubren ciertos gastos médicos, algunas cirugías y en ocasiones los fallecimientos de quienes aportan o contratan el servicio.

Ernesto menciona lo siguiente al respecto:

...esto de los seguros privados ya tiene mucho tiempo, a mí no me aceptaron, me dijeron que, por mi edad y enfermedades, que si quería entrar a este seguro la cuota se iba a elevar mucho cada quincena ...que tendría que pagar más de quinientos pesos...pues no, no estoy loco para andar regalando mi dinero...

Georgina comentó lo siguiente:

...a mí sólo una vez me ofrecieron el seguro, y me dijeron que sí me podían aceptar con las enfermedades que tenía pero que el costo iba a ser mucho...apenas si gano para comer y no voy a estar regalando mi dinero...total de algo nos vamos a morir...

Carla al respecto nos dice lo siguiente:

...esa gente quiere puro dinero, ¿tú crees que si yo tuviera dinero me estuviera tratando en la clínica SAME o el Hospital Obregón?, pues no, además sólo quieren asegurar a los jóvenes porque ellos poco se enferman y entonces ellos ganan más... mejor que mejoren el servicio en las clínicas...

Esta situación de la compra de seguros médicos nos permite reflexionar sobre la problemática que existe dentro del sistema de salud de la policía auxiliar: un recorte en los recursos destinados en este rubro, lo que nos lleva a una falta de infraestructura óptima y de calidad, inaccesibilidad geográfica a los servicios médicos, carencia de recursos humanos, materiales, de medicamentos, y ausencia de políticas en salud incluyentes, entre otros aspectos.

Este panorama muestra y describe que existen muchos obstáculos y barreras que no permiten garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud, entre las que destaca la económica, que cobra importancia por el hecho de que el personal activo de la Policía Auxiliar, además de realizar gastos estratosféricos en salud, también, de acuerdo a las Reglas de operación de la Caja de Previsión, destinan el 8% de su sueldo básico a la Caja de Previsión Social de la Policía Auxiliar. Es decir, que la Policía Auxiliar solventa prácticamente el gasto total que, a través de la Secretaria de Finanzas, se destina a la CAPREPA en materia de salud.

b. Acceso a la Información

De acuerdo a la Observación General No. 14, el acceso a la información comprende el derecho de solicitar, recibir, y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (OG.14).

Quisiera comenzar este apartado con la experiencia de Carla, una de las entrevistadas:

Hace más de un año (2017), Carla comenzó a tener problemas de salud, muy complicados, además de la diabetes, empezó con algunos dolores de estómago y molestia para tolerar alimentos, debido a esto su apetito iba disminuyendo progresivamente. Los dolores en el estómago eran insoportables, a tal grado que tenía que ir de urgencia a la clínica SAME a altas horas de la noche. El médico y la enfermera, que sólo atienden urgencias a esta hora, le comentaron que su dolor no ameritaba ser atendido porque no era considerado una urgencia, después de entablar una discusión entre sus hijas y la enfermera, el médico optó por inyectarle un medicamento para el dolor, el dolor disminuyó y el diagnóstico fue una úlcera gástrica que, junto con una gastritis diagnosticada con anterioridad, se complicaba más la situación. El tiempo pasó y la molestia no cedía, los dolores eran mayores y cuando, dentro del trabajo, le ocurría un episodio de estos, se tenía que solicitar la ambulancia para ser atendida y valorada, le seguían inyectando medicamento para el dolor y la sensación de dolor calmaba; después de meses ya a mediados del 2018 la canalizaron al Hospital Álvaro Obregón para que se atendiera con el gastroenterólogo y le hiciera exámenes más minuciosos, en esta área de especialidades, al igual que otras, la programaron para cita como un mes después, o tal vez un poco más (no recuerda muy bien), al llegar el día de consulta con el especialista y después de una revisión, el médico le informó que le iba a cambiar de medicamento para el tratamiento de su gastritis y su úlcera gástrica, que era el medicamento lo que no ayudaba a su problema. Pasaron otros dos meses aproximadamente y Carla seguía sintiendo el mismo problema y aún más agudo; no toleraba la comida, ahora tenía náuseas, vómitos esporádicos, dolor y falta de apetito. Carmen perdió peso, su semblante y postura cada vez era más débil, la ausencia en el trabajo era más constante. Regresó al especialista y fue hasta este momento donde le mandaron hacer unos estudios: una endoscopia. En noviembre del 2018, el informe médico y el diagnóstico fue el siguiente:

“Se observa un crecimiento anormal de células, un tumor maligno...”. Un cáncer de estómago que avanzó mucho y la única solución fue una intervención quirúrgica llamada gastrectomía total (remoción total del estómago). No volvió a regresar a laborar, cayó en depresión total, su esperanza y calidad de vida disminuyó, en la actualidad sigue con quimioterapias y esta al cuidado de sus hijas. Antes de ser intervenida quirúrgicamente, llorando, comentó lo siguiente:

“...me dijo la doctora que no me iba a engañar, el cáncer está muy avanzado, que si me hubieran diagnosticado e informado mucho antes de lo que tenía no se hubiera complicado... la operación era más sencilla, ahora me van a quitar el estómago completo, ¿qué voy hacer? ... es una operación delicada, tengo que arreglar mis papeles en el trabajo por si me quedo en el quirófano...sabes, me da mucho coraje, me siento triste...esos pinches doctores de la clínica sólo me daban vueltas...y tómese esto y lo otro... nunca nos quieren informar o realizar estudios no sé por qué...”

Este caso de Carla es un claro ejemplo que nos deja ver que la atención médica, en esta clínica y en el Hospital Obregón, no es la que quisiéramos; malos diagnósticos, mala información, falta de medicamentos y grandes distancias que recorrer, es la mejor descripción que se tiene en relación a los servicios médicos que provee CAPREPA.

Este es sólo un caso, de muchos que puedo compartir, que nos lleva al análisis y reflexión sobre si en realidad esto es lo que nos merecemos como trabajadores, como personas y como seres humanos. El derecho a ser informado y diagnosticado oportunamente, en cuestiones de salud, nos daría muchas posibilidades de poder tomar decisiones y opciones para mejorar nuestra salud y calidad de vida, sin embargo, la regla en estos centros de atención para la salud pareciera lo contrario; omitir información y no realizar diagnósticos oportunos. Esto violenta los derechos de las personas y su dignidad.

Los derechos humanos deben ser traducidos en acciones concretas en los contextos sociopolíticos, que garanticen su ejercicio, apropiación y respeto. Como ciudadanos somos sujetos de derechos y nuestra participación no sólo se limita al voto, sino al acceso a un conjunto de derechos que posibilitan el bienestar individual y colectivo (Castro, 2008).

Esto significa que las personas y las comunidades deben participar activamente, ser informados y tomar decisiones sobre cuestiones, no sólo de la salud, también de los problemas estructurales, como la pobreza, la inseguridad, desigualdad e inequidad, que limitan el ejercicio pleno de los derechos fundamentales que se encuentran consagrados en nuestra Constitución Mexicana.

Además de eso, el acceso a la información está relacionada también con el conocimiento de los servicios que se prestan en las unidades médicas y el número y lugar de estas unidades para acudir a ellas. De igual forma, el desconocimiento de sus derechos como pacientes y ciudadanos permite que se violenten aún más sus derechos humanos y fundamentales.

También existe el desconocimiento de las instancias para acudir e interponer su queja por negligencia médica o violación a sus derechos humanos.

De lo anterior, los entrevistados mencionan que el deficiente acceso a la información y el desconocimiento que tienen no sólo las mujeres, sino muchos derechohabientes,

contribuye a que las distintas formas de violencia se sigan reproduciendo en la práctica médica y las personas víctimas de ésta no puedan hacer algo al respecto ya que sienten impotencia o simplemente son ignorados.

Como lo mencionan Carla y Georgina:

...algunos doctores sólo te dan la receta y punto... era yo quien tenía que preguntar sobre lo que tenía y a qué se debía lo que tenía... Cuando uno siente varios malestares uno le pregunta al doctor qué es lo que me puede decir sobre eso, el (doctor) sólo contesta que regrese otro día para pedir consulta sobre ese problema... se pasan... (Carla)

...y yo le dije que, si me podía decir lo de mis estudios de la sangre y me dijo que no, que no podía decirme nada, que tenía que pedir otra cita... (Georgina)

La omisión en la información o su deficiencia dentro de la atención médica, además del desconocimiento que tienen hombres y mujeres en relación a sus derechos, también es una forma de violentarlas/os, lo que ocasiona inseguridad, incertidumbre y angustia al no tener un panorama claro y preciso sobre cuestiones de su salud; las personas generan desconfianza y poca credibilidad de las instituciones y del personal médico que presta sus servicios en esta clínica. Es decir, que las personas se sienten vulnerables en relación a su condición de salud, ya que no cuentan con la información necesaria para su cuidado y para poder dar un seguimiento a sus problemas propios de salud.

Carla y Oswaldo comentan lo siguiente:

La información no es la correcta, que nos informen mejor sobre nuestra situación médica... muchas veces uno tiene que preguntar para que sirva un medicamento u otro (Carla)

...en general los doctores no te dicen nada, creo que les hace falta tener un poco de paciencia con la gente y que nos expliquen mejor, porque muchos no entendemos algunas cosas, siempre te hablan con palabras técnicas... la enfermera debe de ser más paciente también, una vez le pregunté cómo había salido de mis signos vitales, y me contestó groseramente que para eso estaba el médico, que él

me iba a explicar...cosa que me hizo enojar mucho es su obligación explicarnos qué tenemos y cómo estamos ... (Oswaldo)

En estas palabras podemos observar cómo el personal médico, percibe al paciente con pobreza cultural, dependiente, y subordinado, sin derecho a ser informado de una manera clara y oportuna, lo que permite que los médicos y personal de enfermería reafirmen una relación médico paciente desigual y asimétrica, en donde el personal médico y de enfermería tienen el conocimiento, y el paciente debe ser sumiso, pasivo y acatar los preceptos que el médico determine. Estas características que se plantean reproducen y seguirán reproduciendo un modelo biomédico que excluye la cultura y la parte socio histórica de los sujetos (Menéndez, 1992). De esta manera, el médico omite información o la externa de una manera no clara, no existe una comunicación asertiva, lo que transgrede los derechos de los pacientes, y mantiene al paciente ansioso y angustiado.

Guzmán y Montesinos (2016), mencionan que “la omisión está catalogada como un tipo de violencia que puede afectar psicológicamente a quien la vive e incluso puede ocasionar daños mayores que la violencia por acción” (p.86).

El CONEVAL (2018), menciona que la accesibilidad en relación a la información:

Se refiere al conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas...ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con su salud... (p. 63).

Bajo este esquema, es importante mencionar que las personas entrevistadas también desconocen el motivo por el cual algunos servicios médicos como ginecología y pediatría dejaron de prestarse en la clínica SAME, aunque este tema se verá más adelante, es importante hacer referencia a este hecho como evidencia de que a los derechohabientes no se les toma en cuenta para que ellos puedan contar con esta información necesaria y poder tomar previsiones para una atención alterna, y así acceder al derecho a la información como paciente y ciudadano.

Al respecto Georgina y Carla nos comentan:

...antes daban la consulta ginecológica en la clínica de Valle de Chalco, y cuando teníamos algún problema especial, nos mandaban a la Clínica Londres (Hospital Médica Londres, ubicada en la colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc), ahí todavía fui a consulta por un problema que tenía...ahora no sé por qué quitaron ese servicio, no nos dieron una explicación, yo creo que por eso las compañeras se quejan tanto del Obregón [hospital]... (Georgina)

...antes de que me operaran en el Hospital Obregón, yo iba a citas y consultas en esta clínica Londres, había una mejor atención, estaban mejor organizados y te explicaban sobre tu problema,...ahora ya sólo nos queda el puro Hospital Obregón, nunca supimos por qué nos quitaron ese servicio de la clínica Londres, muchas compañeras se aliviaron ahí y dicen que les daban buen trato y atención, hasta les obsequiaban una canasta de muchas cosas para el bebé...pañales, leche, toallas... (Carla)

Otro punto que se destacó en los entrevistados, es que no tienen conocimiento sobre programas de promoción de la salud, o actividades tendientes a desarrollar habilidades para un mayor control de sus enfermedades o para tomar mejores decisiones. En el caso de las mujeres, comentan que no han participado nunca en pláticas o talleres sobre temas de violencia o prevención de cáncer cérvico uterino o de mama y/o planificación familiar. Por lo que el Programa de Protección a la Salud no cumple con lo que dice en sus líneas de acción cuando menciona que a través de la educación y promoción para la salud se crearán programas que atiendan y detecten por sectores a las enfermedades infectocontagiosas; logren el control efectivo de las enfermedades crónico-degenerativas y promuevan la atención integral del adulto, al niño, al joven y a las mujeres.

En este sentido, al preguntar a los entrevistados si habían participado en programas o actividades de promoción de la salud, Oswaldo y Carla comentaron lo siguiente:

...aquí en la clínica hay mucha gente de la tercera edad, mi padre es uno de ellos, ya tiene 92 años, siempre lo han tratado igual, no hay una área de atención especial para ellos, nunca hemos recibido pláticas o talleres sobre estos temas de la vejez o cómo afrontar la vejez de una forma saludable...yo cuidó mucho de mi papa, ya se me ha caído dos veces, en la primera lo operaron de la cabeza, en la segunda ya no lo querían atender tuve que discutir con los responsables de CAPREPA para

que lo trasladaran al Obregón (hospital), y le pusieron clavos...de esta caída ya no se levantó mi papa, murió tiempo después.. (Oswaldo)

...yo no sabía que podría asegurar a mi hijo que tiene una discapacidad, hasta hace poco pregunté en ventanilla única de la corporación y me dijeron que sí es posible, que fuera a mi clínica para ver los requisitos y los ingresara conforme el procedimiento y ya ellos determinan... tampoco sabía que según esa información viene en las reglas de operación, eso nunca te dice la clínica porque no quieren gastar... (Carla)

La percepción y el sentir de los entrevistados expresan molestia e insatisfacción por la falta de calidad en la información que se da en los servicios médicos y de salud, lo que orilla a los pacientes a inconformarse con los servicios. Sin embargo, existe otro gran problema relacionado con el acceso a la información, y es el hecho de que los entrevistados, en común, han generado apatía y poco interés al exigir sus derechos porque desconocen las instancias a donde pueden acudir para exponer sus quejas en relación a los abusos, omisiones u obstáculos para el ejercicio pleno de sus derechos.

En este sentido, podemos observar que los entrevistados realizan observaciones, opiniones y críticas al sistema de atención médica que ofrece la clínica, pero desconocen los procedimientos de exigibilidad jurídica para atender y solucionar los conflictos que se generan en este centro de salud.

Como lo menciona Carla y Ernesto, en una de las entrevistas:

...uno a veces ya ni va a quejarse porque no le hacen caso!, sólo sé que hay personal de CAPREPA, que recibe las quejas, pero la vez pasada fui a quejarme sobre un medicamento que me dio mal el doctor y yo necesitaba otro para lo de mi diabetes... las chavas que están en la oficina de CAPREPA, me dijeron que era el mismo medicamento, a lo que insistí que no era este medicamento, que el mío es metformina de 500mg, y no uno combinado de 250mg y me contestaron que ellas no eran médicos, que mejor pasara a con el doctor que me había recetado eso...fui con el doctor, y no me quería cambiar el medicamento, hasta que eche pleito y me lo cambió...ya no acudí ni hablé a otro lado para interponer mi queja, más tiempo voy a perder en irme a quejar... (Carla)

...una vez lleve al servicio médico a mi hijo, al chiquito, tenía tres años entonces, apenas, no tiene mucho, iba bien malo de la tos, había tenido calentura en la noche y estaba vomitando mucha flema, entonces al llegar al servicio médico, al entregar el carnet mi esposa que lo tenía en un sobre , no nos dimos cuenta que la foto se le había caído, y me dijo la señorita que reparte fichas que no era posible atender al niño porque el documento estaba mal, me canalizó al área de CAPREPA, y le explique lo sucedido a la joven que estaba ahí, y después de escuchar, me dijo que no, que no podían darme el servicio por esa razón, que necesitaba el papel completo, entonces me enoje, y le dije que no me podía negar el servicio médico, que había sido un accidente, que mi niño iba muy malo, que necesitaba que lo atendieran, que viera en el sistema los registros y el archivo, ahí tenía que aparecer...y me dijo que no, y que pusiera mi queja donde yo quisiera pero no me iba a tender, entonces llamé a un amigo licenciado, me comentó que llamara a la Comisión de Derechos Humanos y me dio el número, ahí me dijeron que el área de quejas estaba en las oficinas centrales de CAPREPA, en el área de vigencias y derechos, me dio el número y la extensión...no te miento tarde casi una hora en solucionar este problema, el joven de esta área, por vía telefónica le dio indicaciones a la muchacha esta para que me atendieran a mi hijo, ...la verdad me molesté tanto que le dije de cosas a esta señora... y todavía quería dejarme al último, hasta que llegó un médico por tanto escándalo y me atendió...después ya no quise dar seguimiento a mi queja, parece que todos ahí se protegen, esta chava ya lleva muchos años y tantas quejas, pero abusan porque uno no sabe... (Ernesto)

Aquí es importante rescatar lo que nos dice Castro (2008), en relación al *encubrimiento solidario*, es decir, son prácticas en donde se desestima o minimiza la queja de los pacientes y así se les enseña hasta dónde pueden llegar con su queja, de esta manera se sustenta lo que la autora denomina *mecanismos de debilitamiento*. (p.234)

Estos casos nos muestran que el personal médico y administrativo no tienen una capacitación y profesionalización para dar un buen trato al paciente; muestran soberbia porque desvalorizan el conocimiento del paciente, no tienen sentido humano y violentan la dignidad de las personas., transgreden su derecho a ser atendidos, informados y tratados con respeto. Salas (1998), menciona que la presión institucional obliga a los trabajadores de la salud, en muchos de los casos, a omitir servicios y economizar recursos

institucionales, sin importar las necesidades de la población derechohabiente, lo que hace que se comporten de la manera que se describe líneas arriba.

El derecho a ser informado de forma correcta y veraz, es la clave para tomar decisiones, para sopesar tratamientos y consumir medicamentos u optar por una segunda opinión para curar nuestras enfermedades o padecimientos.

Los médicos y los pacientes debemos entrar en una comunicación asertiva, en donde se despejen dudas y se puedan crear lazos de confianza y construir soluciones. Las personas debemos de ser activas y participativas en nuestro proceso de salud y enfermedad; los médicos ser empáticos, humanos y profesionales para empoderar a las personas.

Es necesario exigir transparencia en los recursos que se destinan para la salud y rendición de cuentas a la CAPREPA. De igual forma, es fundamental promover una cultura de legalidad entre los derechohabientes de este servicio médico para empoderar a las personas y estén en condiciones de demandar el derecho a la salud en todas sus dimensiones, para que el Estado, a través de sus instituciones responsables garantice, respete y proteja de forma progresiva todos nuestros derechos humanos y fundamentales, entre los que destaca, la salud.

c. No Discriminación

La Observación General No. 14 menciona, en relación a la no discriminación, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

De acuerdo al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2019), la discriminación es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido.

Los efectos de la discriminación en la vida de las personas son negativos y tienen que ver con la pérdida de derechos y la desigualdad para acceder a ellos; lo cual puede orillar al aislamiento, a vivir violencia e incluso, en casos extremos, a perder la vida.

Ahora bien, dentro de nuestra sociedad las personas tienen formas diferentes de percibir la realidad, en ocasiones algunas personas y/o grupos o sectores de la población son

clasificados y/o señalados por su condición laboral, social, ideología, creencias, color de piel, lenguaje, vestimenta, etc. Estas personas que pertenecen a un colectivo social sufren las consecuencias del imaginario social, y son rechazados, excluidos y violentados en sus derechos y garantías.

En muchos casos, las instituciones de gobierno favorecen y reproducen la desigualdad y la discriminación, dentro de su ambiente laboral y fuera de él; existen malos tratos, abusos, exclusión, y violencia. De esta manera se transgrede el marco normativo constitucional y demás ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales que protegen los derechos humanos y fundamentales de las personas, es decir, no existe un estado de derecho que garantice a los sujetos sus derechos como tales.

Un claro ejemplo de estos actos de discriminación y desigualdad, se observa con el personal de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, quienes para recibir atención médica, dentro de sus servicios de salud, tienen que pasar por una serie de atropellos y mala atención, exclusión y rechazo por parte del personal de salud y de las autoridades que omiten sus exigencias, en relación a la accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad de los servicios médicos y hospitalarios que subroga la CAPREPA. Todo ello, porque los consideran o perciben ignorantes, incultos, provincianos, sin educación, entre otros adjetivos que descalifican a las personas, los desvalorizan, estigmatizan y denigran.

Esta desigualdad e inequidad en la prestación y acceso a los servicios de salud es una expresión de discriminación hacia este sector de la población, lo que se traduce en una violación constante a los derechos humanos y fundamentales, y el ejercicio de la violencia física, simbólica y psicológica hacia estas personas.

Aquí menciono el caso de Oswaldo, quien con su testimonio nos ofrece una mirada más cercana de la constatación de discriminación y transgresión a los derechos de estas personas:

Oswaldo tiene 67 años de edad, prestó sus servicios a la corporación por más de 30 años, en la actualidad es pensionado, él habla la lengua zapoteca. Muchos de sus compañeros, al igual que él, vienen de provincia; en algún momento ingresaron a las filas de la Policía Auxiliar porque era una fuente de empleo con ingresos seguros, esto les dio estabilidad y certidumbre laboral, lo que les permitía satisfacer las necesidades básicas de sus familias.

Conforme pasan los años, Oswaldo observa que son muchos los compañeros que dentro de su generación apenas podían hablar el español: muchos hablaban o hablan otras lenguas indígenas, entre el mixteco, el náhuatl, el zapoteco, entre otras. Él logró estudiar hasta bachillerato, lo que le permitía ser fluido en el español, sin embargo, veía muchas arbitrariedades, injusticias y actos de discriminación, no sólo en la corporación, sino en los servicios médicos. Estas personas derechohabientes que además eran compañeros de trabajo, recibían tratos indignos en los servicios médicos, no se les explicaba su situación médica, sobre su enfermedad; muchos médicos se limitaban sólo a la prescripción médica, no había comunicación, no había participación activa del paciente. Las esposas de muchos compañeros sufrían peor esta situación, no se les daba tratamiento adecuado, existen aún muchas carencias; carencias y falta de atención que sólo reflejan la discriminación institucional, el abandono, el rezago y la exclusión de este sector de la población.

Con sus propias palabras menciona:

...hay muchas personas que no entienden muy bien el español, en especial las esposas del personal activo, muchos son de provincia y requieren de atención especial, ellos son los más discriminados, he visto como la enfermera o la de recepción los regaña porque no entienden algún procedimiento, sería muy bueno que hubiera alguien que les ayudara...

...la atención en la clínica te la dan como si estuviera uno limosneando, te perciben viejo, ignorante, indio, paisano...como dicen, y así te tratan, son muchas cosas las que hacen que uno se sienta discriminado...causan mucho daño...

Podemos observar que este sentir y percepción que tiene el entrevistado, nos obliga a describir el sentir no sólo de él, sino la percepción y opinión de nuestros demás entrevistados en este tema. Es interesante cómo todos ellos en distintas circunstancias han sido víctimas de discriminación por acción u omisión. Carla, por ejemplo, menciona lo siguiente:

...tengo un hijo que tiene una discapacidad motriz, él es mayor de edad, ya tiene 28 años, él necesita de atención médica, un día le pregunté a la señorita de CAPREPA de la clínica SAME si podía registrar a mi hijo por la discapacidad que tenía, y me contestó que si ya era mayor de edad ya no podía registrarlo. Mi ignorancia no me permitió acudir a otra instancia, hasta que alguien me dijo que sí era posible y entonces después de varios años acudí a las oficinas de la CAPREPA, y me dijeron que sí era posible

En estas líneas podemos observar que la discriminación se practica por omisión, no ofreciendo la información y atención a estas personas que más lo necesitan, restringiendo

de esta manera un conjunto de derechos a los que deben tener acceso estas personas. ¿Cuántas personas en estas condiciones se encuentran excluidas de este servicio de salud? Según datos de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar, a los que tuvimos acceso por medio de la Plataforma de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, los servicios médicos que ofrece la Caja de Previsión, en general tienen un registro de 250 personas con algún tipo de discapacidad, no tienen un registro por clínica de atención, de estas 250 personas sólo se sabe que hay 94 personas con discapacidad mental y una con discapacidad visual, de un total de 105,552 derechohabientes. Con estos datos que presenta la CAPREPA, surgen varias interrogantes. ¿De los miles de derechohabientes de la policía auxiliar sólo hay una persona con discapacidad visual? ¿No hay personas con discapacidad motriz, auditiva o sensorial? ¿Por qué no se ha puesto atención a este grupo de la población? ¿Por qué no se tiene un censo serio en relación a estas personas que requieren ser atendidas y se garanticen sus derechos? ¿Qué planes o acciones han realizado para incluir a estas personas en los programas sociales y de salud y garantizar su derecho a la salud? Estas y otras interrogantes surgen cuando se tienen esos datos prácticamente inverosímiles. Sería importante más adelante profundizar en este tema de mucha envergadura y que requiere la atención inmediata para lograr cambios significativos en este tema y contribuya a mejorar los servicios médicos y de salud en la CAPREPA.

De acuerdo al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), son actos de discriminación las conductas de hacer o no hacer, realizadas de manera individual, grupal, o institucional, que sin ser objetiva, racional o proporcional, de manera directa o indirecta, en forma intencionada o no, propicie un trato de inferioridad, distinción, exclusión, o restricción.

Otra forma de discriminación es la negación del servicio médico por cuestiones de salud, Georgina, al respecto, describe una situación que le causó mucho enojo, también tuvo que desembolsar dinero para acceder al servicio dental.

Como ya sabemos, Georgina, como otras mujeres y hombres, padecen de diabetes, enfermedad que debe ser monitoreada y controlada tanto por el médico como por los pacientes. Ella tuvo la necesidad de acudir al servicio dental en donde le negaron el servicio por no llevar la prueba de glucosa (en donde se marcan los niveles de azúcar en sangre). De este hecho comenta lo siguiente:

...fui al dentista para que me atendieran una muela, al llegar me dijo la doctora que no me podían atender sino traía mi prueba de azúcar, le comenté que siempre me lo han hecho aquí, pero me dijo que ya no, que si quería ser atendida que me la fuera a hacer, ...aquí mismo me la hice, en la otra parte de la clínica, donde es privado, ahí me lo hicieron, me cobraron 60 pesos, me dio coraje porque no llevaba mucho dinero, antes pasé a CAPREPA con la señorita que está ahí, y sólo me dijo que “si eso le dijo la doctora eso se debe hacer”, y me lo tuve que hacer porque no aguantaba el dolor y me hicieron firmar un papel en donde decía que no me podían atender si no llevo este examen, ...es puro negocio con esta gente...ellos te deben de atender , de hacerte la prueba, se pasan ...ya no sabe uno que hacer...

El sentir y opinión de Minerva cuando se le preguntó sobre qué opinaba de la discriminación es el siguiente:

... que más nos pueden hacer; nos quitan servicios médicos, medicamentos, nos hacen trasladar muy lejos para una atención, nos omiten información, nos niegan el servicio, la clínica está mal, algunos médicos son groseros, sólo falta que nos den unas patadas para que entendamos...no les importa lo que nos pase ...

En este sentido, la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar, a través de los servicios médicos subrogados, tiene la obligación de ofrecer una atención de calidad y oportuna hacia sus derechohabientes, como lo marcan las líneas de acción del programa de protección a la salud que se encuentra dentro del Plan de Previsión social de la Caja de Previsión Social de la Policía Auxiliar. En este texto menciona una serie de acciones que se deben de llevar a cabo para cumplir con el objetivo antes mencionado, sin discriminación. Sin embargo, dista mucho el discurso a la realidad que viven los policías auxiliares y sus familiares directos. No se cumplen las condiciones para promover la salud y prevenir las enfermedades de una manera eficiente, integral y oportuna para todo este personal y sus familiares directos.

Las condiciones de vida y laborales en las que se encuentra este sector de la población no son favorables, han sido excluidos y olvidados, no sólo en el tema de salud, sino en prestaciones, pensiones, jubilaciones, sueldos, etc. Es una constante la violación a sus

derechos humanos y fundamentales, estas condiciones no contribuyen a mejorar y elevar la calidad de vida y de salud de todos los que son parte de este sector de la población.

5.2 Calidad

De acuerdo al Diagnóstico del derecho a la salud 2018 del CONEVAL, citando a la OCDE (2006), en la calidad se identifican una serie de subdimensiones que serían las mínimas indispensables para asegurar la calidad, a saber: seguridad, efectividad y atención centrada en la persona. (p. 84)

Castro (2008), coincide en señalar que estas características son indispensables para ofrecer al paciente bienestar y satisfacción en el trato con calidad como es la suficiencia (tiempo de espera), calidad en función de la disponibilidad de infraestructura, y en los medicamentos (efectividad terapéutica).

La seguridad implica evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida.

Por efectividad es una cualidad indispensable de todo servicio de atención médica, se entiende que, para ser efectivo, un servicio de salud debe prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar.

La atención centrada en la persona es dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica, hace alusión a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones de acuerdo con las necesidades del paciente.

La suficiencia se refiere a los tiempos de espera para ingresar a consulta y el tiempo que se le dedica al paciente dentro de ésta.

La calidad en función de la disponibilidad indica el grado de satisfacción y percepción que tienen los pacientes en relación a las condiciones de infraestructura, acondicionamiento de consultorios y salas de espera

La calidad en los medicamentos significa realizar acciones que garanticen el acceso a los medicamentos esenciales como un servicio básico y necesario para la población mexicana y contribuir a elevar la calidad y la esperanza de vida de la misma. En este sentido, los medicamentos y sus efectos terapéuticos deben tener

un impacto positivo en la salud del paciente y evitar el mínimo de riesgos o efectos adversos. (CONEVAL, 2018, p.84-85)

Por su parte, Castro (2008), define la calidad como” el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.” (p.78).

Con este panorama podemos observar que la calidad en la atención médica implica que los recursos humanos, de infraestructura, materiales y de organización ofrezcan una atención eficiente y efectiva para que se cubran las necesidades de cada persona y que el paciente puede percibir y sentir un grado de bienestar y satisfacción al ser tratado y atendido en los distintos procesos a los que se enfrenta dentro del sistema de salud.

Para tal fin es necesario que en la práctica médica las personas sean tratadas como sujetos de derechos y no como objetos de estudio o de atención, garantizando lo que marca la Ley Suprema y de esta manera, tener un acceso no discriminatorio y en pro de una actitud positiva y participante de los pacientes.

a. Seguridad y efectividad

En este apartado se presentan algunas experiencias de nuestros entrevistados que evidencian la falta de seguridad y efectividad que reciben en la clínica SAME y el Hospital Álvaro Obregón, lo que pone en riesgo la integridad física, psicológica, salud y vida de las personas que vivieron esta circunstancia.

Hemos leído los planes, programas y líneas de acción de distintas instituciones de salud, sin embargo, el discurso que externan estas instituciones ya sean públicas o privadas y el ideal que pretenden alcanzar, distan mucho de la realidad que impera en nuestra vida cotidiana, tal es el caso de los servicios médicos que provee la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México. Dentro de la investigación que se realizó se reflejan y quedan de manifiesto las muchas prácticas discriminatorias, ofensivas, violentas y atropellos que se siguen realizando en la clínica SAME y en el Hospital Álvaro Obregón, transgrediendo no sólo el derecho a la protección social de la salud , sino a la vida, a la seguridad jurídica, a la libertad, a la igualdad, a la información, entre otros.

Tomando en cuenta lo descrito anteriormente, me gustaría compartir el siguiente caso de Alma y su esposo, matrimonio que vivió (por días, semanas y meses) miedo, incertidumbre, preocupación, angustia y desesperanza. Esta situación muestra la gravedad de los malos diagnósticos y tratamientos que realizan los médicos de la clínica SAME y

el Hospital Álvaro Obregón poniendo en riesgo la vida y la integridad física de las personas, y en consecuencia generando en los pacientes desconfianza y poca credibilidad.

Se presenta un caso más de violación y transgresión a los derechos humanos fundamentales, se evidencia la carencia de profesionalismo, capacitación, empatía, humanismo y de conocimiento científico por parte de médicos de la clínica SAME.

A manera de recordatorio, se comentó que Alma, esposa de un Policía Auxiliar, tuvo su parto en el Hospital Médica Londres hace casi once años. El bebé nació en buenas condiciones y sin problema alguno hasta ese momento. Pasaron casi los quince días y el recién nacido comenzó con vómito, se le daba su ración de leche y vomitaba una parte considerable de su alimento, así estuvo por unos días hasta que lo llevaron al médico en la clínica SAME, el diagnóstico fue reflujo gástrico, el tratamiento un medicamento para calmar el reflujo, días después seguía con el vómito, ahora en mayor cantidad. Los médicos de la clínica SAME, volvieron a recetar otro medicamento que iba aliviar el problema, los días siguieron pasando y el vómito no cedía, los médicos le cambiaron la leche, una y otra vez, volvieron a cambiar de medicamento y tampoco funcionaba. Los padres angustiados y desesperados acudían otra vez al médico en la clínica SAME, y le volvían a cambiar el medicamento y la leche. El tiempo pasaba y el vómito iba en aumento, la angustia y desesperación dominaban el ambiente de estas personas, ya casi dos meses de tratamiento y el bebé estaba bajando de peso. Desesperados, los padres del niño lo llevaron con una doctora particular para que lo revisara (doctora que en ocasiones anteriores había atendido a Alma por su embarazo) al ver la doctora al niño y al realizar distintos cuestionamientos, auscultación y evaluaciones, comentó que el lactante tenía que ser atendido de urgencia, que solicitaran un estudio para que revisaran su estómago (una radiografía del aparato digestivo por posible atrofia pilórica). Los padres se trasladaron de Ixtapaluca al Hospital Obregón en la Colonia Roma de la Alcaldía Cuauhtémoc, casi dos horas de camino en el transporte público, agotados, y preocupados acudieron a urgencia al Hospital Obregón con esa referencia médica que le había dado la doctora, pasaron al pediatra y el médico les dijo que por qué no habían acudido antes, que la criatura necesitaba ser ingresado de urgencia para ser atendido y operado, efectivamente el diagnóstico fue una atrofia pilórica que pudo ser intervenida desde la tercera semana con un buen diagnóstico, oportuno y eficiente. Los padres no sabían qué decir, sólo comentaron que nunca los refirieron de la clínica y que tampoco les mandaron hacer estudios. Sintieron un alivio, pero también mucha impotencia, rabia y coraje. Por cuántas cosas atravesaron, tantos momentos tristes, cuanto desgaste físico y mental realizaron, cuantas malas experiencias con los médicos de la clínica SAME, cuanto gasto de bolsillo, y todo por un mal diagnóstico y seguimiento no oportuno. Al final el recién nacido salió sin problema de la operación y se recuperó rápidamente, ahora es un niño sano y tiene ya diez años de edad. En las palabras de Alma comparte lo siguiente:

...pues así pasaron las cosas...fue una experiencia muy fuerte, los médicos de la clínica SAME que dan servicio a la policía dejan mucho que decir, no es posible que no se haya hecho un buen diagnóstico, que a los médicos les valga...no sé qué piensen, nos tratan como si no supiéramos, como ignorantes...si ellos lo saben qué te ayuden, para eso estudiaron, para ayudar, no para limitar el servicio...

Este caso que se presenta nos deja ver que los médicos muchas veces carecen de conocimientos técnicos y científicos que no les permite diagnosticar oportuna ni certeramente algunas enfermedades o padecimientos.

De acuerdo a Burr, et al. (2011), para que un médico dé un diagnóstico oportuno, es deseable que haga una revisión física y minuciosa, al menos de los aspectos más relevantes. El médico hace un pre diagnóstico y necesita corroborar información con pruebas complementarias (análisis de laboratorio, placas, imágenes, etc.). Una vez reunidas las pruebas solicitadas, el médico podrá confirmar el diagnóstico e indicará al paciente cuál es el tratamiento a seguir y/o determinará canalizar o no a su paciente con el especialista. (p.46)

Sin embargo, en la clínica SAME de acuerdo a la experiencia de nuestros entrevistados no se realizan diagnósticos oportunos, ni certeros que permitan ayudar a los pacientes (como el caso que se describe anteriormente) a tomar mejores decisiones y sentirse seguros. Todos los informantes expresan experiencias en donde hubo un diagnóstico equivocado, siendo los casos más graves los de Carla y Ernesto:

Carla, antes de ser intervenida quirúrgicamente debido al cáncer tan avanzado compartió este testimonio:

...mi enfermedad (cáncer) está muy avanzada...si a mí me hubieran detectado a tiempo esto, no hubiera avanzado tanto, me decían que era gastritis, luego colitis, luego no sé qué tanta cosa ...nadie me hizo exámenes por más de un año y ahora ya me invadió todo el estómago...me da mucho coraje, tristeza, e impotencia...

Ernesto, cuando en el Hospital Álvaro Obregón le dijeron que no padecía de la próstata:

“...un día cuando fui al Hospital Obregón, para atenderme lo de la próstata, me preguntó la doctora, la verdad dígame de qué está malo, qué tiene, levántese, me comenzó a revisar y me dijo que el problema que yo tenía no era de la próstata sino de los riñones...me dio tratamiento para los riñones y después se me quitó la molestia...

Prácticamente todos los entrevistados han tenido tratamientos inadecuados o inoportunos debido a malos diagnósticos. Lo común es que en la clínica SAME, los médicos no realizan un procedimiento adecuado que les permita obtener mejores diagnósticos, sólo se limitan a preguntar y en pocas ocasiones revisan al paciente o lo canalizan a exámenes de laboratorios, las consecuencias son graves para unos y no hay una reparación del daño ocasionado para estas personas.

En estos casos se visualiza una completa omisión y falta a los principios en el actuar médico. La pregunta es, ¿por qué hay tantas omisiones en su actuar, ¿qué los limita a no realizar su labor médica de una manera ética y congruente? Desde mi punto de vista creo que existen normas implícitas y/o verbales emitidas por una autoridad que no favorecen la labor médica; se les restringe su actuar y no se les permite canalizar a muchos pacientes al área correspondiente y de especialidades para una mejor atención médica, es decir, que la misma institución, en este caso la CAPREPA, les da la consigna de no canalizar a tantos pacientes al segundo o tercer nivel de atención y/o que no se les extiendan incapacidades, esto con la finalidad de no invertir en la salud de los derechohabientes y no erogar algún gasto que represente pérdidas económicas para la institución. Otra hipótesis sería porque la demanda de servicios en estos niveles de atención es alta, y la institución médica no cuenta con la capacidad de respuesta ni con la infraestructura para garantizar la atención médica de calidad a toda la población (que suman un total de 105,552 derechohabientes) que exigen ser atendidos y tratados con calidad, por lo que los médicos tienen que reducir las referencias médicas al segundo y tercer nivel de atención. Quisiera profundizar más en este tema de las causas que motivan a lo descrito anteriormente, sin embargo, no es el objetivo de este trabajo, sólo es una referencia importante que implica un problema serio y es una forma de transgredir y violentar el derecho a la salud. Se retomará el tema en el apartado de aceptabilidad.

Cabe hacer mención lo que un médico me comentó en una consulta, esto al realizar la investigación:

...nosotros tenemos reuniones cada cierto tiempo, en estas reuniones, el personal de CAPREPA lleva un registro de las incapacidades que uno extiende...si sobrepasamos el límite nos quitan un bono que se nos paga...Tenemos la instrucción por parte de la CAPREPA de no dar incapacidades por ningún motivo, sólo en casos necesarios, pero muy necesarios...

En relación a lo que comentó el médico general podemos observar que la institución (CAPREPA) ejerce un poder sobre los médicos y éstos sobre los pacientes, lo que se expresa en la restricción de derechos de las personas; la limitación al acceso de los servicios médicos, atención no oportuna, malos diagnósticos, postergación de las citas, y en resumen una mala calidad en el servicio. En consecuencia, la percepción de las usuarias y usuarios es negativa y un sentir de insatisfacción.

Al respecto, Castro (2008), hace mención que en el uso del poder no sólo se manifiestan las acciones violentas, sino las acciones que restringen recursos o derechos. Es una violencia simbólica e institucional que no se percibe pero que esta impuesta con la mayor intención (p.85). Es decir, que el ejercicio del poder, en este caso institucional, restringe y/o limita recursos humanos y materiales, lo que se traduce en una falta de disponibilidad y una mala atención que transgrede el derecho humano a la protección social de la salud.

Otro ejemplo que refleja lo que se describe con anterioridad es la siguiente experiencia de Carla:

...cuando me realizaron una operación por unos quistes que tenía, me dieron veinte días de incapacidad, terminándose ésta, acudí al doctor para renovar mi incapacidad, el doctor me dijo que ya no había más incapacidad, que mi herida había cerrado y que estaba apta para trabajar...yo no podía caminar bien y el doctor del Hospital Obregón me dijo que lo importante era que la herida cerrara... y que lo que podía hacer era sugerirme que saliera con más tiempo para llegar al trabajo a buena hora...

Se muestra que muchos médicos no son sensibles a las necesidades de los pacientes, y obedecen la política interna a cambio de las prestaciones económicas. Axiológicamente están reprobados estos médicos.

b. Calidad en función de la disponibilidad de infraestructura

Otro aspecto de la calidad de los servicios son los espacios de las salas de espera en la clínica SAME y el Hospital Obregón, en especial, en el área de pediatría y ginecología. Sin embargo, al realizar la observación de campo, se apreció que no sólo es en las áreas antes mencionadas, también en tanatología, nefrología, oftalmología, entre otras; los espacios no son accesibles y son muy estrechos, lo que no permite una movilidad adecuada para las personas adultas mayores y con alguna discapacidad motriz o visual; muchos pacientes ocupan las escaleras y pasillos para sentarse. La entrada principal, sobre la calle de Tabasco está obstaculizada por cajas de madera llamadas huacales, en donde el piso está lleno de agua sucia y lodo, lo que no permite ingresar con una silla de ruedas. El área de farmacia se encuentra del otro lado del hospital, sobre la calle jalapa, es decir, que se debe cruzar la calle, y no hay paso a la farmacia para personas que utilicen silla de ruedas. También las condiciones de infraestructura y fachadas de esta farmacia se

encuentran sucias y con grafitis, y sin algún señalamiento o anuncio que diga farmacia, lo que dificulta hallar el lugar.

Alma nos comenta en relación a las condiciones de infraestructura y de atención que se recibe en el área de ginecología del Hospital Obregón:

...el espacio de ginecología del Hospital Obregón es muy reducida, la sala de espera no parece sala, las mujeres que están embarazadas utilizan las escaleras del edificio para sentarse y esperar su turno para ser atendida...sólo hay una ginecóloga para el turno de la mañana y otra por la tarde...

En este comentario se puede observar que los espacios no son suficientes ni adecuados para una sala de espera gentil y accesible para estas personas. Los ocho médicos que laboran en el Hospital Obregón y que prestan sus servicios a la policía auxiliar, rolando los turnos matutinos, vespertino y fines de semana, según información de la CAPREPA, que obtuvimos a través de la Plataforma de acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, no cubren las demandas de atención médica de los pacientes lo que se traduce en una mala calidad.

c. Atención centrada en la persona

En nuestros días, el derecho de los pacientes a recibir un trato respetuoso y de calidad por parte de las instituciones médicas y de salud se encuentra consagrado en instrumentos internacionales de derechos humanos como la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros, todos ellos suscritos por el Estado Mexicano, así como nacionales tales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La ley General de Salud, la Ley Federal para prevenir y eliminar la Discriminación, entre otros ordenamientos jurídicos que obligan a las instituciones médicas a que el paciente reciba un trato digno y sin discriminación, procurando elevar sus niveles de salud y mejorar la calidad de vida con el respeto irrestricto de un conjunto de derechos que posibiliten un mayor control y mejora de su salud.

La atención centrada en el paciente conlleva elementos importantes para una mejor atención médica; una buena exploración por parte del médico, la comprensión de la persona de forma integral y en su contexto sociocultural, la búsqueda del diálogo entre el médico y el paciente, compartir el control y la responsabilidad del proceso salud – enfermedad, entre otros aspectos que pretende generar un ambiente, entre el médico y el

paciente, en donde predomine una comunicación asertiva y efectiva. De acuerdo a Fitzpatrick (1990), “el estar satisfecho con el trato y tratamiento significa una diferencia decisiva para lograr la cooperación de los pacientes en la terapia...los que estaban conformes con la comunicación con su médico seguían más las instrucciones...” (p.174).

En las experiencias de nuestros entrevistados en relación a los médicos que brindan el servicio en la clínica SAME, predomina una relación, entre el médico y paciente, poco favorable, en donde la comunicación es, sin duda, el elemento que no prevalece en la consulta, lo que no permite que los pacientes sean más participativos. Los médicos informan de una manera ambigua y poco clara a los pacientes sobre sus enfermedades y/o tratamientos.

Estas circunstancias obligan a los pacientes a buscar atención médica en otros lugares, en consultorios y con especialistas privados, donde la información sea más clara, el diagnóstico más exacto y oportuno, y el seguimiento más cercano.

Como lo menciona Georgina en una experiencia que tuvo:

...la verdad los médicos luego ya no te revisan, le dije a la doctora que si me podía explicar lo de mis resultados de mi análisis de sangre y me comentó que no podía atenderme ese problema sino hasta la siguiente cita, tuve que ir a un particular para que me explicaran.

Oswaldo comenta lo siguiente:

...los médicos no te revisan adecuadamente, sólo te preguntan en donde te duele y sobre de eso te dan el medicamento, no te canalizan a tiempo, tienes que solicitar para que te realicen un estudio...así me pasó con lo de mi rodilla...más a fuerza me sacaron unas placas y resulta que sí tenía una fisura...

Ernesto comentó lo siguiente:

...se requiere que los médicos hagan buenas revisiones, que te chequen bien, que la información sea la adecuada, que tengan un buen tacto con el paciente...sólo así se va a curar la gente...

En estos casos observamos mucha negligencia médica, en el sentido de que los médicos además de no tener ese buen trato con el paciente y despejarle sus dudas, no reconocen

sus derechos como persona ni como paciente, lo que ocasiona disgusto, enojo e inseguridad por parte de los pacientes. (Castro, 2008)

La atención centrada en la persona parte del respeto a la dignidad, a la personalidad y multidimensionalidad de todos los pacientes. Se reconocen sus capacidades y habilidades de las personas y se trazan proyectos de vida a corto, mediano y largo plazo, se generan expectativas para mejorar la calidad de vida. En otras palabras, la atención centrada en la persona significa que la atención y el trabajo profesional de los que integran el sistema de salud están destinados a generar redes integrales de apoyo para la solución eficiente de los problemas de salud.

d. Calidad en la atención por parte de personal administrativo

Otro resultado dentro de la investigación fue que, dentro de las entrevistas, los derechohabientes mencionan que el servicio que presta el personal administrativo de la caja de previsión de la policía auxiliar asignado a la clínica SAME se caracteriza por la prepotencia y la intolerancia, y por ser poco ágil cuando realizan un trámite administrativo, ya sea para la renovación de carnets, por la negación de la atención médica, o por los sellos de autorización que se requieren para medicamentos, o estudios de laboratorio o incapacidades. Al respecto Carla comenta lo siguiente:

...un día llegué al servicio médico casi de urgencia porque me sentía con mucho malestar, venía yo del trabajo, eran las nueve de la mañana aproximadamente, entonces al pasar a la recepción para sacar una ficha me di cuenta que no traía ni carnet ni credencial de policía, pero sí mi credencial de elector, la señorita recepcionista me dijo que no podía darme ficha sin ese requisito, que tenía que llevar carnet o credencial de policía, entonces me dijo que pasara a la CAPREPA y que expusiera mi caso, fui con la joven de esa área y le comenté lo sucedido, que se me habían olvidado mis papeles en el trabajo, pero que necesitaba ser atendida por que llevaba mucho dolor de cabeza y malestar, la joven me dijo que no, que no podía darme el servicio, que era un requisito indispensable...Entramos en una discusión y me dijo: “pues hágale como quiera pero usted no va a recibir el servicio”...hice mucho coraje, me negaron el servicio, no sabía que más hacer, a donde ir, a quien hablar y opté mejor por ir al médico particular...sentí que me violaron el derecho a mi salud...yo necesitaba el servicio y estaba en sus manos favorecerme o no...y ahí sigue esa disque licenciada...no la quitan ...ya tiene muchas quejas ...

Georgina por su parte comenta:

...la gente que atiende en CAPREPA, la verdad que es muy grosera en muchas ocasiones, para empezar, la cara de mal gesto que hace la señorita que está ahí no ayuda para nada, siempre esta como de malas, te hace los trámites muy tardados, y luego se enoja si ve que la estas presionando, pero bueno, tiene uno que aguantar...

Oswaldo nos comparte lo siguiente en relación al trato que brinda el personal de CAPREPA:

...hay una joven que atiende en esta oficina, muy déspota y grosera, muchos ya se han quejado de ella, yo he puesto mis comentarios en el buzón de quejas y sugerencias pero la joven sigue trabajando ahí, no han hecho nada al respecto, en ocasiones no quiere sellar las recetas porque según ella es mucho el medicamento, y manda a llamar al médico, pero sólo es el medicamento que necesitamos, siempre está de mal genio y te grita enfrente de las demás personas...he visto a varias personas discutir con ella...

Al respecto, Minerva señaló:

...yo me quejé un día en CAPREPA, esto debido a que la señorita que trabaja en el laboratorio de análisis clínicos, le estaba toque y toque y no me abría, salió la joven y me dijo que porque tocaba así, entonces le comenté que ya tenía rato aquí afuera y me dijo: “pues no la escuché”, le contesté que cómo me iba a escuchar si estaba escuchando música... fui y puse mi queja con la Licenciada de CAPREPA, y sólo me dijo: esa muchacha no entiende, nosotros lo vamos a checar...las cosas siguen así, no cambian...todavía me dijo que el documento para sello estaba muy arrugado, que para la otra no me lo iba a recibir...salió peor la cosa..

Como parte complementaria, se pretende que los pacientes sean más participativos dentro de la consulta médica y en sus procesos de salud enfermedad, así como también en los campos administrativos del sistema, es decir, que ejerzan su derecho al acceso de información que les corresponde a cada derechohabiente. De esta manera se promoverá un ambiente saludable y un cambio significativo en la percepción y el actuar de los usuarios y derechohabientes de los servicios de salud. La información y la participación

activa son una premisa fundamental de la calidad de los servicios médicos y de salud. (Castro, 2008)

Castro, (2008), comenta que las prácticas en la gestión se relacionan con la capacidad de las mujeres pacientes para “moverse” en los diferentes espacios. Esta capacidad está en función de la forma en la que asumen el rol de usuarias y pacientes en la institución de salud, y como personas activas para tomar decisiones (p. 328).

e. Tiempo de espera y de consulta (suficiencia)

El tiempo de espera en la sala es un problema que agudiza el hacinamiento que hay en este lugar, al grado que las personas permanecen paradas por mucho tiempo esperando ser atendidas. Personas que en su mayoría son mujeres y niños, lo que significa que los espacios y la calidad de las instalaciones no es la adecuada para los pacientes.

Castro (2008), menciona que varios estudios encontraron que la percepción de la calidad en instituciones de salud se basa en los tratos recibidos por los médicos y los tiempos de espera de la atención (p.97).

En este sentido, los entrevistados comentan en común que la espera, en la sala, para ser atendidos es muy desgastante y muy tardada, al grado que mucha gente llega a las seis de la mañana para que le toque una ficha próxima y pueda salir temprano de la clínica, de lo contrario se pierde un poco más de medio día. La insatisfacción radica en que es mucho tiempo de espera y poco tiempo para ser escuchado y atendido, refieren, que varios médicos tardan en pasar a consulta a un paciente no porque se invierta tiempo en la consulta con el paciente sino porque se la pasan platicando en sus teléfonos o realizando otras actividades que no son las consultas.

Georgina nos comenta al respecto:

...pues yo tengo que llegar antes de los ocho de la mañana para tener buen lugar y salir temprano, los médicos tardan mucho, no entiendo por qué si cuando pasas a consulta muchas veces ni te revisan, nada más te dicen: ¿Qué tiene o que le duele? y listo, sales con tu receta...en menos de cinco minutos ya estas afuera, tardan más en imprimir la receta que en la atención...

Minerva nos comenta lo siguiente:

...yo he visto que los doctores nada más se la pasan platicando, no todos, pero sí algunos, por eso no pasan rápido a los pacientes...se pasan...

Ernesto nos comparte algo muy interesante:

...llegué con la doctora en la clínica, y me preguntó qué tenía, y me dijo: tiene cinco minutos para decirme lo que tiene...pues le dije que ya ni sabía, me habían dicho que estaba mal de la próstata, y ella, al comentarle lo que tenía me dijo: “no señor usted tiene problemas en el riñón, tómese esto y se va a sentir mejor”... (Risas)...

Oswaldo nos dice lo siguiente en relación al tiempo de consulta:

...la verdad está muy larga la fila, yo he tardado más de dos horas para ser atendido, pierdes todo el día, y cuando te atienden sólo te dicen tómese eso o esto...ya ni te explican, es increíble pero cierto...

Carmen menciona lo siguiente:

...tienes que esperar en ocasiones más de dos horas, el tiempo debe ser menor, los pacientes con enfermedades crónicas deberíamos de ser mejor atendidos y no esperar mucho tiempo...

De acuerdo a Outomuro y Mariel (2013), dentro de los aspectos que se vinculan con la calidad en la atención médica, además de la accesibilidad, seguridad y eficiencia, se encuentra la suficiencia. En donde el tiempo de consulta se enmarca dentro de la suficiencia, la integridad y la satisfacción de los usuarios.

El tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción de los pacientes...Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis (p.364).

Estudios que se han realizado en México muestran que la consulta médica oscila entre 10 y 15 minutos, Outomuro y Mariel (2013), afirman que este tiempo no es suficiente para realizar una auscultación adecuada, comunicarse asertivamente con el paciente, realizar un buen diagnóstico y llevar a cabo un tratamiento eficiente. En este sentido, se requiere que el paciente sea más participativo y esto conlleva un tiempo necesario de la consulta, en donde el paciente sea verdaderamente escuchado y el médico empático y humano. Se pretende crear ambientes saludables que contribuyan a cambios en la actitud de médicos y pacientes donde los primeros sean más eficientes y los usuarios con mayor poder de decisión, autónomos y responsables de su proceso de salud enfermedad, por lo que el

tiempo y atención de la consulta médica debe ser un pilar para generar las expectativas de médicos y pacientes.

f. Calidad y/o eficacia de los medicamentos

En relación a los medicamentos, los entrevistados coincidieron en que les entregan medicamentos similares y su efecto no es el mismo, también comentan que además de que no hace un efecto inmediato, muchas veces no hay en existencia, y tienen que regresar por él en cuanto haya en farmacia, lo que perjudica al paciente en dos sentidos, uno porque tiene que comprarlo y otro, porque no hay un tratamiento oportuno o inmediato para tratar la enfermedad.

La molestia más grande que tienen es la escasez de los medicamentos del cuadro básico que requieren para sus enfermedades, entre los que destacan antibióticos, analgésicos y para el tratamiento de diabetes e hipertensión, esto lo atribuyen a que la CAPREPA no destina el dinero suficiente para este rubro lo que ocasiona carencia en la clínica, es decir, no son transparentes con los recursos. Acusan al sistema de corruptos y negligentes, afectando el derecho a la salud y la calidad de vida de los derechohabientes.

Al respecto, Carla expresó que:

...pues todo es similar, es lo que tiene la clínica, hay veces que no tienen el medicamento y tienes que regresar por el medicamento días después o cuando haya...cómo no va haber medicamento si a nosotros nos descuentan para que haya eso y más...

Ernesto externó que:

...me estoy atendiendo con el especialista en el Hospital Obregón y aun no me han dado el medicamento desde febrero a la fecha (mayo 2018) ...la estoy comprando, dicen que no hay para cuando...es increíble...

Georgina, al respecto, comentó lo siguiente:

...me dan los mismos medicamentos, para el dolor, algo así para la infección de vías urinarias, pues yo creo que me deben de dar algo que me saque de mis problemas de salud, luego siento que no me hacen efecto, ando cargando un buen de pastillas que luego ni ocupo, en ocasiones es mejor comprar el medicamento que te recetan en los consultorios particulares, es a donde voy...

En estas experiencias se puede evidenciar que muchos medicamentos no están al alcance de los usuarios del servicio, lo que provoca descontento e insatisfacción. No se sabe con certeza qué es lo que suceda en el sistema de salud de este sector de la población, sin embargo, se han realizado investigaciones dentro y fuera de la secretaría de salud teniendo como resultados que la escasez de medicamentos está en función del recorte presupuestal, poca claridad en los procesos de licitación, desvío de medicamentos para beneficio personal, y actos de corrupción entre proveedores e instituciones de salud. (Frenk, et al. 2004).

Se deben tomar medidas y realizar acciones para garantizar el acceso efectivo y equitativo de medicamentos entre los distintos subsistemas de salud, para contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población y prevenir que trascienda la enfermedad, aminorar el gasto de bolsillo y mejorar la calidad de vida.

5.3 Disponibilidad

El acceso a los servicios médicos y de salud depende, entre otros factores, de la disponibilidad de recursos humanos, materiales, de medicamentos, de espacios para la atención, de infraestructura, de tiempo y de dinero para que la población logre obtener y sentir un grado de satisfacción. La disponibilidad debe garantizar que los establecimientos estén al alcance geográfico de toda la población derechohabiente.

La salud es un derecho humano y fundamental, y para su acceso efectivo se debe partir de principios como la igualdad y no discriminación, la progresividad y no regresividad, la transparencia de los recursos y su eficiencia al ser destinados a la población derechohabiente.

La limitación en la disponibilidad de los servicios médicos, de infraestructura, de recursos humanos y materiales se traduce en una distribución y acceso desigual de los servicios médicos. Más grave es que esta falta de disponibilidad de servicios médicos y de salud, así como de clínicas especializadas tengan como resultado consecuencias fatales para estas personas que viven estas precariedades.

El caso de Minerva, describe con mucha claridad y de una forma tan entristecedora, las condiciones y circunstancias por las que tuvo que pasar por la falta de disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos; dos elementos esenciales que, junto con la calidad y la aceptabilidad, deberían garantizar un goce efectivo del derecho a la salud.

Es importante hacer una reflexión sobre el caso que se expone, y que nos permita visualizar el gran problema y la crisis por la que está pasando todo el sistema de salud, en especial, el que provee la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA).

Minerva, mujer pensionada de la policía auxiliar después de 30 años laborados, tiene 63 años y vive en Ixtapaluca, Estado de México. Hace 25 años no pudo llegar a tiempo al hospital para ser atendida por un embarazo, viajó por más de dos horas en transporte público, utilizando el metro, en compañía de su hijo mayor, que en ese entonces tenía 15 años, ella menciona que nadie le cedió el asiento en el vagón, su condición era muy mala, sabía que tenía que resistir para llegar hasta La Torre Médica (servicio médico que tenía la policía auxiliar en ese entonces, 1994), en la colonia Tabacalera, actualmente Alcaldía Cuauhtémoc. Al llegar al hospital, la ingresaron de urgencia; el niño no se logró, murió en el vientre de su madre; en terapia intensiva, Minerva, luchaba por su vida, por seguir viviendo por y para sus cuatro hijos que aún necesitaban atención y de ella. Después de varios días, milagrosamente se recuperó, salió de pie y en la actualidad sólo queda ese triste recuerdo y amarga vivencia. Con lágrimas en los ojos menciona: “...no tuve recursos económicos en ese momento para acudir a una clínica particular más cercana, no sabía si me podían atender en otro lugar... por ignorancia, por falta de dinero, por no haber clínicas cercanas...perdí a mi hijo, gracias a Dios sigo viva y así pude ver por mis demás hijos...”

“...en la actualidad existe el mismo problema con los servicios médicos de la policía auxiliar, el hospital Obregón esta lejísimos...hemos sido discriminados, olvidados...ninguna autoridad ve esto, ni derechos humanos...”

En esta historia se visualiza cómo Minerva vivió con dolor e impotencia la carencia y falta de accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos. Cuando no se tienen los recursos necesarios sucede lo peor, se pierden vidas, seres queridos y esperanzas. Todo pasa como si nada hubiera ocurrido para las instituciones, se olvidan, no hay progresividad ni garantía en el derecho a la salud, no existen medidas que se hayan realizado para mitigar o erradicar las muertes maternas –infantiles por estas causas, no hay condiciones óptimas para la atención específica de esta población dentro de estos servicios médicos.

La mortalidad materna-infantil prevenible es una violación a los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, a no ser sometida a torturas, tratos crueles, inhumanos y

degradantes; a la educación, a la información y al goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico. (CNDH)

En las entrevistas también las mujeres expresan su inconformidad, y sienten vulnerados sus derechos porque la clínica SAME carece de un área de ginecología en donde se puedan realizar diversos estudios en relación al cuidado de la mujer, entre los cuales se encuentra el examen de papanicolaou; dicho examen médico se realiza en el laboratorio de análisis clínicos de nombre *Biogéminis*, subrogado también por la CAPREPA y que forma parte de la clínica, lugar donde no existen las condiciones necesarias para atender y realizar este tipo de estudios, lo que tiene como resultado que las mujeres que reciben este servicio se sientan vulneradas, violentadas e insatisfechas con el servicio que se da en esta clínica de primer nivel de atención.

Como lo verbaliza Carla en una de las entrevistas:

...no hay privacidad o un consultorio adecuado para realizarte el papanicolaou, sólo corren una cortina que divide el laboratorio clínico donde están atendiendo a la demás gente y del otro lado te están haciendo el papanicolaou...

Georgina por su parte, comenta lo siguiente:

...aquí no hay ginecología, si necesitas esa atención te mandan al Hospital Obregón y allá te programan tu cita bien prolongada...

En este sentido, cabe comentar que de acuerdo a la información que nos proporcionó la institución de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), a través de la Plataforma de Acceso a la información de la Ciudad de México con número de oficio SSPDF/UT/1772/2019 con fecha 30 de abril, menciona que:

...con base en el oficio DAM/04317/2019, signado por el Dr. Placido Enrique León García, director de atención Médica, se comunica que las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención, están dirigidas a la atención primaria, realizando acciones de promoción, prevención a la salud y atención ambulatoria a la morbilidad. El establecimiento de atención médica básica de las redes de atención del primer contacto, se basa en unidades estructurales funcionales donde se otorga atención médica integral a una población determinada de acuerdo a su capacidad de resolución.

Los servicios que se otorgan a la población son: Consulta Médica General, Consulta Odontológica, Consulta especializada, Consulta de Salud Mental, Detección Oportuna de Enfermedades, Vigilancia Epidemiológica de enfermedades, Asistencia en Trabajo Social, Orientación Nutricional, Inmunizaciones y Curaciones, Servicios de Rayos “X”, Laboratorio Central de Equipos de Esterilización, Archivo Clínico, Farmacia, Estadística e informática y otros dependiendo de la necesidad de la población.

Esta información al contrastarla con los datos de la investigación pone en evidencia que la clínica SAME carece de muchos servicios médicos que está obligada a ofrecer para garantizar el acceso efectivo a los servicios médicos a los derechohabientes de la policía auxiliar, de los que cobran relevancia ginecología y pediatría, sin embargo, no se especifica que sea una obligación otorgarlos en el primer nivel de atención pero son servicios médicos que deben acercarse y ser accesibles de hecho para las y los derechohabientes, ya que son imprescindibles porque están destinados a mujeres y niños quienes por sus circunstancias y condiciones de vida se encuentran en desventaja social, y no puede transgredirse su derecho a la salud.

Es importante destacar que la clínica SAME, según datos, de la misma CAPREPA, a los que tuvimos acceso a través de la Plataforma de Acceso a la Información de la Ciudad de México, se atienden a 6596 mujeres y 2030 niños (de un total de 10238 derechohabientes) que representan el 84. 2% de la población derechohabiente en esta clínica. Esto significa que más de 8000 personas no tengan acceso a estos servicios básicos y por lo tanto tengan que desplazarse a más de dos horas de distancia para recibir atención médica en el Hospital Álvaro Obregón poniendo en riesgo su integridad física y la vida, ya que en el transporte público se exponen a recibir cualquier acto violento o delictivo, y en consecuencia el Estado transgrede sus garantías a la seguridad personal y a la libertad.

En esta misma sintonía, las entrevistadas, como se mencionó en el apartado de acceso a la información, desconocen por qué ya no reciben el servicio médico en el Hospital Médica Londres que por años prestó los servicios médicos, en donde se atendían problemas de salud exclusivamente de la mujer, y se daba el seguimiento de embarazo y parto, independientemente de la atención que se daba en el Hospital Obregón.

En relación a lo que mencionan nuestras entrevistadas, es importante mencionar que a través de la plataforma de INFOCDMX, se solicitó la información referente a la fecha y

motivos por los que se prescindió de este servicio médico en el Hospital Médica Londres a la corporación, a lo que nos contestaron mediante oficio CPPA/DG/2183/2019 que el servicio se dejó de prestar en el año 2013, sin más explicación.

Las entrevistadas cuentan que hace unos años atrás, (10 años aproximadamente), los servicios de ginecología y pediatría se prestaban en la clínica (desconocen el nombre porque también desapareció) que tenían en ese entonces en el Municipio de Valle de Chalco, Estado de México, y al que tenían acceso y atención de una forma diferente, era más amplia y la atención era de mejor calidad. También tenían el servicio del Hospital Medica Londres, ubicada en la Colonia Juárez, ahora Alcaldía Cuauhtémoc y que era exclusivo para atención a la mujer, además del Hospital Álvaro Obregón, sin embargo, por cuestiones desconocidas y no claras, de repente la clínica y el Hospital Médica Londres dejaron de prestar los servicios médicos a la Policía Auxiliar y sólo el Hospital Álvaro Obregón, a partir de entonces, atiende la demanda de todos los derechohabientes de esta corporación y sus familiares directos.

En una entrevista que se realizó a Rosaura, una policía Auxiliar con 10 años de servicio y que vive en el municipio de los Reyes la Paz, comentó que todavía fue atendida en el Hospital Médica Londres por un problema que le detectaron en un seno, y su experiencia fue la siguiente:

...la atención era totalmente diferente, muy amables, atentos... el espacio era amplio, te explicaban lo que tenías y te realizaban los estudios que fueran necesarios, no te dejaban esperar mucho tiempo...muy buen servicio...ahora al Hospital Obregón no voy, ahí casi me matan cuando estaba embarazada, si no fuera porque estuve insistiendo y una doctora me vio que estaba mal y me dijo: haber señora pase...Estaba a punto de irme porque estaba discutiendo con una enfermera, esa que nos revisa, y me decía que me hacía falta dilatación...la doctora me pasó y me dijo...señora está usted mal, me ingresaron de urgencia y me dijeron que tenía preclamsia, recuerdo que me pusieron mucho medicamento y que querían a un familiar...y mi esposo también estaba hospitalizado por una cirugía que le iban a hacer...fue muy feo...imagínate si me hubiera regresado a mi casa...pues me muero...

Alma, la esposa de un policía auxiliar nos comparte lo siguiente:

...cuando me embarace de mi hijo hace ya casi once años, me atendí en la clínica de Valle de Chalco, ahí sí había ginecólogo, él me atendió los primeros meses de embarazo, después me canalizó al Hospital Médica Londres, ahí tenía que ir cada mes porque así te programaban las citas, al menos que tuvieras una urgencia podías ir a la hora que fuera necesario, pero imagínate ...en una urgencia no llego de Ixtapaluca para este Hospital y mucho menos si me gana en la madrugada, ...afortunadamente no tuve complicaciones y me alivie bien y fue aquí en el Hospital Médica Londres, era otra la atención, muy buena atención, estaba lejos pero era de calidad, te orientaban bien , muy amables en el trato...ya en mi segundo embarazo yo tenía el ISSEMYM (Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado de México y Municipios) por parte de mi trabajo y me estuve tratando aquí, después de siete años, porque la policía ya no tenía ese servicio médico de la clínica Londres...un día fui con mi esposo al Hospital Obregón y de verdad me dio miedo, ...no sé cómo le hace la pobre gente...una fila grandísima, una sala de espera que no es sala, te ponen unas cuatro sillas y las escaleras para subir al primer piso las utilizan como la sala de espera...esa era o sigue siendo la atención en el Hospital Obregón, muy mala...

Lo que mencionan las entrevistadas refleja que los derechohabientes no tienen acceso a información que es necesaria para despejar sus dudas y tomar medidas necesarias en relación a su atención médica, En este sentido, lo que podemos analizar es que la CAPREPA, como responsable de garantizar los servicios médicos y de salud, está faltando al principio de progresividad y no regresividad, es decir, que no está cumpliendo con sus obligaciones para que el derecho a la salud sea efectivo en el sentido más amplio, por lo que no coincide con el Programa de Protección a la Salud desarrollado en el Plan de Previsión Social de la Caja de Previsión creada en el 2001, cuando dentro de sus líneas de acción menciona que creará un modelo de salud en forma progresiva, dando énfasis a la atención preventiva, fomento a la salud, e información oportuna a los derechohabientes. El PIDESC, en su artículo segundo, fracción primera, menciona que cada Estado Parte se compromete a adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios

apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos.

Castro (2008), ha identificado que el 50 % de quejas que recibe la Comisión Nacional de Arbitraje Médico entre las doce especialidades consideradas para su estudio, el 15% corresponde a ginecología y obstetricia, servicios dirigidos a mujeres (p.22).

Bajo estas condiciones, la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar, tiene que sumar esfuerzos, crear mecanismos y procedimientos para que los derechohabientes y beneficiarios, exijan la protección y garantía, de forma progresiva, del derecho a la salud, es decir, cubrir de forma integral las necesidades que tienen las personas no sólo en recibir información sobre el destino de los recursos humanos y materiales en materia de prestación de servicios médicos y de salud, sino de atención y diagnóstico oportuno para una mejor toma de decisiones de los pacientes.

El hecho de que las mujeres no puedan acceder a una atención ginecológica significa también que dentro de los programas de salud que se encuentran en el primer nivel de atención de esta clínica no se cuenta con un enfoque ni perspectiva de género, es decir, que existe una brecha aun grande entre el discurso y la realidad que prevalece en este contexto.

En este sentido, el Manual Administrativo de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) en relación a la información que se tiene en el área de Jefatura de Unidad Departamental de Atención Médica Integral a la Mujer en su misión, menciona lo siguiente: “Garantizar una eficiente atención médica para la mujer, para ayudar a las derechohabientes sobre aspectos específicos de prevención para la salud (p.21).”

En su objetivo se dice lo siguiente: “Reforzar aspectos importantes de la salud hacia las mujeres derechohabientes, mediante la promoción, orientación, y mejora de la atención médica integral y el trato digno al que tienen derecho (p. 21).”

Cabe hacer mención que nuestras entrevistadas mencionan que no han recibido ni una plática en cuestión de prevención de las enfermedades propias de la mujer como por ejemplo del Virus del Papiloma Humano (VPH), cáncer de mama y cérvico uterino o de otro tipo. No orientan a las personas, tampoco las canalizan a las áreas de apoyo

psicológico correspondiente (porque no la hay), es decir, no se les ofrece una atención integral como lo dice la CAPREPA.

Carla menciona lo siguiente:

...cuando me diagnosticaron lo de mi cáncer, ningún médico me canalizó al psicólogo, es un golpe muy fuerte saber que tienes cáncer y más aún cuando sabes que no es seguro seguir viviendo...en esos momentos uno necesita de mucho apoyo, y aquí en la clínica ni en el hospital Obregón te apoyan para amortiguar el dolor, el sentimiento...al contrario, si por ellos fuera no te atienden, yo necesitaba un aparato para ser operada, la doctora me dijo que CAPREPA estaba rechazando muchas solicitudes, aunque fueran de urgencia...la doctora sólo me dijo que esperaríamos haber que se resolvía, que si no me daban ese aparato se tenía que posponer la cirugía... imagínate que coraje me dio...

Después de la operación que le realizaron a Carla cayó en depresión grave, no recibió apoyo psicológico por parte del servicio médico que subroga CAPREPA, en la actualidad se atiende con una psicóloga privada que le ha ayudado mucho.

Minerva así comenta su sentir:

... de mi parte no he recibido una plática sobre cuestiones de cáncer de mama o de la matriz...yo tuve la necesidad de realizarme el papanicolaou y nadie me explicó algo al respecto sobre lo que puede o no suceder, además de que el papanicolaou te lo hacen en donde toda la gente escucha...es penoso...

Los servicios médicos y de salud destinados para mujeres y niños deberían de estar al alcance de todas las y los derechohabientes, ser accesibles efectivamente, garantizar una atención médica integral y de calidad en donde no se violente de ninguna forma a estas personas y la atención no lastime su dignidad como ser humano; por lo que la Caja de Previsión Social tiene la obligación de asignar los recursos necesarios para lograr el cumplimiento de su derecho a la salud integral, incluyendo los reproductivos y sexuales.

Al respecto, al realizar una solicitud de información a la Plataforma de Acceso a la Información de la CDMX para saber por qué en la clínica SAME no se presta el servicio de Ginecología y Pediatría, generándose el número de folio para dicho requerimiento

0301000019019. Como respuesta y sujeto obligado, la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, contesta lo siguiente:

En atención a este punto le informo, que el servicio de Gineceo-Obstetricia y Pediatría se brindan en el Hospital Obregón, las Clínicas de Medicina Familiar pasaron por un proceso de licitación el cual contempla la atención de primer nivel, motivo por el cual no se brindan dichas especialidades.

Con esta información, la Caja de Previsión Social no deja claro qué es lo que se está licitando en el proceso; ¿el espacio para ofrecer el servicio, el personal médico especializado, el instrumental y equipo o tal vez otro recurso?, no lo sabemos, por lo que la información que externa no es clara en este sentido, lo que sí es claro es que este servicio imprescindible para mujeres y niños no se ofrece dentro del primer nivel de atención, poniendo en riesgo la salud, la vida y la integridad física de las personas, es decir, que no garantiza el derecho a la salud de una forma integral que pueda contribuir a mejorar la calidad de vida y elevar los niveles de salud en este sector de la población que se considera vulnerable.

En el informe sobre la salud en el mundo 2008. *La atención primaria en salud, más necesaria que nunca*, la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, al emitir un mensaje menciona lo siguiente:

...pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención. Posibles ejemplos son esa madre con complicaciones del parto, pero sin acceso a asistencia cualificada, ese niño que no recibe las vacunas esenciales que debería...estas y muchas otras realidades de la vida diaria reflejan deficiencias inadmisibles y evitables que merman la eficacia de nuestros sistemas de salud (p.8).

5.4 Aceptabilidad

En relación a la aceptabilidad, ésta no se puede desvincular de la calidad en la atención médica, la aceptabilidad es un concepto subjetivo que involucra la percepción y el grado de satisfacción que tienen las personas antes, durante y después de recibir una atención por parte de las instituciones de salud; ya sea esta administrativa o de consulta médica.

La aceptabilidad implica que las personas reciban y perciban un trato digno, respetuoso, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. En este sentido, la aceptabilidad es un indicador del ejercicio de los derechos humanos que tienen las personas al recibir atención para su salud o enfermedad.

La Observación General No. 14, menciona que la aceptabilidad se refiere a que los establecimientos de bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

De acuerdo al Programa por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2001-2006), la aceptabilidad y satisfacción de los usuarios está dada en función de la percepción favorable que produce una atención de calidad en donde se observaban dos categorías a tomar en cuenta; el trato digno y atención médica efectiva.

El trato digno se traduce en el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona; a la entrega de información completa, veraz oportuna y entendida por el paciente o quién es responsable de él o ella; un interés manifiesto en la persona, en sus mensajes y sensaciones, así como amabilidad.

La atención médica efectiva se refiere a lograr el resultado posible; que sea eficiente con la cantidad de recursos y adecuada al resultado obtenido; *ética*, pues debe estar de acuerdo con los valores socialmente aceptados.

a. Respetuosos de la ética médica

La ética conlleva a una conducta resultado de una reflexión, sopesando las consecuencias de los actos de cada persona, es una decisión personal que está ataviada de principios y valores con los que cuenta cada uno de nosotros.

Un ejercicio médico ético se da cuando se cumplen cuatro principios fundamentales; beneficencia, no maleficencia, autonomía del paciente y justicia. (Rivero y Duarte, 2008).

La beneficencia obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada.

No maleficencia se refiere a no causar ningún daño al paciente por ningún método o procedimiento.

Autonomía se refiere a que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones, en sus derechos humanos y fundamentales, el enfermo es un sujeto no un objeto.

Justicia se refiere a la igualdad en los tratamientos y, respecto al Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud.

Ahora bien, en el ejercicio del actuar médico como premisa fundamental es que los médicos estén capacitados y preparados en las ramas científicas de su formación, así como en las áreas de humanidades que posibiliten una relación de respeto hacia los pacientes, tomando en cuenta las condiciones socioculturales y de salud de todos sus pacientes, de esto depende que se garanticen los principios antes referidos y que la satisfacción y bienestar de las personas mejoren la calidad de vida y eleven sus niveles de salud.

Considerando que la ética médica parte de principios fundamentales como se refirió anteriormente, me gustaría analizar, en relación a esos principios, algunas prácticas médicas que pueden caer en actos no éticos, transgrediendo así no sólo su código de ética y/o bioética, sino los derechos humanos y fundamentales de los pacientes (que no dejan de ser personas y ciudadanas/os) y en ocasiones las leyes penales por las que pueden tener consecuencias graves por su actuar, arriesgando en los casos más severos, hasta su libertad.

Como ya lo habíamos mencionado en otro apartado, Georgina, una de nuestras entrevistadas comentó que, al pasar a consulta dental, anteriormente le tomaban la prueba de glucosa en sangre, el servicio era proporcionado por los servicios médicos que subroga CAPREPA y podía pasar sin mayor problema. La última vez que pasó a dental, la dentista le dijo que ese estudio ya no lo hacían ellos, que tenía que ir a la farmacia de la clínica SAME, (la que no corresponde a los servicios de la policía auxiliar), y realizarse la prueba ahí, lo que le generó un gasto de 60 pesos, no sólo a ella sino a varias personas que son diabéticas, supo después, que la doctora, al parecer, recibía un porcentaje de cada paciente que canalizaba para realizarse esa prueba. En la actualidad ya no sabe si lo siguen realizando.

...la doctora me dijo que no podía darme consulta sino llevaba mi prueba de glucosa, que CAPREPA ya no lo hacía, que tenía que ir a la farmacia y decirle a una enfermera que está ahí que me la aplicara, no me quedaba de otra, tuve que gastar 60 pesos...imagínate cuantas personas somos...

Otro caso que se supo es el siguiente, experiencia que narra Andrea, laboratorista de un laboratorio clínico particular que se encontraba a un costado de la clínica SAME y que tenía por nombre “Laboratorio clínico Ameca meca” y en donde realizó varios estudios para pacientes de la clínica SAME (derechohabientes de la policía auxiliar), y el hospital General Chalco.

...pues aquí llegaban pacientes del Hospital General (que se encuentra enfrente de la clínica) y de la clínica SAME, argumentando que les urgía el estudio a los médicos y que en el hospital o la clínica no había ciertos instrumentos para hacerlo de una manera inmediata...los médicos los referían porque ya tenían un acuerdo con los dueños del laboratorio...y por la tarde o noche antes de cerrar, los doctores pasaban por su dinero...

En estos testimonios se evidencia a médicos que actúan y son proclives a realizar conductas no éticas en el ejercicio de sus funciones, poniendo mayor valor a sus intereses económicos, aunque esta decisión vaya en detrimento del bienestar de las personas; no se beneficia al enfermo. Muchos pacientes apenas llevan para sus pasajes y para algo de comer (en ocasiones), este gasto de bolsillo representa también una injusticia por parte del personal médico que aquí labora.

Como lo mencionan Rivero y Duarte (2008), “en ocasiones, el interés económico se esconde en la participación de los honorarios cobrados por análisis o estudios de gabinete en los que el medico tiene beneficios. Aquí es evidente la falta de justicia” (p.243).

Otra acción antiética que realizan la mayor parte de médicos de la clínica SAME es la restricción al acceso de otros servicios especializados, estudios de laboratorio y/o gabinete, de medicamentos, o de tratamientos, lo que transgrede los derechos de las personas, esto con la finalidad de no perder bonos o estímulos monetarios que les da la institución para la que trabajan. El médico puede estar preocupado por el paciente, sin embargo, las políticas internas lo limitan en su actuar ético y lo pone en una situación en la cual eligen, en primer lugar, mantener su trabajo. Este conflicto de intereses la orilla a

reaccionar de distintas maneras, una de ellas se muestra en la siguiente experiencia que tuvo Oswaldo por mucho tiempo, él nos comenta lo siguiente:

...por mucho tiempo me estuve tratando en un consultorio de la clínica SAME, yo ya tenía el problema de mi rodilla, y en ocasiones el dolor no me permitía caminar bien, lo que ocasionaba que no fuera a trabajar, entonces le decía al médico que me extendiera una incapacidad porque era necesario. El médico dijo que no podía, que eso no ameritaba una incapacidad, en una ocasión y después de generar confianza con él por el tiempo de relacionarnos, el médico me dijo: “yo le puedo extender una incapacidad y ya usted se pone a mano, ya ve que nos traen bien checaditos...”. Entonces el acuerdo fue de 100 pesos por cada día de incapacidad...así, cuando me sentía mal, ya sabía cuál era el procedimiento...

Lo que nos dejan ver en estas líneas es algo increíble pero cierto; los médicos han perdido ética y credibilidad, su actuar es reprobable, corrupto, se han olvidado del paciente y de los principios y valores que los acompañaron en su formación. Es lamentable ver a médicos que lucran con la salud del paciente, o que los utilizan para beneficio propio y/o de las farmacéuticas, ofreciendo medicamento más caro, realizando cesáreas o cirugías no necesarias, etc. Es lamentable que estemos inmersos en un sistema fragmentado y con falta de recursos, una organización administrativa no aceptable para las personas y donde la ética médica está ausente. Lo interesante es que los médicos aquí, y en muchos otros lugares, de ninguna manera pierden, si les quitan el bono o estímulo, se ayudan con las compensaciones económicas de los pacientes que requieren alguna receta, medicamento o incapacidad.

Estas prácticas deben desaparecer y erradicarse. Se requiere de mucho trabajo y compromiso de las instituciones y Estado, no es grato vivir bajo un sistema de salud, además de fragmentado, permeado de corrupción, y de prácticas que transgreden los códigos éticos y legales. Los únicos y más afectados de este sistema son los beneficiarios, las personas que a diario acudimos a estos centros para atender nuestras enfermedades y mejorar nuestra salud con la finalidad de tener una mayor esperanza y calidad de vida que nos permita afrontar las circunstancias de la vida en los diferentes campos de acción en donde nos desenvolvemos, en la casa, el trabajo, en toda la esfera social.

b. Culturalmente apropiados (trato digno)

En el caso que nos ocupa, podemos observar que en la clínica SAME, desafortunadamente, la relación médico paciente no es nada favorable para el paciente, más aún para las mujeres, es notorio que en este campo de acción domina el médico y legitima su práctica de distintas formas, una de ellas es a partir del discurso científico, aprovechándose de la poca comprensión del paciente, de su ignorancia en términos médicos; reforzando de esta manera la práctica médica hegemónica que ha perdurado por mucho tiempo.

Como lo menciona Castro (2008), “la dominación aumenta por la condición de ser mujer, paciente, pobre e ignorante, teniendo como resultado una mayor subordinación de los pacientes”. (p. 239)

Al respecto, Georgina comparte su experiencia en relación a la consulta médica en la clínica SAME:

...en ocasiones sólo te regañan, y ya no te quieren explicar sobre tus problemas porque no les entiendes, uno sólo pregunta para saber qué tenemos, cómo estamos, y qué va a pasar...pero ellos se sienten hasta ofendidos, ya nada más te dan la receta y te dicen tómese eso y así se le va a quitar lo que tiene...

Carla por su parte externa lo siguiente:

...la verdad esos médicos ni saben, luego te recetan otra cosa que ni es para tu enfermedad, si les preguntas algo hasta se molestan, sienten que los estas atacando y te contestan groseramente...ya mejor uno ni pregunta a veces...te quedas con las dudas de todo...

En estos testimonios podemos observar que en la consulta médica existe una relación asimétrica y de conflicto, por un lado, los médicos son los que ostentan el poder por su rol social y sus conocimientos, por el otro lado, se encuentra el paciente que en ocasiones puede ser participativo, sin embargo, los médicos son los que dominan el ambiente, el campo de acción, ellos ponen las reglas y una de ellas es “no preguntes”.

Las y los pacientes reconocen su ignorancia en temas médicos, el lenguaje les es muy complicado entenderlo. Los médicos saben que el bajo nivel de escolaridad de los pacientes y la poca información que poseen los coloca en una situación vulnerable, lo que aprovechan para transgredir sus derechos y legitimar su práctica.

En estos casos, las mujeres son las más afectadas del sistema, ellas son tratadas y concebidas como carentes de capital cultural, con un rol social ajustado al hogar y al cuidado de los niños, pasiva, sumisa y sin derecho a ser informadas con claridad de lo que les aqueja, duele o lastima. (Castro, 2008). Los médicos no son sensibles y/o empáticos con el género femenino. Cabe recordar que en esta clínica se atiende a más del 60% de la población que son mujeres.

Es interesante ver que las y los pacientes han naturalizado estas acciones y/o prácticas médicas; además de naturalizarlas, las conciben como preceptos que no se pueden refutar, sin embargo, siempre hay resistencia o descontento que externalan de la siguiente manera:

...ya mejor uno no les dice nada...ya no dan ganas de preguntar...mejor te quedas con la duda de todo... así son las cosas... (Frasas que en común son manifestadas por los entrevistados)

Estas son expresiones que manifiestan, en común, las y los pacientes, sus gestos son de molestia e inconformidad, de impotencia. Lo único que ellos desean es ser escuchados y atendidos con más sentido humano.

La consulta médica es el escenario donde interactúa el médico y el paciente, y el lugar donde se reproducen las prácticas médicas encaminadas a subordinar al paciente. (Castro, 2008), es decir, que la práctica médica no toma en consideración la opinión o saberes de los pacientes porque carecen de fundamento científico, las rechaza y reprueba, no las acepta.

Los pacientes requieren de una atención de calidad y calidez, en donde se respete su opinión, su cultura, su personalidad y su participación.

Como lo menciona Castro (2008), se ha comprobado en diversos estudios que una información accesible y oportuna puede influir de manera positiva en los procesos de cuidado, además de contribuir a la apropiación de derechos y a la toma de decisiones. (p.116)

Por lo expuesto con anterioridad, se puede decir que el personal administrativo y personal médico carece de empatía, compromiso, profesionalismo, capacitación, responsabilidad y sentido humano en la atención con los derechohabientes. Se observan ajenos a las necesidades de estas personas, son insensibles y poco humanos, el criterio para la solución

de problemas es nulo y transgreden con frecuencia los derechos humanos y fundamentales de las personas. Condicionan la atención, restringen derechos y violentan garantías.

El personal médico y administrativo se debe apegar al marco jurídico vigente para servidores públicos y hacer efectivo el acceso a los servicios médicos y de salud, esto requiere del conocimiento de las normas que regulan su actuar y de la constante capacitación en esta materia. Sólo de esta manera se realizará un giro importante en la atención con calidad y la aceptabilidad de los usuarios, no sólo de este sistema de salud que proporciona CAPREPA, sino de todo el sistema en su conjunto.

CONCLUSIONES

En este trabajo se presentaron los resultados de una investigación sobre la problemática que enfrentan un grupo de policías auxiliares de la Ciudad de México asignados a uno de los tres zoológicos de la Ciudad de México en relación con los servicios médicos y de salud subrogados por la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México (CAPREPA).

El objetivo general de esta investigación fue analizar y describir las condiciones en que se prestan los servicios médicos que subroga CAPREPA, a través de las experiencias de las y los policías auxiliares que son derechohabientes de la clínica SAME, una de las siete clínicas periféricas contratadas para brindar servicios a este sector de la población. El análisis se enfocó a la accesibilidad, calidad, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios que reciben en dicha clínica.

Los resultados evidencian una serie de condiciones y circunstancias que limitan y transgreden el derecho a la protección social de la salud de los elementos activos de la policía auxiliar y de sus familiares directos. De forma particular, se identificaron incumplimientos a lo que se encuentra estipulado en el Artículo 4º Constitucional y la Ley General de Salud, así como también en algunos instrumentos de derechos humanos de orden internacional como el PIDESC, la Convención Interamericana de Derechos Humanos, La Declaración Universal de los Derechos Humanos, entre otros que se mencionaron en la primera parte de este trabajo.

En relación a la accesibilidad física, los derechohabientes se enfrentan a un conjunto de obstáculos que no permiten el acceso efectivo a estos servicios médicos y de salud debido a la distancia que tienen que recorrer ya sea de sus domicilios o de sus centros de trabajo a la clínica, el tiempo invertido para trasladarse a la clínica, el desgaste físico al que se someten después de sus jornadas laborales para acudir a esta clínica, el gasto de bolsillo que realizan para transporte, alimentos y medicamentos (cuando no los hay). Todos los derechohabientes son afectados en este rubro, sin embargo, mujeres y niños son las personas que corren mayor riesgo al trasladarse (regularmente, en transporte público) por más de dos horas de sus domicilios al Hospital Álvaro Obregón para la atención pediátrica y ginecológica pues únicamente aquí es en donde se ofrecen estos servicios.

La distancia es un elemento que refleja la desigualdad en el acceso a servicios médicos en comparación con derechohabientes de otros servicios públicos de salud (como el

IMSS) lo que también evidencia su exclusión a otros subsistemas de atención para la salud²¹.

Para evitar realizar largos recorridos, muchos derechohabientes deciden prescindir de los servicios médicos de CAPREPA y acuden a los consultorios adyacentes a farmacias y/o a consultorios de especialidad para atender sus problemas de salud, evitando con esto, una serie de barreras que no facilitan el acceso a los servicios de salud subrogados.

En relación a la accesibilidad económica, se identificaron situaciones que imposibilitan al personal de la policía auxiliar acudir a la clínica SAME o al Hospital Álvaro Obregón. Por un lado, se encuentra el alto costo del transporte público en el Estado de México (en esta entidad, el costo mínimo del pasaje asciende al doble respecto al costo vigente en la Ciudad de México), el gasto de medicamentos (cuando no los hay en la clínica), y el gasto de alimentos; por otro, sucede que para el personal que labora diariamente y que requiere la atención médica en cualquier día de la semana significa la pérdida económica por un día sin laborar. Esta es otra limitante que obliga a estas personas a acudir a consultorios médicos privados y atender sus problemas de salud para, al menos, evitar la falta laboral, ahorrar tiempo, esfuerzo físico y aminorar riesgos para mujeres y niños. Este gasto de bolsillo se traduce en la disminución de la capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas en el hogar.

La problemática expuesta con anterioridad, cobra relevancia por el hecho de que, además de que los policías auxiliares realizan dicho gasto de bolsillo, también la CAPREPA, les deduce, de acuerdo a las Reglas de Operación, el 8% de su sueldo básico que se destinan para este y otros rubros, es decir, que los policías auxiliares cubren el rubro de atención médica por dos conductos: vía el descuento a su nómina y el gasto personal. De algún modo, este gasto subsana las deficiencias o incapacidad de los servicios que, por derecho, deberían recibir.

²¹ Por ejemplo, tan sólo en el municipio de Chalco se encuentran ubicadas dos Unidades de Medicina Familiar del IMSS (UMF) 180 y 195 y un Hospital de Zona (Número 71); en Ixtapaluca se encuentran ubicadas las UMF 70, 86, 247 y la Clínica Santa Cruz; en Valle de Chalco se encuentran la UMF 181, Tezozómoc; en los Reyes la Paz se encuentran una UMF sin número, el Hospital General de Zona 53 y el Hospital 197. Este mapa de ubicaciones, marcan una diferencia abismal en relación a los servicios médicos que subroga CAPREPA (Directorio de clínicas y hospitales del IMSS, 2020).

En relación al acceso a la información, los resultados revelaron que varios de los entrevistados se sienten afectados en este rubro de diferentes maneras, ya que los médicos no les informan claramente sobre cuestiones relacionadas con su salud y tampoco la gravedad de las enfermedades que tienen, lo que no les permite tomar las mejores decisiones, buscar una segunda opinión o dar seguimiento a sus enfermedades de una manera puntual y oportuna. También desconocen cuáles son las instituciones y procedimientos en que pueden interponer sus quejas; en qué consisten los servicios médicos a los que tienen derecho y las razones por las cuales las clínicas de atención a las mujeres dejaron de prestar servicio a la Policía Auxiliar. Desde un punto de vista de género, la disminución en la oferta de servicios subrogados dirigidos a las mujeres, podría ampliar la brecha para que ellas (sean policías o familiares de policías activos) accedan a servicios especializados (por ejemplo, de ginecología y obstetricia). Este tema no fue explorado en este trabajo, pero sin duda, es muy importante que se aborde en futuras investigaciones.

En el rubro de la no discriminación, los derechohabientes están conscientes de que son violentados en su derecho a un trato digno y a recibir información clara y oportuna por parte de los prestadores de servicios de salud. Para las y los policías entrevistados, los médicos y otro tipo de personal, los perciben como personas con pobreza cultural, dependientes, subordinados, sumisos, y además menospreciados por la misma CAPREPA. Los entrevistados manifestaron molestia e insatisfacción porque bajo esas etiquetas, pareciera que no tienen derecho a recibir información clara y objetiva. Fueron frecuentes las quejas relacionadas con la negación de servicios, con expresiones de rechazo, denigración u omisión de información necesaria para acceder a ciertos servicios, lo que, en consecuencia, ocasiona un perjuicio a su salud y también, un daño a su dignidad humana.

Las condiciones laborales en las que se encuentra este colectivo social no favorecen la inclusión en otros sistemas de seguridad social institucionalizada; han sido excluidos a lo largo de la historia y vida de la policía auxiliar, son explotados por el sistema al que pertenecen, son oprimidos y no se han cubierto, de forma integral, sus necesidades, no sólo de salud, sino de educación, de mejores salarios, pensiones, jubilaciones, de una carrera policial y de oportunidades para el desarrollo profesional.

En este trabajo también se documentó que los derechohabientes reciben una deficiente calidad y calidez, no sólo en la atención médica, sino en los diagnósticos, en los procesos

administrativos, en el suministro de medicamentos, en infraestructura, en las condiciones en las que reciben consulta y se realizan exámenes de laboratorio y/o papanicolaou.

En este sentido, una queja constante fue que los diagnósticos médicos de la clínica SAME no son puntuales ni oportunos, lo que perjudica al paciente en el sentido que no tiene certeza y certidumbre en relación a su enfermedad, llega a angustiarse, a tener miedo y en ocasiones, sus tratamientos no son los adecuados o no corresponden con sus enfermedades. Estos malos tratamientos son de duración prolongada, lo que ocasiona un daño más agudo a la salud de las personas que jamás podrá ser resarcido.

Los médicos limitan el ejercicio del derecho a la protección social de la salud de los derechohabientes al no referir a los pacientes en tiempo y forma al siguiente nivel de atención; los médicos a su vez son limitados por la institución, que en este caso es CAPREPA, para disminuir estas referencias y las incapacidades al personal operativo. Este círculo vicioso sólo perjudica y transgrede el derecho de quienes más lo necesitan: los derechohabientes de la policía auxiliar.

En la relación médico paciente, quien queda subordinado es el paciente, los médicos se limitan a elaborar preceptos médicos, no existe una comunicación que despeje las dudas del paciente sobre diagnósticos, tratamientos o uso y acción de medicamentos, por lo que el paciente se limita a escuchar, se lleva a su hogar dudas, molestias y descontento.

El tiempo de espera, previo a la consulta, también es un problema que identifican los pacientes, y un elemento de la calidad en la atención médica. El descontento y molestia de los pacientes es que pasan demasiado tiempo de espera en la sala y es muy limitado el tiempo de consulta, esto debido a que los nuevos parámetros de calidad en la atención médica indican que por lo menos se requieren de 20 minutos (Outomuro, 2013:364) el médico concluye en cinco minutos con su paciente, el tiempo restante lo usa en otras actividades, menos en mejorar la atención.

Además de la cuestionada calidad de los medicamentos, otro motivo de molestia entre los derechohabientes, es la escasez de algunos que son necesarios para el tratamiento de sus enfermedades que corresponden al cuadro básico, como analgésicos, antibióticos, antihistamínicos, para control de hipertensión, diabetes, entre otros. Esta carencia obliga a los pacientes a comprar el medicamento, por lo que realizan un gasto no previsto y la situación genera insatisfacción.

También se analizó la disponibilidad, en este rubro los entrevistados manifestaron que la clínica SAME no cuenta con servicios de ginecología ni pediatría, tampoco CAPREPA ha acercado estos servicios imprescindibles para una población mayor a ocho mil derechohabientes que lo requieren. La CAPREPA, en los últimos años, no ha realizado alguna licitación que pueda acercar estos servicios. Esta falta de disponibilidad de espacios, servicios e infraestructura refleja que la CAPREPA falta gravemente a los principios de progresividad y no regresividad. No está cumpliendo con sus obligaciones para que el derecho a la protección social de la salud de la policía auxiliar sea efectivo e integral. Todo este conjunto de carencias contravienen las líneas de acción del Plan de Previsión de CAPREPA, en donde se menciona que se creará un modelo de salud de forma progresiva, poniendo énfasis a la atención preventiva, fomento a la salud, e información oportuna a los derechohabientes.

Por último, en relación a la aceptabilidad, a partir de los testimonios de los derechohabientes, se aportó información que apunta a que, entre los médicos hay prácticas inaceptables y no éticas poniendo mayor valor a sus intereses económicos en detrimento del bienestar y salud de las personas, lucran con la salud de los pacientes, limitan servicios y obligan a consumir ya sea medicamentos, estudios clínicos y/o insumos médicos. Los médicos limitan el acceso a derechos como a una incapacidad médica, a una atención especializada, a un diagnóstico oportuno, a estudios de gabinete, entre otros y ello tiene gravísimas consecuencias para personas con nombre e historia personal.

Bajo este panorama, es necesario que CAPREPA realice las adecuaciones pertinentes para promover y fomentar un trato digno para las personas derechohabientes, basado en el respeto a los derechos humanos, lo que además cruza por el impostergable compromiso de garantizar el acceso a los derechos de seguridad social que tiene todo trabajador al servicio del Estado.

También es necesario que el personal de salud realice un trabajo más eficiente, profesional y ético, con capacidad de realizar diagnósticos efectivos y prescribir tratamientos oportunos, dar seguimiento a las enfermedades y prevención de las mismas, lo que contribuirá a un mayor bienestar y grado de satisfacción para los pacientes.

Para que los servicios médicos y de salud respondan a las necesidades de los pacientes, se deben buscar mecanismos y acciones para una atención efectiva, oportuna y segura

que resulte en un bienestar colectivo y el goce de su derecho a la protección social de la salud. El marco jurídico debe ser una garantía para el ejercicio de estos derechos, se deben adecuar las normas y reglamentos, pero, sobre todo, se deben de materializar y no quedar sólo en el discurso político ni prescrito en una ley o norma; los policías auxiliares deben ser sujetos de derechos y no objetos de programas focalizados.

En este sentido, las normas, reglamentos, planes y programas que aún son vigentes en la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar, deben de ser actualizados, modificados y adecuados, en función de las necesidades de este sector social, para que los servicios médicos sean operacionales, funcionales, efectivos y eficaces. Desde la creación de la Caja de Previsión (2001), los documentos que dieron vida a este organismo no han sido tomados en cuenta por los gobiernos locales; es necesario que se le preste la atención debida y se construya un nuevo marco jurídico-legal que respete, garantice y proteja el derecho, no sólo a la protección social de la salud, sino a pensiones y jubilaciones dignas, educación, vivienda, condiciones laborales adecuadas, prestaciones económicas y sociales, etc., que permitan el desarrollo integral de manera individual y colectiva de estos policías.

Se debe de legislar para que la policía auxiliar como una institución de la administración pública local se le garanticen los mismos derechos de seguridad social y de servicios médicos que a las demás instituciones locales; es obligación del Gobierno de la Ciudad garantizar el bienestar de sus trabajadores y más aún cuando realizan un trabajo imprescindible en la sociedad: la seguridad ciudadana.

La accesibilidad de los servicios médicos debe garantizar que los derechohabientes no deterioren más su salud al desplazarse largas distancias al acudir a la clínica al hospital de especialidades. La CAPREPA, en coordinación con las instancias correspondientes, debe de buscar estrategias de acción para aminorar esta problemática de orden geográfico, no se puede seguir en estas condiciones de marginación y exclusión social. Los servicios médicos deben de llegar de forma eficiente a la población derechohabiente disminuyendo distancias y tiempos de traslado.

Para alcanzar un bienestar general y servicios médicos y de salud de calidad, eficientes y aceptables, las autoridades responsables de CAPREPA, aquellas figuras que toman decisiones institucionales, los comités de vigilancia ciudadana y la contraloría de la Ciudad de México, deben realizar procedimientos de licitación claros y transparentes, en

donde los recursos asignados para este rubro sean dirigidos y utilizados con eficiencia, y responsabilidad.

La promoción de la salud debe ser utilizada como herramienta para exigir el derecho a la salud y a la protección social de la salud, debe crear estrategias para incidir en las dimensiones social, política, económica e institucional en las que se encuentran la policía auxiliar. Este trabajo mostró las carencias que se tienen en los servicios médicos y de salud que presta CAPREPA, este aspecto, sumado a las condiciones deplorables en las que se encuentran laborando muchos policías auxiliares, son determinantes para favorecer o no su salud. Las experiencias, sentires, y opiniones de estos policías deben ser valoradas y tomarlas como una oportunidad para modificar, mejorar, reestructurar y reorientar los servicios y atención médica en todos los niveles, reforzar la atención primaria en salud y fortalecer el trabajo de la promoción de la salud para acercar los servicios a los más vulnerables, garantizar el abasto de medicamentos, mitigar la incidencia de enfermedades degenerativas a través de acciones integrales y crear ambientes propicios y saludables dentro de las instituciones para todas estas personas. En este mismo sentido, deben ser atendidas urgentemente las condiciones y jornadas laborales, la formación profesional de policías, la percepción que se tiene de ellos y la que ellos mismos generan de sus instituciones, es decir, se deben de realizar acciones propias de la promoción de la salud para incidir en la plena materialización del derecho a la protección a la salud para los cuerpos policíacos. Estas acciones son un ideal que se puede concretar con la voluntad de los gobiernos y de las instituciones, con la participación activa y consciente de las y los policías y de la ciudadanía en general, con la generación de políticas públicas que tomen en cuenta las necesidades reales y prioritarias de esta población, con la intervención de medios de comunicación para difundir información de la realidad que impera en este colectivo, y con todo un abanico de acciones en pro de los derechos de las personas y de la mejora de las condiciones de vida y de ambientes en los que se desenvuelven, trabajan, viven y actúan no sólo este conjunto de personas, sino, todos los colectivos que se encuentran en condición vulnerable y en desventaja social.

REFERENCIAS

- Álamo, M. (2007). *Policía y salud laboral*. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <https://porexperiencia.com/policia-y-salud-laboral>
- Alcántara, M., et al. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. México: SSA.
- Arteaga, B., et al. (2000). *Padecimiento y enfermedad en la policía: un estudio de caso*. *El Cotidiano*, 17 (103), 82-89. México: UAM
- Avalos, V. (2014). *Desempeño profesional y salud psicológica en los Agentes de la Policía Federal Ministerial de la Procuraduría General de la Republica 2011-2012*. Tesina para obtener el grado de especialista en seguridad pública. México. UNAM.
- Azaola, E. (2008). *Crimen, castigo y violencias en México*. Recuperado el 26 de octubre del 2019 de <http://www.flacso.org.ec/docs/i33resenas.pdf>
- Azaola, E. y Ruiz, M. (2010). Papeles policiales: abuso de poder y eufemismo punitivo en la Policía Judicial de la Ciudad de México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. *Revista Desacatos*, (33). 95-100.
- Belmont, J. (2017). *Derecho Humano a la Seguridad Social*. México: CNDH.
- Brena, I. (2004). *El Derecho a la salud*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- Burr, C., et al. (2011). *Guía para el paciente participativo. Atrévete a saber, atrévete a exigir*. México: CCS-CIESAS.
- Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México en <https://www.caprepa.cdmx.gob.mx/>
- Calixto, M. (2015). *Impacto de los hábitos alimenticios en policías del Hospital Regional Nezahualcóyotl*. Tesis para obtener el título en medicina familiar. México. UNAM
- Cárdenas, M., et al. (2018). *Estudio Diagnostico del Derecho a la Salud*. México: CONEVAL.
- Castellanos, E., y Muñoz, K., (2018). *Aproximación a las condiciones laborales y de salud en un colectivo de policías de Ecatepec, Estado de México. Una mirada desde la Promoción de la Salud*. Tesis para obtener el título de Licenciadas en Promoción de la Salud. México. UACM.
- Castro, C. et al. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 52 (3). México.
- Castro, M. C. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de atención, derechos y ciudadanía en salud*. México: Colegio de Sonora.
- Castro, R. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM.

- Causa en común (2019). *Lineamientos para el desarrollo y fortalecimiento institucional de las policías*. Recuperado el 22 de octubre de 2019 en <http://causaencomun.org.mx/beta/wp-content/uploads/2019/10/LINEAMIENTOS-28-OCT-comprimido.pdf>
- Coronel, M. (2012). *El gasto de bolsillo en salud sigue alto*. Consultado el 20 de octubre del 2019 en <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/El-gasto-de-bolsillo-en-salud-sigue-alto-20120624-0005.htm>
- De la Barreda, L., et al (2013). *Hacia una nueva policía. Diagnóstico y propuesta*. Programa Universitario de Derechos Humanos. UNAM. México.
- Encuesta Nacional de Estándares y Capacitación Profesional Policial (ENECAP, 2017). Recuperado el 15 de noviembre del 2019 en <https://www.inegi.org.mx/programas/enecap/2017/>
- Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. Recuperado el 23 de diciembre del 2019 en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/eness/2014/7028
- Enciclopedia de derecho, historia y de las ciencias sociales. Principios de deontología jurídica. Consultado el 21 de Diciembre del 2019 en <https://leyderecho.org/principios-de-deontologia-juridica/>
- Espacio armas en <http://espacioarmas.com/category/seguridadciudadana-policia-militar/>
- Farfán, A. (2002). *La problemática laboral del policía auxiliar del Distrito Federal*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. México. UNAM
- Farjado, G., et al. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*. 57 (3). México.
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Forde, I., et al. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*: México. México: OCDE.
- Frenk, J., et al. (2004). *Satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud, una iniciativa de progreso*. México: SSA.
- Galindo, C. (2016). *Soy derechohabiente, pero la clínica está muy lejos. Accesibilidad a servicios de salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*. México: UNAM.
- Gómez, O., et al. (2011). *Sistema de Salud de México*. Recuperado el 10 de octubre del 2019 en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>
- García, C. (2019). Guanajuato: policías de cinco municipios las más denunciadas por abusos, consultado el 15 de noviembre del 2019 en <https://www.jornada.com.mx/2019/09/02/estados/032n1est>
- Guzmán, G. y Montesinos, R. (2016). *Violencia, nueva crisis en México. Reflexiones y posibles interpretaciones*. México: UACM.

- Hyemin, J., et al. (2013). *Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la Zona Metropolitana de Guadalajara*. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Abad, B. (2016). Investigación social cualitativa y dilemas éticos: de la ética vacía a la ética situada. Revisado y recuperado en <file:///C:/Users/Edgar/Downloads/Dialnet-InvestigacionSocialCualitativaYDilemasEticos-5467265.pdf>
- Laurell, A. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.
- Laurell, A. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, (17) 59-79. México: Era.
- Laurell, A., y Tetelboin, C. (2015). *Por el derecho Universal a la Salud*. México: CLACSO
- Lozano, R. (2008). *Condiciones laborales de la Policía Auxiliar del Distrito Federal*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. México: UNAM
- Lugo, E. (2015). *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: CNDH.
- Mendoza, E. (2009). *La previsión y la subrogación de servicios de seguridad social: El caso de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública. México: UNAM
- Menéndez, E. (1992). *La Antropología Médica en México*. México: UAM
- Morales, C., et al. (2012). Calidad de Vida en policías: avances y propuestas. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 60-67. España.
- Mujer policía se suicida en la ciudad de México, consultado el 10 de noviembre del 2019, en <https://www.animalpolitico.com/2019/09/suicidio-policia-investigacion-cdmx-imss/>
- Silva, Y. (2019). Mujer policía mata a su esposo en la ciudad de México, consultado el 10 de noviembre del 2019 en <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/edomex/mujer-policia-mata-su-esposo-por-reclamarle-mensajes-con-otro-hombre>
- INEGI, (2011). *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*. México: OACNUDH.
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- Olivares, E. (2010). *Condiciones socio laborales de los cuerpos policiales y seguridad pública*. Análisis político. México: Friedrich Ebert Stiftung.
- Outomuro, D. y Mariel, A. (2013). *Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica*. Revista médica chilena (141) 3. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300012
- Pérez, M. (2011). La protección socio jurídica laboral de los policías en México. *Revista jalisciense*, 2 (43,44.45). 123-148. México.

Plataforma de acceso a la Información de la Ciudad de México en <http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/Default.aspx>

¿Qué piensa el policía?. Encuesta 2018. Recuperado el 15 de noviembre del 2019 en <http://causaencomun.org.mx/beta/wp-content/uploads/2018/12/Presentaci%C3%B3n-Encuesta-2018.pdf>

Ramírez, H. (2009). *La CNDH y el derecho de acceso a la información*. México: CNDH.

Ramírez, T., et al. (1998). *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. Revisado y consultado en <https://scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>

Real Academia Español. Revisado el 03 de enero del 2020 en <https://dle.rae.es/medio>

Rivero, O. y Duarte, I. (2008). *Ética en la medicina actual*. Recuperado el 18 de octubre del 2019 en www.anmm.org.mx/GMM/2008/n4/1_vol_144_n4.pdf

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. Recuperado el 03 de enero del 2020 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004

Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada, España; Aljibe.

Rojas, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdés

Salas, M. (1998). *"Flojita, flojita": Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*. Tesis de posgrado. México: UNAM

Sandoval, A. (2017). *Informe conjunto de Sociedad Civil sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en México*. México: Rosa Luxemburg Stiftung.

Santos, L. (2004). *La Seguridad Social en la Policía Auxiliar del Gobierno del Distrito Federal*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. México: UNAM

Soto, P. (2017). Diferencias de género en la movilidad urbana. Las experiencias de viajes de mujeres en el Metro de la Ciudad de México. *Revista transporte y territorio*, (16) 127-146. México: UAM.

Sueldos de policías Estatales y Municipales. Consultado en <http://www.secretariadoejecutivo.gob.mx/work/models/SecretariadoEjecutivo/Resource/347/1/images/Salarios de Policias 2010 y 2011 210911.pdf>

En situación precaria la mayoría de unidades de salud en ocho estados. Revisado el 23 de octubre del 2019 en <https://www.gob.mx/salud/prensa/117-en-situacion-precaria-la-mayoria-de-unidades-de-salud-en-ocho-estados>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.

Velázquez, M. (2019). Presupuesto de salud 2019. Revisado el 20 de octubre del 2019 en <https://codigof.mx/presupuesto-de-salud-2019/>

Wordreference en <https://www.wordreference.com/>

Instrumentos de Derechos Humanos, leyes, normas y reglamentos

Bando 16 del Gobierno del Distrito Federal de fecha 28 de diciembre del 2000. Recuperado el 15 de noviembre del 2019 en http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/historico/l26_90_20110617.pdf

Carta de los Derechos de los pacientes. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/DerechosPacientes.pdf>

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Conferencia Internacional de Adelaida, Australia. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 24 de octubre del 2019 en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_090819.pdf

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 24 de octubre del 2019 en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Conferencia y Declaración de Santa fe. Bogotá, Colombia. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <http://www2.udec.cl/~promesa/doc3.htm>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Consultado en https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Consultado en <https://www.cndh.org.mx/>

Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Declaración de Alma Ata. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Declaración de Sundsvall, Suecia. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-sundsvall>

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado el 30 de octubre del 2019 en https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Recuperado el 30 de octubre del 2019 en <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf>

Decreto presidencial del 2 de julio de 1949, publicado en el Diario Oficial de la

- Federación. Recuperado el 23 de noviembre del 2019 en http://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4549456&fecha=02/07/1949&cod_diario=194403
- Estatuto Orgánico de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal. Recuperado el 21 de octubre del 2001 en http://www.paot.org.mx/centro/gaceta/2001/2001_octubre_25_127.pdf
- Ley del Sistema de Seguridad Ciudadana. Recuperado el 24 de octubre del 2019 en https://www.congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DEL_SISTEMA_DE_SEGURIDAD_CIUADANA_DE_LA_CIUADAD_DE_MEXICO.pdf
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Recuperad el 24 de octubre del 2019 en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf
- Ley General de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia. Recuperado el 17 de octubre del 2019 en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf
- Ley General de Salud. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Manual Administrativo de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar. Recuperado el 21 de octubre del 2019 en <https://www.caprepa.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/58d/2cf/39a/58d2cf39af5c3573151940.pdf>
- Manual Específico de Operación del Órgano de Gobierno de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar. Recuperado el 21 de octubre del 2019 en <https://www.caprepa.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/58e/d1d/30d/58ed1d30da74d690138696.xls>
- Norma Oficial Mexicana NOM-04-SSA2-2004 en materia de información en salud. Revisado el 17 de noviembre del 2019 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>
- Observación General 14. Recuperado el 30 de octubre del 2019 en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 30 de octubre del 2019 en https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Pacto_IDESC.pdf
- Plan de Previsión de la Policía Auxiliar del Distrito Federal. Recuperado el 21 de octubre del 2019 en <https://www.caprepa.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/58e/d1d/30d/58ed1d30da74d690138696.xls>
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- Programa Institucional de la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de

México 2014-2018. Recuperado el 21 de octubre del 2019 en <https://www.caprepa.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/58e/d1d/30d/58ed1d30da74d690138696.xls>

Programa por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006. Recuperado el 18 de octubre del 2019 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>

Programa policía saludable. Recuperado el 20 de octubre del 2019 en <https://www.ssc.cdmx.gob.mx/organizacion-policia/subsecretaria-de-desarrollo-institucional/carrera-policia>

Reglamento de la Policía Preventiva del Distrito Federal de 1984, publicado en el Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 23 de noviembre del 2019 en http://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4676573&fecha=06/07/1984&cod_diario=201523

Reglas de Operación del Plan de Previsión Social de los Miembros de la Policía Auxiliar del Distrito Federal. Recuperado el 21 de octubre del 2019 en <https://www.caprepa.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/58e/d1d/30d/58ed1d30da74d690138696.xls>