

# Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México

*Nayelhi Saavedra<sup>1</sup>/ Jorge Galván<sup>2</sup>/ Alba Pérez<sup>3</sup> / Shoshana Berenzon<sup>4</sup>*

## RESUMEN

**Introducción.** El Seguro Popular ha generado diversos saberes e ideas. Dado que el personal de salud se ha convertido en el operador directo y los pacientes en los principales beneficiarios, resulta provechoso conocer la percepción de ambos sobre el Seguro Popular. **Objetivo.** Analizar las representaciones sociales acerca del Seguro Popular que tiene el personal de salud y los usuarios de algunos Centros del primer nivel de atención. **Material y métodos.** En 16 Centros de Salud de la Ciudad de México, se entrevistaron a 117 personas. Se utilizó una guía que abordó temas relacionados con los servicios otorgados por el Seguro Popular. Para analizar la información se utilizó una técnica de categorización de significados. **Resultados.** Los entrevistados conciben al Seguro Popular como una ayuda del gobierno y lo identifican con un partido político. Las fuentes de información más recurrentes son los medios electrónicos de comu-

## ABSTRACT

**Introduction.** The Popular Health Insurance has developed a set of knowledge, ideas and myths. Since health employees have become the direct operator of the insurance and patients the main beneficiaries, it is useful to know the perception of both about this Insurance. **Objective.** To analyze the social representations about the Popular Health Insurance maintain by health employees and patients in Primary Care Centers. **Material and methods.** In Mexico City, 117 people coming from 16 Health Centers, were interviewed. We used a guide that addressed issues related to the services provided by the Popular Health Insurance. Data was analyzed using a significant classification technique, which involves placing the contents of each interview in mutually exclusive categories. **Results.** Respondents thought that Popular Health Insurance is a kind of government assistance, and they use to identify it with a political party. The

<sup>1</sup> Doctora en Antropología Social, investigadora en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

<sup>2</sup> Maestro en Ciencias Médicas, investigador en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología, colaboradora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

<sup>4</sup> Doctora en Psicología, investigadora titular de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Correo electrónico: berenz@imp.edu.mx

Fecha de recepción: 3 de junio de 2014

Fecha de aprobación: 30 de junio de 2014

nicación. La implementación ha dado lugar a una serie de desencuentros entre pacientes y personal de salud. Conclusiones. Las ideas sobre el Seguro Popular que comparten los entrevistados impactan de forma importante en la atención y en el funcionamiento de este tipo de seguro.

**PALABRAS CLAVE:** Seguro Popular. Primer nivel de atención. Centros de Salud. Representaciones sociales.

## Introducción

En México, durante el 2003 se instituyó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) junto con sus dos componentes, el Seguro Popular (SP) y el Seguro para Gastos Catastróficos. Mediante el SPSS, el Estado mexicano buscó responder a la inequidad financiera garantizando que la población más empobrecida y/o desempleada tuviera acceso a servicios específicos de salud. Al mismo tiempo, el Estado se propuso responsabilizar a la población del gasto en salud mediante el pago de una cuota asignada conforme a percentiles, y abrir la posibilidad de hacer partícipe al sector privado en el sistema de salud (Laurell, 2013).

El cumplimiento de los propósitos mencionados ha sido materia de debates académicos y políticos que aún están lejos de concluir ya que actualmente, el SPSS continúa siendo un eje significativo para la administración del sector salud (Secretaría de Salud, 2014).

Cabe señalar que para el momento de la implementación del SPSS, el sector salud se encontraba segmentado, presentaba una inadecuada distri-

most frequent sources of information are the electronic media. Once implemented the Insurance, it had led a series of misunderstandings between patients and health employees. Conclusion. Both myths and ideas about Popular Health Insurance are shared by health employees and patients, and both have influence on care as well the Insurance operation.

**KEYWORDS:** Popular Health Insurance. Primary Care Centers. Social Representations.

bución geográfica de la infraestructura, persistía la falta de recursos físicos y humanos así como grandes diferencias en la calidad de los servicios (Laurell, 2013; Martínez, 2013). Sin embargo, contaba con unidades de salud de la SSA, los servicios estatales de salud (SESA), las unidades del IMSS-Oportunidades, los institutos nacionales de salud y otros servicios descentralizados que, conforme a las disposiciones vigentes, habían estado al servicio de la población. Es importante mencionar estas condiciones porque han influido en la calidad y cantidad de servicios que, durante once años, el SPSS ha ofrecido a la población sin seguridad social (Martínez, 2013).

En este artículo se aborda solamente uno de los componentes del SPSS, el SP que es una forma de aseguramiento público que ofrece un paquete de servicios (consultas médicas, estudios de laboratorio entre otros) y medicamentos (Frenket. *al.*, 2007, Chertorivski, 2011; Knaul *et.al.*, 2012). El SP se analiza únicamente dentro del contexto de la atención primaria que se ofrece en los centros de salud de la Ciudad de México.

El impacto del SP sobre los centros de salud ha sido notable porque se convirtieron en puntos clave para la promoción-afiliación al seguro y la contratación de personal bajo condiciones excepcionales de trabajo. Por lo demás, el estudio del funcionamiento del primer nivel de atención es relevante en tanto supone, para una parte significativa de la población, la entrada al sistema de salud y el inicio de las trayectorias de atención.

La puesta en marcha del SP en los centros de salud ha derivado en la configuración de específicas prácticas médicas y procedimientos administrativos que se han incorporado al funcionamiento cotidiano de los centros. Tanto las prácticas como los procedimientos son permanentemente evaluados por el personal y los usuarios con base en un conjunto de afirmaciones y creencias que circulan en diferentes fuentes, como los medios de comunicación, los discursos oficiales, las experiencias relatadas por otros, etcétera.

A este conjunto de afirmaciones y creencias se les denomina representaciones sociales y son aprendidas como un sistema de saberes que posibilita la comprensión del mundo y la interacción con éste, y dentro del campo médico constituyen indicios sobre las expectativas de atención (Menéndez, 2008). Dado que circulan entre amplios conjuntos sociales, tienden a presentar contradicciones, se modifican con el tiempo, y hacen evidentes los conflictos entre grupos, por ejemplo, entre médicos y pacientes, entre trabajadores y autoridades, por mencionar algunos.

Conocer qué dicen saber los actores sociales que operan cotidianamente el SP en escenarios definidos como los centros de salud podría contribuir a la comprensión del fenómeno que representa este tipo de aseguramiento. Aunque los estudios estadísticos y evaluaciones del SP son profusos, aún son insuficientes las investigaciones orienta-

das a conocer opiniones, percepciones y creencias (FUNSALUD, Hernández-Ibarra, 2013; Balde- mar, 2002). Por ello, en este trabajo se analizan las representaciones sociales alrededor del SP entre el personal de salud y los usuarios de algunos Centros de salud ubicados en tres delegaciones de la Ciudad de México.

### Material y métodos

La evidencia discursiva proviene de entrevistas realizadas al personal clínico, técnico y administrativo que laboraba en 16 Centros de Salud ubicados en tres delegaciones de la Ciudad de México, así como a los pacientes que asistieron a los mismos. También se entrevistó a personal que trabajaba en las jurisdicciones y en las oficinas del SP. Las entrevistas formaron parte de un trabajo etnográfico realizado de abril del 2012 a febrero del 2014, y corresponden a un proyecto mediante el cual se están evaluando las fortalezas y barreras para la atención de padecimientos mentales en el primer nivel.

En esta investigación se realizó un trabajo de campo de amplia duración, gracias al cual los investigadores observaron sistemáticamente la dinámica del centro y conocieron la forma en que están organizados todos los servicios así como las rutinas cotidianas del personal y los pacientes.

Para realizar las entrevistas se elaboraron dos guías con diversos temas claves, una dirigida al personal y otra para los usuarios. Entre los temas que se abordaron con el personal estuvieron: a) actividades clínicas, administrativas y comunitarias, b) percepción del centro c) información y opinión del SP, d) capacitación e) salud mental. Algunos de los temas tratados con los pacientes: a) experiencias en el centro de salud, b) percepción del centro c) experiencia durante la consulta, d) información sobre el SP y experiencias con el

mismo e) salud mental, entre otros. En este trabajo se presenta el análisis de los tópicos relacionados con la información, experiencia y opinión del SP.

Todas las entrevistas se condujeron en forma individual y en diferentes espacios de los Centros de salud como consultorios, salas de espera, salas de usos múltiples, etc. En las jurisdicciones y oficinas del SP, se realizaron dentro de las oficinas de los entrevistados. La mayoría fueron realizadas en una sesión, duraron aproximadamente 90 minutos y fueron transcritas.

Para analizar la información se establecieron una serie de categorías y subcategorías utilizando la técnica de categorización de significados propuesta por Kvale (1996). Con esta técnica es posible codificar las entrevistas en una serie de categorías excluyentes que permite estructurar las extensas y complejas narraciones en unidades de información que facilitan su comprensión. Cada categoría constituye un topónimo que tematiza los aspectos que para los entrevistados fueron relevantes. Tres personas codificaron el mismo material y posteriormente se compararon las categorizaciones obtenidas por cada una. Las discrepancias en la codificación fueron resueltas con la discusión y con una revisión conjunta de los relatos originales.

Las categorías establecidas para los propósitos de este trabajo fueron: 1) beneficios y desventajas del SP 2) Contratación del personal por el SP 3) Información y fuentes. La primera categoría reúne tanto los aspectos positivos como negativos del SP enunciados por los entrevistados; la segunda muestra las condiciones laborales de los trabajadores contratados mediante el SP. La tercera categoría aborda la información de los entrevistados sobre el SP y las fuentes de donde la toman.

Consideraciones éticas: El proyecto de investigación del cual se obtuvieron los datos para la

elaboración de este artículo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. De acuerdo con las normas estipuladas por este comité, se consideró que el proyecto no presentaba riesgos, por lo tanto se podía obtener el consentimiento informado de forma verbal. Para solicitar el consentimiento informado de los participantes se les mencionaron los objetivos y motivos de la investigación, el procedimiento de selección, además del carácter confidencial de los datos para lo cual se utilizaron seudónimos. También se solicitó autorización para grabar las entrevistas y para la divulgación de la información recolectada.

## Resultados

### El contexto y los entrevistados

Los centros de salud que se visitaron están clasificados en T-I, T-II y T-III, de acuerdo con los servicios, la infraestructura y equipo con los que cuentan. Los centros conocidos como T-III son los más equipados, suelen tener 6 consultorios o más de medicina familiar, consultorios dentales, laboratorio, rayos X, archivo, farmacia, servicio de trabajo social y enfermería, algunos también tienen servicio de salud mental. El funcionamiento de algunos servicios como dental, laboratorio y rayos X, resultó inconstante debido a la falta de insumos (reactivos), a las averías de los equipos o la falta de planta de luz o algún transformador para que los equipos trabajaran de manera adecuada. Los servicios pueden tardar en restablecerse de dos semanas a cuatro años. En todos los centros T-III se encontró un módulo de afiliación al SP atendido por personal del SP que podía consistir en una oficina o una mesa colocada en algún pasillo.

Los centros más pequeños fueron los T-I, en donde trabajaba un médico, una enfermera(o) y una trabajadora social, un par de centros contaban con servicio dental y de salud mental. A excepción de

un centro T-I, en todos se aceptaba el SP, en algunos, acudía una vez cada semana o par de semanas una persona del SP para entregar pólizas del seguro a los afiliados. A diferencia de los centros T-III, la mayoría de los T-I estaban asentados en zonas periféricas de la ciudad, en colonias de mediana y alta marginalidad. Las condiciones de seguridad, el grado de urbanización, la migración y el nivel de organización comunitaria que presentaba cada colonia influyeron en las características de la población que acudía a cada centro.

Los 47 pacientes entrevistados fueron de nivel socio-económico bajo, la mayoría: mujeres entre 41 y 60 años. El nivel de escolaridad más frecuente fue de secundaria, y la principal actividad para las mujeres fue el cuidado de los hijos y del hogar. Los hombres dijeron tener empleos informales.

El motivo de consulta más recurrente fue atender algún padecimiento crónico o recibir chequeos generales. Cuando los pacientes de los centros T-I necesitaban de un servicio como laboratorio, dental y a veces farmacia, debían desplazarse a los T-III o a otras unidades. Para muchos pacientes, trasladarse desde su casa a los hospitales o los centros T-III resultaba difícil y fue una de las causas para que interrumpieran el tratamiento.

El personal entrevistado en los centros fueron médicos generales, psicólogos, odontólogos, enfermeros, trabajadoras sociales, administradores, directores, personal de archivo y farmacia, jefe de laboratorio, subdirectores de jurisdicción sanitaria, coordinadora de psicología a nivel jurisdiccional, representantes del SP y pasantes o jóvenes realizando el servicio social; 77 personas en total. La mayoría tuvo entre 36 y 50 años, y algunos dijeron haber trabajado en la Secretaría de Salud entre 11 y 20 años, mientras que otros tenían entre 1 y 5 años. Fue común que los trabajadores se distinguieran

a ellos mismos como “de base o de Secretaria” y “de honorarios o Seguro popular”.

Las ideas, creencias e información sobre el SP que expresaron los entrevistados son en buena medida, el efecto de las condiciones en las que ocurre la atención, entre otras, la ubicación de los centros de salud, el escaso nivel educativo de los pacientes, la situación laboral del personal y el desabasto de medicamentos. En seguida se presenta el contenido de dos categorías “ventajas y desventajas del SP”, y “contratación de personal por el SP”.

### **Beneficios, desventajas y contrataciones del SP.** *Algunas contradicciones.*

Tanto los pacientes como el personal consideraron que el SP es una “ayuda” para que las personas de escasos recursos tengan acceso a servicios de salud, sobre todo a los de tercer nivel y a los medicamentos. En este sentido, los entrevistados compartieron la creencia de que el SP contribuyó a mejorar la situación de los pacientes. Sin embargo, en el momento de conceptualizar este tipo de ayuda, se encontró que mientras para el personal, el SP es un programa más entre tantos, para los pacientes es una concesión por parte del Gobierno o una ayuda de origen divino. Cuando se le preguntó a un usuario, Humberto, qué pensaba del SP respondió, “...cualquier ayuda que reciba es así como un milagro de Dios porque pues no, no tengo los recursos para comprar los medicamentos y ese tipo de, así de excepciones que hace el gobierno, está muy bien para gente que no tiene el dinero para comprar los medicamentos.”[Humberto, paciente de un T-III].

La forma en que los entrevistados entienden el funcionamiento del SP, da lugar a ideas paradójicas. Si bien el personal cree que el SP es una “ayuda”, al mismo tiempo sostuvo la idea de que

“lo acostumbra [al paciente] a recibir todo gratis” y de esta manera se fomenta la irresponsabilidad del paciente frente a la salud. Cuando se le preguntó a un psicólogo, qué pensaba del SP dijo,

La idea es buena pero la forma no, es quitarle responsabilidad al paciente de cuidar su salud, “ya no me cuesta cuidar mi salud, el gobierno tiene que cuidarme”, entonces ya no somos responsables. Antes, por lo menos le costaba el medicamento, por ende se cuidaba. Ahora ya no. O sea está bien, hay situaciones que ameritan ese apoyo y perfecto; pero hay otras que no. Todos sabemos que si algo no te cuesta, no lo valoras. [Eduardo, psicólogo T-III]

A decir del personal, programas como el SP y Gratuidad<sup>1</sup> podrían contribuir a devaluar, ante los ojos de la población, los servicios que se ofrecen en los centros. Lo anterior, conjugado con la percepción que tiene el personal sobre la escasa responsabilidad de la mayoría de los pacientes ante el cuidado de la salud, dificulta, según el personal, la consecución de uno de los objetivos de la atención primaria: la prevención.

Por su parte, los pacientes aceptaron que con frecuencia descuidaban su salud o interrumpían los tratamientos y lo atribuyeron a diversas situaciones como falta de agua potable, carencia de espacios adecuados para realizar ejercicios, no tener dinero para trasladarse a las unidades de salud, ni para comprar medicamentos. Estos últimos conformaron uno de los temas más sensibles y recurrentes a lo largo de las entrevistas.

<sup>1</sup> “Gratuidad” es la estrategia del “Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos”, inició en julio del 2001; en el 2006 fue emitido como ley en el Distrito Federal y en el 2007 fue declarado programa social. Está dirigido a las familias no aseguradas, residentes de la Ciudad de México (Laurell, 2008; López-Arellano, 2008).

Si bien, una de las ventajas más valoradas del SP fue recibir medicamentos, el desabasto influyó negativamente en la opinión de los entrevistados (pacientes y personal) sobre el funcionamiento del SP. El desabasto de medicinas no ha sido privativo de los centros de salud sino también ha ocurrido en los hospitales. Cuando se le preguntó al señor Martín, si el SP le funcionaba para tratar su padecimiento respondió, “Bueno, mire, me han servido pues, eh, el tiempo en que pues sí ha habido medicina, pero ahorita, que ya, desde el año pasado, le digo, no hay medicinas, no hay medicamentos, pues no.” [Martín, paciente T-III].

Ante la falta de medicamentos, muchos médicos recurrieron a estrategias de abastecimiento que se encuentran fuera de la norma de los Servicios de Salud como aceptar medicamentos de los visitantes que en teoría no deberían recibir. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos cuando percibieron que su médico hacía todo lo posible por darles el medicamento.

Los pacientes mencionaron que cuando no consiguieron los medicamentos en ninguna institución pública, comúnmente optaron por comprarlo en las “farmacias de genéricos”. Socorro, una paciente, dijo que en el centro casi nunca tenían antibiótico, entonces acudió a consulta en una farmacia. “[Como no dan el medicamento en el centro de salud] tengo que ir a ver al doctor de los Similares para que me dé, y ahí mismo compro el medicamento, porque sí es más barato ahí, el Similares, aunque dicen que no es efectivo, pero pues yo sí lo compro ahí. Allí tienen de todo.” [Socorro, paciente T-III].

De acuerdo con el personal, el desabasto ha provocado desencuentros constantes con los pacientes. Un enfermero comentó que, “El Seguro popular les ayuda en gran parte ¿no? porque tienen un servicio médico pero se van muy molestos por-

que no hay abasto de medicamentos”. [Mariano, enfermero T-III].

Una de las razones del desabasto estuvo relacionada con los procesos administrativos del SP. Andrea, encargada de tutelar los beneficios de los afiliados (insumos, acciones, medicamentos, estudios de laboratorio), comentó:

Una de las quejas que yo más tengo, precisamente, es el desabasto de medicamentos. Haga de cuenta que yo para comprar ketorolaco, -“bueno tú cuántos requieres.” -“Necesito mil cajas”. ¿Por qué?, porque me dicen que para medicamentos tengo el 30 por ciento y esto me equivale a mil cajas. Me las compran. Y luego empieza el merequetengue, -“¿cómo las vas a distribuir?” -Ah, pues que vayan. -Sí, pero es que dentro de lo que te dan, del porcentaje tienes que usar para la distribución, son varias acciones administrativas. -¡Ah! Entonces no eran las mil cajas eran menos. ¡Ay, en la torre! Y esas se quedan en la bodega. [Andrea, personal del SP].

Para algunos integrantes del personal, uno de los beneficios que trajo el SP fue la renovación del mobiliario, aunque estuvo condicionado a la aprobación del proceso de certificación del centro y al número de afiliados que comprobara. Otros trabajadores, se mostraron insatisfechos pues siguen careciendo de recursos básicos como las vacunas, así lo expresó una enfermera, “...pues aunque me cambien el mobiliario lo que yo necesito es mi herramienta para trabajar o sea, puedo tener un escritorio muy bonito pero a mí no me sirve si no tengo vacunas”. [Mercedes, enfermera, T-I].

Otra de las ventajas asociadas con el SP fue la contratación de personal, radiólogos, médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras y trabajado-

res sociales, entre otros. Sin embargo, todos ellos se encontraban bajo el régimen de honorarios y su contrato estaba sujeto a renovación trimestral. A decir del personal “de honorarios”, se sintieron obligados a mostrar conformidad con demandas específicas en las cargas de trabajo, y a participar en actividades paralelas a las del centro como pintar banquetas, inaugurar segundos pisos, asistir como espectadores a los eventos del programa “muévete y métete en cintura” y asistir a homenajes para actores. Aún con estas condiciones laborales, estos profesionistas y técnicos compartieron la idea de que deben sujetarse a cualquier régimen pues no hay más opciones laborales; además la mayoría mantuvo la esperanza de obtener una base en algún momento.

Llevo ocho años trabajando a destajo, sábados, domingos. Pintando lo amarillo de las banquetas, ¿no? Nos mandaron llamar... Entonces nos decían mañana sábado, domingo te vas a presentar a las 9 de la mañana, en tal esquina, va a llegar el camión de redilas, te vas a trepar ahí, y allá te van a dar tu brocha y tu pintura para que te vayas a pintar la orilla. Entonces yo dije, pero ¿cómo cree? Sí, sí, y no se te va a pagar, obviamente ¿verdad?, pero si no vas, estás en la mira ¿no? (Lorena médico T-II)

Tanto los trabajadores que tenían base como quienes se encontraban bajo el régimen de honorarios percibieron que las condiciones de estos últimos eran injustas, el director de un centro dijo, “Los que están contratados por honorarios tienen nada, nada, nada. No tienen ISSSTE, no tienen vacaciones, no tienen días económicos, no tienen permiso de salida, no tiene permiso de enfermarse. Nada, o sea no hay nada, cero derechos”. [Patricio, director T-III].

Según el personal, una de las grandes desventajas del SP ha sido el aumento en la carga de trabajo, ahora realizan afiliaciones, completan manualmente diferentes reportes en los que se termina triplicando la información y se les exige cumplir con las cuotas de pacientes afiliados. Los entrevistados consideraron perjudiciales estos cambios, y en este sentido, un doctor comentó que, “El Seguro popular se supone que dio resultados en provincia, pues sí les dieron nuevo personal, aquí no [en la Ciudad]. Nos van a hacer trabajar más con menos médicos, el mismo personal de enfermería y trabajo social para el Seguro popular. La atención se da con los mismos recursos e instalaciones”. [Tomás, médico T-III].

Otro asunto importante fue la información que expresó el personal sobre el funcionamiento del SP. Ellos tuvieron información actualizada en cuanto al aspecto administrativo, documentos necesarios para afiliarse, dónde se encuentran los módulos del SP o si es el caso, sabían llenar la hoja de afiliación; sin embargo, la información sobre las intervenciones que cubría el SP resultó insuficiente y en ocasiones contradictoria. Algunas trabajadoras sociales afirmaron que el SP cubría “todo lo relacionado con el cáncer cérvico uterino y de mama”, mientras que otras dijeron que la cobertura no era completa, pues al principio los pacientes pagaban las consultas y estudios como lo comentó Carolina,

El Seguro popular se supone que nada más cubre cáncer cérvico, de mama, leucemias y sida. Le dan primero su pre-consulta, luego el socioeconómico, luego la ve el médico y después de todo eso tienen que ver el proceso para meterla a gastos catastróficos, y ya que entra a gastos catastróficos ya no paga. Antes [de todo el procedimiento anterior y de que el especialista confirme la enfer-

medad] sí paga todos los estudios que le hicieran. [Carolina, trabajadora social T-I].

Cuando se le preguntó al personal cuáles eran las diferencias entre el SP y Gratuidad, se recibieron diferentes respuestas. Algunos trabajadores dijeron que la Gratuidad solamente eximía a los pacientes de pagar la consulta (6 u 8 pesos) y les daba los medicamentos. Otros trabajadores insistieron en que ambos programas eran complementarios porque “lo que uno no cubre, el otro sí”. Para otros, dependía de la demanda de atención, por ejemplo, una trabajadora social afirmó que Gratuidad era mejor en caso de parto porque “cubría más”, y que ninguno cubría las enfermedades “ya muy crónicas”. Hubo quienes respondieron que Gratuidad y SP eran semejantes con una pequeña variación, como lo comentó Mercedes. “Gratuidad nada más se recibe en el Distrito y Seguro popular en donde tú estés, en todo estado de la República. Es lo mismo, nada más que Gratuidad es en el puro Distrito”. [Mercedes, enfermera de un T-I].

Para los pacientes no fueron claras las diferencias entre un programa y otro; la mayoría se inscribía debido a la insistencia del personal. Así que por lo general, los pacientes dejaban en manos de las trabajadoras sociales o el personal las cuestiones relacionadas con cuál programa se atendía qué aspecto. Los pacientes solamente tenían que llevar consigo el carnet, la póliza del SP o la tarjeta de Gratuidad.

### **Medios y decires. De quién y para quién es el SP**

Tanto el personal como los pacientes identificaron de manera recurrente al SP con el partido político Acción Nacional. Uno de los representantes del SP encargado de afiliar a los pacientes en un centro de salud comentó: “Hasta la misma gente lo maneja políticamente, ¿sí? Decían que esto [el SP] era

del PAN...porque así lo ve la gente”. [Ricardo, representante del SP].

Alrededor de esta idea, algunos entrevistados construyeron una narrativa completa sobre la gestión y reproducción del SP en la que se atribuyó a personajes políticos. Un entrevistado afirmó que “la idea del Seguro popular se debe a un diputado de Baja California”, quien “vendió la idea” a Fox, y “el que lo afinó más” fue Calderón<sup>2</sup>. Una de las entrevistadas quien trabajaba en la oficina del SP platicó, “Lo del Seguro popular nace con la administración de Fox, y el primer estado que se incorporó, obviamente fue Guanajuato, por ser su estado”. [Andrea, personal del SP].

Cuando los entrevistados hablaron sobre el SP fue común escuchar frases como “dicen por ahí...”; “yo eso no lo vi, pero me comentaban...”; “la gente dice ...”; esto es, aluden a saberes y decires que circulan entre pacientes, personal de los centros y hospitales, vecinos y familiares; así como a lo escuchado en la televisión y radio conjugado con las opiniones o conclusiones personales. Debido al poder de penetración y el estatus social con el que cuentan la televisión y el radio, han sido los dos medios que mayor repercusión han tenido sobre las ideas acerca del SP.

Los entrevistados mostraron estar altamente familiarizados con los “anuncios” del SP, en términos estrictos, con la propaganda<sup>3</sup>. Se buscaron estos

<sup>2</sup> El SP fue una iniciativa de un instituto de investigación privado, Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a cargo de Frenk (Jason, 2010). El SP inició su fase piloto en octubre del 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y constituyó el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud”.

<sup>3</sup> La propaganda, a diferencia de la publicidad, tiene el objetivo de modificar alguna conducta o idea en los destinatarios, está basada en un sistema de valores, generalmente apela a la dimensión emotiva, distanciada de los argumentos racionales y busca construir la percepción del consenso. De ahí que, como señala Eco (2003), la tendencia de los medios sea imponer símbolos y mitos de fácil universalidad así como la creación de

anuncios en internet y se observó que hacen una apología de la pobreza. La carga emotiva contenida en la propaganda del SP coincidió con la percepción que manifestaron el personal y los representantes del SP acerca de los pacientes. En el momento de referirse a los pacientes, utilizaron expresiones como “Nuestra gente es pobre”, “ésta es gente muy necesitada”, “mi gente es muy humilde y bonita”.

Los pacientes, generalmente se identificaron con los personajes que aparecieron en los anuncios del SP, apropiándose de estos discursos para exigir ciertos servicios o explicar la negación del acceso a los mismos. Uno de los pacientes, para comentar su situación, narró un anuncio sobre el desabasto de medicamentos en las farmacias de los centros,

Y [el dependiente de la farmacia] le decía a la señora, “no pues, cómprelo”. “No pues, ¿con qué?” Si somos gente pobre, si necesitamos el servicio, por eso es que nos inscribimos aquí. Si yo fuera un hombre con dinero pues voy y lo compro, voy a un doctor particular que aunque me cobre más, pero ya sé que hay medicinas; pero desgraciadamente, no tenemos el suficiente, no tenemos. No contamos con eso. [Martín, paciente T-III]

El consenso generado entre medios, el personal de los centros y los pacientes, es que la pobreza (o más bien, cierta imagen de pobreza) es una condición intrínseca a los beneficiarios del SP. Al mismo tiempo, los entrevistados mostraron escepticismo ante las ofertas de servicios y/o recursos que proponían los anuncios. Además, las expectativas irreales que generó la propaganda propició desencuentros entre pacientes y personal. Una trabajadora social, Amalia, comentó que una

tipos fácilmente reconocibles, por ejemplo: “la mujer”, “los pobres”, “el exitoso”, etcétera.

paciente le pidió referirla a donde le dieran una prótesis, pues en un anuncio del SP transmitido por televisión, vio que “las estaban dando”<sup>4</sup>:

Cuando salió un anuncio en la televisión ¿no? de que una persona necesitaba una prótesis. Cuando yo pregunté eso a la del Seguro popular ¿A dónde mando a esta persona que necesita una prótesis de cadera? “No, pues en ningún lado dan.” Entonces, ¿para que sacan esos anuncios? Es una mentira. Y nosotros nos enfrentamos con esa gente y ¿qué vamos a hacer nosotros? Pues yo, una sugerencia, díganle a sus publicistas que ya no saquen eso porque es una mentira. [Amalia, trabajadora social T-I]

Finalmente y a decir del personal, la propaganda del SP solo pretendía favorecer la imagen del Gobierno Federal y la de los partidos políticos, pues ya es habitual que la salud sea tema central para justificar gastos o ganar votos. Así lo expresó un subdirector cuando se le preguntó por las ventajas y desventajas del SP, “Lo que pasa es que la herramienta o el arma o la bandera que utilizan más los políticos siempre es salud y educación ¿no? Pero yo quisiera ver cuánto del presupuesto se gasta en estos dos rubros, no es tanto ¿no? Se gasta más por ejemplo en el ejército, en otro tipo de situaciones”. [Guillermo, subdirector de una jurisdicción].

De acuerdo con lo expresado por los entrevistados, la principal ventaja que ha traído el SP a los pacientes de los centros de salud es el medicamento sin costo; mientras que para algunos trabajadores, las ventajas se concentraron en la renovación del mobiliario y la contratación de personal. Sin

<sup>4</sup> Se revisó el video de este anuncio por internet y se confirmó que, efectivamente, la transcripción de un fragmento del audio afirma: “Me dijo el médico que me tenía que poner una prótesis”. “No me cobraron nada.” <http://www.youtube.com/watch?v=d1vxcsvma7o>. (consulta 6 de febrero del 2014).

embargo, ninguna de las tres ventajas ha cubierto las necesidades de atención, ni cumplido con las expectativas que los promotores del SP construyeron mediante la propaganda en los medios.

## Discusión

Las representaciones sociales que expresaron los entrevistados sobre el SP hacen explícitas algunas debilidades y contradicciones de la implementación, en la atención primaria, de un programa como éste. Asimismo, las representaciones sociales exponen la lógica que acompaña la actuación tanto del personal como de los pacientes pues se ven obligados a resolver o adaptarse a las carencias de recursos e insumos.

Los ejemplos más palpables de las debilidades del SP se encuentran alrededor del desabastecimiento de medicamentos en los centros, del cual tanto gestores como autoridades han admitido que la distribución y el ejercicio del presupuesto han fallado (Murayama-Rendón, 2011; CIDE). Los entrevistados perciben que el desabasto entorpece el proceso de atención pues se ha convertido en fuente de conflictos entre el personal y los pacientes, y entre médicos y autoridades pues los primeros aceptan muestras médicas para dárselas a los pacientes. Este es tan solo una muestra de cómo, en un nivel local, se intenta resolver las inconsistencias que surgen a nivel estructural. Bauman (2007) señala que este tipo de problemas se han generalizado en las sociedades contemporáneas,

los asuntos cuyas fuentes y causas son indudablemente globales y distantes sólo entran en el reino de las preocupaciones políticas a través de sus filiales y repercusiones locales. Es así que la progresiva comercialización de los programas de salud, sólo aparece dentro del panorama político cuando el hospital

que atiende a todo un barrio es descuidado (2007:134).

Otra debilidad en la implementación del SP en el primer nivel de atención está relacionada también, con la inconsistencia estructural del sector salud, el cual está segmentado y presenta una persistente falta de recursos físicos y humanos, como se mencionó al inicio (Laurell, 2013; Martínez, 2013). A pesar de que algunos centros, después de haber sido certificados, recibieron mobiliario, tanto los trabajadores como los pacientes continúan percibiendo la falta de recursos básicos como vacunas, servicios, personal, espacios adecuados, entre otros. Consideramos que, antes de implementar cualquier programa de la envergadura del SP, en el primer nivel de atención se requieren recursos físicos y humanos, de otra forma, ningún programa tendrá los resultados esperados y acarreará las insuficiencias presupuestarias del sector.

Uno de los aspectos que el personal percibe de manera negativa es el incremento en las tareas administrativas que trajo el SP, pues a su parecer dedican mucho tiempo a llenar formatos, lo cual les resta tiempo al trato con los pacientes y afecta la calidad en la atención. La multiplicación de formatos fue uno de los efectos de la duplicación de los niveles directivos creados para la administración del SP: órganos encargados de la gestión financiera y órganos para la gestión de los servicios (Martínez, 2013). Otro asunto que resulta paradójico es la contratación de trabajadores pues por una parte, el personal reconoce que esto es positivo, pero al mismo tiempo, cree y manifiesta que las condiciones laborales de los contratados son injustas: el SP contrató personal por periodos cortos, bajo el régimen de honorarios y sin prestaciones (Knaulet *et al.*, 2012).

El incremento en la carga administrativa y las condiciones laborales injustas, aunado a las suspicacias que despierta la estrecha identificación del SP con algún partido político, además de la desinformación acerca del funcionamiento del SP, configura un sistema de saberes poco favorable para la actitud del personal hacia la implementación del SP. Como plantea Dorantes (2010), el éxito en la implementación de cualquier política depende de que los operadores directos creen que esa política es justa y razonable porque entonces la aplicarán, de lo contrario, serán los mayores obstáculos.

Como se identificó en los relatos de los entrevistados, la información sobre el SP proviene de múltiples fuentes como la lectura de los manuales del SP, los medios masivos de comunicación, las autoridades inmediatas y el rumor. La inconsistencia entre todas las fuentes ha dado lugar a versiones distorsionadas de los alcances del programa y en general a la desinformación sobre el mismo, esto ha sido confirmado en algunas evaluaciones (CIDE). La desinformación, conjugada con la escasa formación escolar de los pacientes y la idea de que son receptores de la “ayuda” que da el gobierno (mas no sujetos de derecho), configura un saber que tiende a limitar la agencia de los pacientes afiliados en el momento de hacer efectivo el derecho a recibir los servicios de salud que necesitan.

Para finalizar, si bien la información presentada no es generalizable, consideramos que arroja luz sobre la forma en que un grupo de personas se representa el programa del SP en el primer nivel de atención. Entre los entrevistados, el SP ha dado lugar a un sistema de saberes en el cual han quedado diluidas algunas nociones como servicios de salud eficientes, derecho a los servicios de salud,

derechos laborales, entre otras. Antes, prevalece la idea de que los centros de salud son lugares donde ocurre el legítimo encuentro de dos grupos intrínsecamente precarios, los pacientes y el Estado.

Pensamos que sería interesante continuar con el estudio de las percepciones de ambos grupos de actores, pacientes y personal, en el segundo y tercer nivel de atención.

## Referencias bibliográficas

- BALDEMAR, H.; Montejó, E.; Víctor, H.; Arce, M.; González, S. y Morales, L. (2002). "Resultados comparativos de la encuesta de diagnóstico de afiliados y no afiliados al seguro popular", *Salud en Tabasco*, vol.8, Núm.3: 120-27.
- BAUMAN, Z. (2007). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica, 130-137.
- CHERTORIVSKI-WOLDENBERG, S. (2011). "Seguro Popular: logros y perspectivas", *Gaceta Médica de México*, vol.147, Núm. 6: 487-496.
- CIDE. Transformación de la protección social en salud: la cultura de la prevención, el empoderamiento de los afiliados y los retos operativos del Seguro Popular. <http://www.seguro-popular.gob.mx> (consulta 6 de febrero del 2014).
- DORANTES, G. (2010). "Un modelo alternativo de comunicación para la implementación de políticas públicas: el Seguro Popular de Salud", *Temas de comunicación*, Núm. 20: 37-65.
- ECO, U. (2003). *Apocalípticos e integrados*. México: Editorial Lumen y Tusquets [1965].
- FRENK, J.; González-Pier, E.; Gómez-Dantés, O.; Lezana, M. y Knaul, F. (2007). "Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México", *Salud Pública de México*, vol. 49, supl. 1: 23-36.
- FUNSAUD. La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud. <http://portal.funsaud.org.mx> (consulta 15 de diciembre del 2013).
- HERNÁNDEZ-IBARRA, LE. y Mercado-Martínez, FJ. (2013). "Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular", *Salud Pública de México*, vol.55, Núm. 2: 179-184.
- JASON, L. (2010). "The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001 - 2007", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, Núm. 3:313-352.
- KNAUL, F.; González-Pier, E.; Gómez-Dantés, O.; García-Junco, D.; Arreola-Ornelas, H.; Barraza-Lloréns, M.; Sandoval, R.; Caballero, F.; Hernández-Avila, M.; Juan, M.; Kershenovich, D.; Nigenda, G.; Ruelas, E.; Sepúlveda, J.; Tapia, R.; Soberón, G.; Chertorivski, S. y Frenk, J. (2012). "The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico", *The Lancet*, vol. 380, Núm. 9849:1259-1279.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Londres: Sage Publications.
- LAURELL, A. (2008). "La reforma de salud en la Ciudad de México 2000-2006", *Medicina Social*, vol.2, Núm. 3:170-183.
- LAURELL A. (2013). *Impacto del Seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO, 14-131.
- LÓPEZ-ARELLANO, O. y Blanco, G. (2008). "Los límites de una política de salud local: retrocesos e inercias en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2007-2009", *Salud Problema*, vol. 4, Núm. 2:37-42.
- MARTÍNEZ, N. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. México: Fondo de Cultura Económica, 254-290.
- MENÉNDEZ, E. (2008). "Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades", *Región y sociedad*, vol. 20, Núm. 2:5-50.
- MURAYAMA-RENDÓN, C. (2011). "Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad", *Gaceta Médica de México*, vol.147, Núm. 6:497-503.
- SECRETARÍA DE SALUD. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: IEPSA