

El proceso de trabajo de profesionales de medicina en el contexto de la prestación de servicios del Seguro Popular en Oaxaca, México. Un análisis desde la salud colectiva

Sandra Milena Ibáñez Sastoque • Edgar Carlos Jarillo Soto***

RESUMEN

Objetivo: analizar el proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestan servicios del Seguro popular, en unidades de atención en salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca, México. **Métodos:** estudio transversal, de tipo analítico con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de medicina para explorar el proceso de trabajo en salud desde un marco amplio, con énfasis en la perspectiva desde la Salud Colectiva Latinoamericana. **Resultados:** participaron 11 profesionales de medicina quienes refirieron un margen restringido en el contexto de la prestación de servicios del Seguro popular, para el desarrollo del proceso de trabajo (tiempos limitados para la atención, falta de equipos e insumos). **Conclusión:** el Seguro popular mostró limitaciones desde su fase piloto y durante su implementación, que impactaron de forma negativa el adecuado desempeño del proceso de trabajo en salud entre los profesionales participantes del estudio.

PALABRAS CLAVE: Salud Colectiva, Servicios de Salud, Condiciones de trabajo, Médicos.

The work process of physicians in the context of the provision of Seguro Popular (popular insurance) services in Oaxaca, Mexico. An analysis from collective healththe point of view of the participants

ABSTRACT

Objective: to analyze the work process of physicians who provide Popular Insurance services in health care units in the Central Valleys region of Oaxaca, Mexico. **Methods:** cross-sectional, analytical study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with physicians to explore the

* Docente en la Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín, Bogotá, Colombia. Correo de electrónico de contacto: cleovarda@gmail.com

** Profesor-investigador en la Universidad Autónoma Metropolitana,

Ciudad de México, México. Correo electrónico de contacto: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

Fecha de recepción: 21 de agosto de 2022.

Fecha de aceptación: 04 de noviembre de 2022.

health work process from a broad framework, with emphasis on the perspective of Latin American Collective Health. **Results:** 11 physicians participated, who reported a restricted margin in the context of the provision of Popular Insurance services, for the development of the work process (limited time for care, lack of equipment and supplies). **Conclusion:** Popular Insurance showed limitations from its pilot phase and during its implementation, which negatively impacted the adequate performance of the health work process among physicians participating in the study.

KEYWORDS: collective health, health services, working conditions, physicians.

Introducción

El proceso de trabajo en salud que realizan profesionales de la medicina es influido por diversos procesos. De estos, se reconoce a la política de los servicios de salud como uno de los aspectos más definitivos que moldean el trabajo médico, porque concentra orientaciones nacionales como la política económica y social, y otros supranacionales, como la globalización y su influencia en la política pública.

México, como muchos otros países, desde la década de los años ochenta ha sido escenario de procesos de transformación en materia de reformas políticas soportadas en la ideología neoliberal (Trejo y Andrade, 2013). En el sector salud un cambio con gran impacto en la producción de servicios de salud fue la reforma a la Ley General de Salud de 2003, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo el Seguro popular (SP) para ampliar la cobertura de atención en salud para población sin algún tipo de seguro médico (Gómez et al., 2011). Con esa reforma la prestación de servicios incluía la contratación de instituciones públicas y privadas por los Servicios Estatales de Salud (SESA) (González, 2017). Desde la promulgación de la reforma de 2003, los SESA incorporaron personal de salud para prestar los servicios contemplados en el

SP en condiciones precarias de contratación. Los estudios que abordaron las repercusiones de la implementación del SP en las condiciones de trabajo de los prestadores analizaron relaciones laborales, riesgos psicosociales y organización del trabajo (Acosta et al., 2013; Nigenda et al., 2012).

En el estudio de Nigenda (2012) se exploró el tipo de relación laboral según la contratación de los prestadores de servicios del SP, destacando que la modalidad de contratación era por honorarios desde el inicio de la reforma hasta 2009. Una particularidad de la normatividad reguladora de esta modalidad de contratación es negar la existencia de una relación laboral al asumirla como “un acuerdo entre dos voluntades” y su regulación es mediada bajo la ley civil (Zavala, 2011) y no bajo la laboral.

Por otro lado, el estudio de Acosta (2013) y colaboradores exploró los riesgos psicosociales y organización del trabajo, mostrando que los prestadores del SP referían laborar en condiciones de sobrecarga de trabajo, bajo presión, con falta de infraestructura y recursos humanos.

En la operación del SP, el estado de Oaxaca fue una de las entidades federativas con alta propor-

ción de afiliación a este esquema de aseguramiento. Según el censo de población de 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 78,3 % de la población de ese estado tenía adscripción al SP (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Por esta razón se consideró como un escenario propicio para explorar cómo fue la operación del SP.

En el contexto supranacional, la reforma de la Ley General de Salud en 2003 se inscribe en las reformas estructurales de corte neoliberal que han modificado los sistemas de salud en la región de América Latina. Trabajos como los de Ardila (2017) en Colombia, evidencian el impacto de estas reformas sobre el denominado acto médico y en la relación médico-paciente, anamnesis incompletas, barreras clínicas, creación de topes de gastos, metas de productividad, indicadores de gestión, entre otros.

Con base en los cambios en los marcos normativos reguladores de la producción de servicios de salud en México, y desde una mirada amplia del proceso de trabajo en salud, se planteó como objetivo de investigación analizar el proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestaban servicios del SP, en unidades de atención en la región de Valles Centrales de Oaxaca, México. Analizar el proceso de trabajo en salud que realizan los profesionales de la medicina es importante porque la prestación de servicios de salud adecuados y de calidad depende de contar con talento humano en salud con capacidades técnico-científicas y humanas y, además, equitativamente distribuido (World Health Organization, 2018).

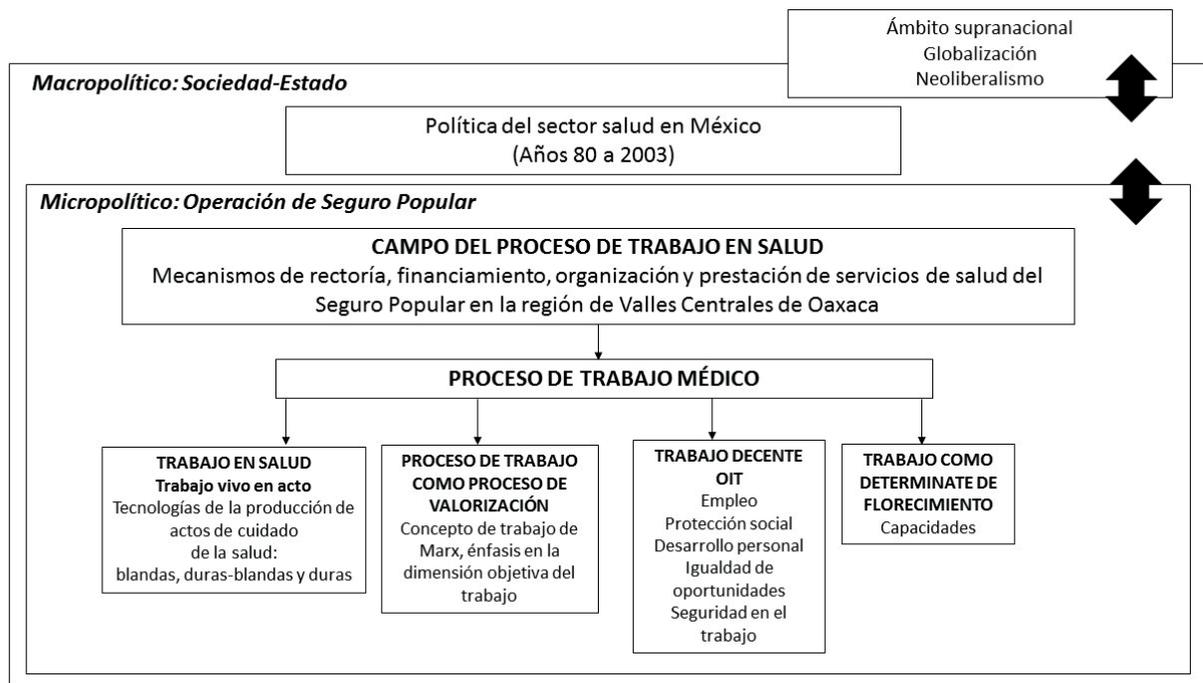
Métodos

Se diseñó un estudio transversal con enfoque cualitativo, durante el periodo enero-abril de 2019.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y observación participante junto con profesionales de la medicina que intervienen en la prestación del SP en unidades de atención de salud de Oaxaca.

Se consideró un muestreo por conveniencia al contactar participantes con la técnica de bola de nieve, a partir del contacto a través de los directores de los centros de salud de la zona de Valles Centrales de Oaxaca. Las entrevistas fueron transcritas en el programa Word y codificadas con el programa Atlas ti versión 8. Se realizó un análisis de contenido y una integración de categorías por comparación a través de matrices de Excel. En la Imagen 1 se describen los niveles y dimensiones usados en el análisis del proceso de trabajo en salud en la investigación.

En esta entrega se presentan los resultados del nivel micro político, y de este, las dimensiones del trabajo exploradas desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL) del trabajo en salud en el contexto de la prestación de servicios del SP. El encuadre de análisis en la salud colectiva, como corriente de pensamiento, tiene dos objetos de estudio: el proceso de salud-enfermedad y las prácticas sociales para afrontarlo (Jarrillo et al., 2016). En el caso del segundo, existen contribuciones importantes desde la línea de investigación sobre el trabajo médico. En Brasil se encuentran aportaciones relevantes, entre ellas de los autores Ricardo Bruno Mendes Goncalvez y de Emerson Elias Merhy. De acuerdo con la perspectiva del último autor, el proceso de trabajo en salud debe ser estudiado principalmente a través de uno de sus elementos: la actividad que realiza el profesional de salud, denominándolo trabajo vivo en acto, y el prestador de servicios de salud realiza actos de cuidado, con dos dimensiones: cuidadora y profesional (Merhy, 2006).

Imagen 1: Niveles de análisis de proceso de trabajo en salud.

Fuente: Elaboración propia (2021)

En la dimensión cuidadora se generan procesos de comunicación, construcción de necesidades, procesos de acogimiento, generación de vínculos, responsabilidades y articulación de saberes; para producirlos, el profesional de la salud cuenta con una caja de herramientas llamadas tecnologías blandas, que incluyen relaciones de producción de vínculo, autonomización, acogimiento y gestión; el modo como se dirige el proceso de trabajo y el modo de incorporar las demás tecnologías, en conjunto, definen un cierto modo de atención.

Por otro lado, en la dimensión profesional se producen procedimientos, diagnósticos y proyectos terapéuticos. Para generarlos el profesional de la salud cuenta con la caja de herramientas conformada por tecnologías duras y duras-blandas. Las

tecnologías duras-blandas incluyen los saberes estructurados, por ejemplo, la clínica médica, la patología, la terapéutica, etc. Las tecnologías duras incluyen equipos, normas y estructuras organizacionales.

Por último, respecto a las consideraciones éticas de la investigación, es importante señalar que a todos los participantes del estudio se les explicó y proporcionó una carta de consentimiento informado, la cual garantiza los principios bioéticos de investigación como: confidencialidad, autonomía, no maleficencia y beneficencia. Además, al finalizar la entrevista se les entregó una tarjeta de contacto con los datos de los profesionales responsables de la investigación, ante cualquier eventualidad o cambio de parecer que hubiese surgido.

Resultados

Se entrevistaron 11 profesionales de medicina, trabajadores de los servicios de salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca: 10 de centros de salud y una médica del Hospital de Especialidades. La edad de los participantes está entre los 35 y 48 años, participaron 8 mujeres y 3 hombres; 9 de los profesionales realizaron estudios en medicina en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

En relación con los años de experiencia, 10 de los profesionales entrevistados tienen entre 10 y 20 años de experiencia, excepto la médica especialista quien lleva tres años ejerciendo como especialista y trabajó seis meses en los servicios de salud de Oaxaca. Por último, en cuanto a los estudios de posgrado, cuatro de los profesionales entrevistados realizaron estudios de maestría.

1. Proceso de trabajo en salud: dimensión cuidadora

- Relación médico paciente:

Los profesionales entrevistados asimilaron el proceso de acogimiento como la “relación médico paciente”. Del grupo de entrevistados, cinco la describieron como buena puesto que los pacientes no refieren quejas, buscan tener una adecuada comunicación, son empáticos, ponen atención a lo que refieren y porque observan adherencia a las citas médicas.

Por otro lado, cuatro profesionales refirieron una relación médico paciente no adecuada o con limitaciones, por factores como: actividades administrativas que deben realizar, duración limitada de la consulta, barreras administrativas que dificultan a las personas aseguradas por el SP acceder a

los servicios, falta de medicamentos y largas distancias para la toma de exámenes; como se evidencia en el fragmento siguiente:

No alcanzan quince minutos para un paciente, más ahorita, porque hay muchas situaciones de registros administrativos que se tiene que hacer en una base de datos y se registran muchas variables [...] es muy extenso eso, desde la fecha, el CURP, la edad, el sexo, el diagnóstico, el número del CAUSES, que maneja lo del SP, número de receta [...] entonces, quince minutos no son suficientes. Si es un paciente de nuevo ingreso, por ejemplo, una embarazada, personalmente, a veces, ¡hasta una hora! me tomo para un ingreso de una embarazada. (Entrevista N°5).

- Generación de responsabilidades:

Respecto a cómo se generan responsabilidades en el paciente, dos de los profesionales entrevistados refirieron la advertencia a los pacientes sobre las complicaciones que pueden presentarse si no hay adherencia al tratamiento y no se procuran los cuidados indicados.

- Articulación de saberes

Oaxaca es la entidad federativa de México con la mayor proporción de población indígena. El 28,9% de las personas de cinco años o más hablan una lengua indígena (INEGI, 2020). Para explorar el intercambio de saberes en el marco de la dimensión cuidadora del trabajo en salud, se preguntó a los profesionales en medicina sobre las dificultades e intercambio de saberes en salud, al momento de atender a población de los pueblos originarios cubierta por el SP.

Al respecto, cuatro de los profesionales entrevistados señalaron como dificultades el desconocimiento de la lengua indígena y su diversidad en el estado, generar confianza en el tratamiento ofrecido, bajo nivel de escolaridad de los usuarios, distancia entre el lugar de residencia de las comunidades indígenas y los centros de atención, así como prácticas que representan un riesgo para la salud, como es el consumo de agua de nacimientos (fuentes naturales de agua) y que las comunidades consideran como potable.

Yo soy de un pueblo [...] que está aproximadamente siete horas de acá (la capital). Ellos tienen una clínica que es del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Oportunidades, no manejan Seguro popular, digamos que es para población abierta. La clínica que atiende a los del Seguro Popular queda como a cuarenta y cinco minutos de mi pueblo, en una ranchería que está metida, metida. Ahora, si tú quieres tomarte unos estudios de laboratorio, tienes que ir al hospital de Cuicatlan. De Cuicatlan para mi pueblo son cuatro horas. ¡Solo para ir a sacar la cita! yo no voy a gastar el dinero, entonces, pues no voy a ir. (Entrevista N°4)

Uno es el lenguaje, manejamos muchos idiomas aquí en Oaxaca, muchos dialectos y ese es uno de los principales problemas. Dos, el que no tengan una escolaridad [...] y la edad. Hay personas de doce, trece años que llegan embarazadas [...], que salieron de sus comunidades por lo mismo y es una barrera bastante grande el que no nos puedan entender. (Entrevista N°6).

1.2 Dimensión profesional

- Objetivo del proceso de trabajo

Los profesionales entrevistados consideran que el

objetivo de su trabajo es prevenir la enfermedad entre la población usuaria en las unidades de salud para no generar mayor morbilidad y mayores gastos en salud, no obstante, también mencionaron que, pese a ser la prevención la principal finalidad de sus actividades, las intervenciones en la cotidianidad están más dirigidas a la curación, además, señalan desconocimiento sobre qué es la prevención en salud.

Se supone que en un primer nivel de atención médica deberíamos de ser más preventivos. Tener actividades [...] para que las personas [...] no se nos atiborren en la unidad [...] tenemos que hacer actividades de promoción [...] pero pues somos [...] más que nada curativos. (Entrevista N°7)

Respecto a promoción y prevención en salud, consideran que en general no se realiza salvo actividades de vacunación.

En cuanto a los objetivos de prevención hay muchas carencias porque hay falta de información, de talleres [de] autocuidado para los pacientes, entonces, más que nada, es [que] no hay información adecuada para los pacientes. (Entrevista N°8).

Al revisar las acciones de promoción y prevención cubiertas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) como intervenciones para asegurados del SP, se observan 27 de promoción y prevención (Comisión Nacional de Protección Social de Salud, 2019), además considera el “Paquete Garantizado de los Servicios de Promoción y Prevención” (Secretaría de Salud, 2011) en el primer nivel de atención a toda la población, sin importar la condición de derechohabiencia. Pese a contar con este referente, la percepción de los profesionales es que el componente de preven-

ción y promoción no se realiza completo, con excepción de las acciones de vacunación, detección temprana de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y control prenatal, considerados con mejor desempeño.

- Generación de proyectos terapéuticos

Al explorar entre los profesionales si se cumplen los objetivos terapéuticos en las personas atendidas mediante el Seguro popular, tres profesionales señalaron que no porque no cuentan con los medicamentos requeridos, faltan insumos y equipo médico, existen dificultades para la toma de exámenes paraclínicos, en ocasiones se agotan las alternativas de tratamiento que ofrece el CAUSES y, además, consideran que los pacientes no tienen estilos de vida saludables. Dos profesionales señalaron cumplir en ocasiones los objetivos terapéuticos porque los pacientes hacen el esfuerzo de comprar los medicamentos que no les pueden suministrar.

Pienso que sí se cumplen, solamente que dependen mucho del paciente, cuando tú le prescribes un medicamento. La mayoría de los pacientes hacen lo posible por comprar el medicamento que no tengamos nosotros, pero muchos efectivamente no culminan y al final dejan evolucionar la enfermedad. (Entrevista N°9).

- Condiciones de salud

También se exploró la contribución del SP para mejorar las condiciones de salud de la población cubierta. Con respecto a esto, siete profesionales mencionan una acción limitada del SP debido a la falta progresiva de medicamentos. Se reconoce la mejor atención de algunos padecimientos incluidos en el CAUSES, y permitió ofrecer atención médica a un grupo de personas carentes de

algún seguro médico y promovió la adherencia a la atención, puesto que programas como Prospera condicionaba el acceso a sus beneficios a cambio del cumplimiento de actividades de asistencia al Centro de Salud.

El Seguro popular sí ha venido a ayudar muchísimo en cuanto a lo que son costos para algunos padecimientos, en ese aspecto se podría decir que hay mejora en cuanto a las detecciones cáncer cervicouterino, cáncer de mama, el tratamiento, todo esto. Y en algunas cosas sí sería necesario mejorar en cuanto a lo que son las actividades o lo que es la cobertura, se podría decir. (Entrevista N°6)

- Autonomía médica

Respecto a la autonomía médica, siete de los profesionales entrevistados consideran que sí tienen autonomía médica, principalmente porque pueden decidir el tratamiento a ofrecer a sus pacientes, siempre y cuando haya adherencia a las guías de práctica clínica. Así, se perciben autónomos en su trabajo a pesar de no poder controlar los tiempos de atención, ni el plan de cuidado a seguir. Una posible explicación de esta contradicción es que los profesionales separan su autonomía de la llamada autonomía de la producción de los servicios de salud (Schraiber, 1993), es decir, se consideran autónomos porque opinan sobre el manejo de sus pacientes, pero no asumen responsabilidad de la realización de los demás procesos de trabajo necesarios para concretar su decisión.

- Tecnologías duras: equipos e insumos

Las tecnologías duras son una de las herramientas disponibles por los profesionales en medicina para realizar actividades propias de la dimensión profesional del trabajo en salud, de estas se explo-

ró la disponibilidad de insumos, equipos médicos y la relación con compañeros de trabajo.

Cuatro de los profesionales entrevistados mencionaron falta de insumos como gasas, guantes, abatelenguas, agua y tiras reactivas para la toma de glicemia. Particularmente, la médica especialista señaló carencias de insumos necesarios para los equipos médicos especializados para realizar cirugías, por lo tanto, su uso era limitado o inexistente.

A veces no contamos ni con un estetoscopio para revisar al paciente, no hay tiras reactivas para la toma de glicemia en los pacientes. En ocasiones he tenido que ir a comprarlo o alguien ha tenido que ir a algún laboratorio para que se les tome la muestra. (Entrevista N°8)

Otras carencias mencionadas, fueron el uso de máquinas de escribir para realizar la historia clínica y la falta de recetarios. Un entrevistado señaló que algunos consultorios cuentan con computador y otros carecen de él, y en ese caso para agilizar el trabajo lleva su computador e impresora personales. Otro mencionó que hace falta contar con un sistema de información de los pacientes para disminuir la necesidad de obtener de manera repetitiva información de los pacientes en los diferentes formatos a llenar.

Nosotros [...] seguimos haciendo las notas con las máquinas de escribir. Y no es porque no se hayan hecho las gestiones, en cuanto al encargado, a los directivos que han estado en la unidad, pues han hecho las gestiones, pero no se ha logrado. Contamos con una o dos computadoras que nos ha dotado más que nada la autoridad municipal. En mi caso, yo llevo mi computadora, mi impresora para tratar ¡de agilizar! (Entrevista N°3)

• Relaciones de trabajo

En cuanto a la relación con el personal administrativo, tres de los profesionales entrevistados consideran buena la relación, y pueden acudir a ellos cuando tienen dudas sobre el manejo de sus pacientes. Por otro lado, seis de los profesionales entrevistados considera existe trabajo en equipo, relación respetuosa y cordial; uno de ellos considera en ocasiones posturas muy críticas de los compañeros cuando alguien manifiesta dudas o un manejo distinto al esperado para algún paciente.

Discusión

La dimensión cuidadora del trabajo médico relacionada con las habilidades sociales del médico(a), las limitaciones externas y la apropiación de derechos de los sujetos de atención, muestran en la dimensión relacional del proceso de trabajo en salud tres elementos de tensión. El primero está relacionado con las habilidades sociales del trabajador(a) de la salud. Los/as profesionales, de acuerdo con sus testimonios, consideran buena la relación con sus pacientes y ubican momentos definitorios en el contacto inicial y la resolución de situaciones conflictivas. Sobre la relevancia del contacto inicial en la relación médico-paciente para el trabajo en los servicios de salud, el estudio de Goffman (2009) en instituciones psiquiátricas menciona que constituye marcador de la dinámica de dicha relación en conjunto, la cual a su vez está permeada por prejuicios e ideas preconcebidas de quienes intervienen. En este sentido, el profesional de salud debe aprehender al sujeto de atención con sus particularidades e intentar comprender el contexto social y cultural del cual proviene, al margen del subsistema de salud donde esté: SP, seguridad social, sector privado. Asimismo, es necesario insistir en fortalecer la capacidad comprensiva y habilidades comunica-

cionales en el personal de salud tanto en las instituciones de educación superior en la formación de profesionales, y también en las instituciones de salud en los niveles federal, estatal y local. Durand (2011) enfatiza que el trabajo en servicios es esencialmente de comunicación y para su efectividad debe existir una contextualización y reflexión, para el profesional de la salud es indispensable contar con habilidades para establecer una comunicación exitosa en tanto es quien guía este proceso, tales habilidades y saberes corresponden más a áreas de las humanidades, y por eso se trabajan poco durante la formación universitaria y de actualización en los profesionales de la medicina en particular y de la salud en general.

El segundo elemento corresponde a las limitaciones externas, aquellas no atribuibles al profesional ni al sujeto de atención, a las cuales los primeros también intentan resistir. Una muy importante es el limitado tiempo disponible para la atención, el cual se acorta aún más debido a la realización de tareas administrativas y las deficiencias en recursos y trámites. Respecto al tiempo de atención en consulta externa de medicina general, se ha documentado que los trabajadores(as) lo consideran insuficiente (Ardila, 2017), a pesar de los intentos para formular una recomendación internacional sobre el tiempo técnico y éticamente adecuado como indican Outomuro y Mariel (2013), o las aproximaciones para analizarlo en términos sociológicos (Rodríguez-Torres et al., 2018). Ante la restricción del tiempo, los profesionales implementan algunas acciones para optimizarlo, como escribir abreviadamente en la historia clínica, realizar un examen físico dirigido, o como en el caso del centro de salud de Pueblo Nuevo, limitar la consulta a 20 minutos. Ante una falta de evidencia concluyente para precisar el tiempo óptimo, es posible realizar experiencias piloto para evaluar la calidad de la atención, la satisfacción del tra-

bajador(a) de la salud y del sujeto de atención; y en última instancia los resultados en salud a largo plazo porque mayor tiempo de consulta implica mayor gasto en infraestructura y nómina.

En relación con la carga por tareas administrativas, también se ha documentado como una afectación para otros trabajadores del sector (Ardila, 2017), especialmente porque los sistemas de información en salud requieren registrar datos primarios por parte del personal asistencial y administrativo. Este proceso de obtención captura y, en su caso, sistematización y concentración de la información puede y debe hoy día procesarse con recursos tecnológicos disponibles, su carencia o incluso ausencia implica actividades adicionales o de mayor detalle. Particularmente, en el caso del proceso de afiliación al SP, Flamand y Moreno (2016) documentan la variabilidad de recursos técnicos para realizarla; mientras uno estados cuentan con recursos tecnológicos para la captura digital de datos, en otros se debe realizar manualmente.

Por último, el tercer elemento, sitúa las tensiones relacionadas con la apropiación del derecho a la salud por parte de los sujetos de atención. Si bien inicialmente no se ubicó en la dimensión cuidadora de salud el respeto a los derechos de los sujetos de atención, los profesionales entrevistados sí lo tienen presente en sus testimonios. Al revisar las causas de los conflictos durante el proceso de atención, algunos señalan como un problema del SP empoderar a los pacientes para exigir la prestación de los servicios conforme a lo que este prometió y promocionó. Sin duda, es un aspecto polémico porque se podría decir que generar la capacidad de exigencia en sujetos sociales que generalmente son subordinados al profesional constituye un atributo positivo. Sin embargo, esto reta a los profesionales a modificar su interpreta-

ción preexistente desde el poder profesional. Asimismo, el Plan Sectorial de Salud del estado de Oaxaca (Gobierno de Oaxaca, s.f.) incluye en uno de sus ejes del modelo de atención a la promoción de la participación ciudadana, pero pareciera haber contraste con el interés referido por los profesionales de salud de contribuir con su trabajo a ayudar a la población.

Con relación a la dimensión profesional, una de las condiciones para la adecuada atención en salud, son las condiciones de infraestructura y los elementos de trabajo específicos para la prestación de servicios médicos, donde las carencias de medicamentos, insumos y equipo de oficina en su lugar de trabajo se tornan un problema mayor. La falta de medicamentos es un tema de mucha complejidad y recurrente en su presencia, con mucha mayor difusión a partir del cambio de gobierno federal en 2018. Sin embargo, desde años anteriores el desabasto de medicamentos en los SESA, principalmente en los hospitales, ha sido señalado por varias investigaciones (Garrido et al. 2008; López-Moreno et al., 2011; Wirtz et al., 2012). Esto no sólo afectan las condiciones de trabajo de los profesionales, sino también a los sujetos de atención. En el caso de los primeros, los afecta en el cumplimiento de los objetivos de tratamiento con consecuencias para las personas que asisten a los servicios de salud. En los sujetos de la atención, el desabasto de medicamentos desincentiva la utilización de los servicios de salud y, como lo señalaron Ávila (2013) y colaboradores, obliga a que incurran en gastos en salud destinados a la compra de medicamentos. La investigación de Contreras y Tetelboin (2009) menciona que las dificultades en la entrega de medicamentos se identificaron desde las etapas iniciales de implementación del Seguro Popular (piloto 2001 a 2003), así como los retrasos en las transferencias desde el nivel central hacia los estados y que, pese

a esto, se continuó avanzando en la implementación de la reforma del 2003 (Nigenda, 2005).

Las causas de esta situación en la operación del Seguro popular pueden generalizarse a todo el sistema de salud, como lo señaló la exfuncionaria de gobierno, debido al retraso en la transferencia de recursos financieros desde la federación hacia a los estados, el mal manejo administrativo y la corrupción. Estos datos son corroborados en la investigación de López (2011), en la que algunos funcionarios indicaron retrasos en la entrega de medicamentos en las unidades de atención y subordinación de la toma de decisiones clínicas a definiciones administrativas. Este estudio estimó que sólo el 50% de las recetas de medicamentos eran surtidas completamente en unidades de atención ambulatoria en el estado de Oaxaca.

Los actuales modelos de atención en salud tienen como uno de sus pilares el enfoque de APS porque se estima su capacidad de resolver hasta el 85% de los problemas de salud más prevalentes (Vignolo et al., 2011) y, para el caso del estado de Oaxaca, es un eje del Plan Sectorial de Salud (Gobierno de Oaxaca, s.f.). Una preocupación recurrente es la centralidad de la atención en lo curativo más que lo preventivo, y en grado extremo una médica señala desconocimiento de la medicina preventiva.

Otro eje del modelo de atención en salud de Oaxaca es el enfoque intercultural. En la Ley estatal de salud se indica que los SESA deben apoyar la práctica de la medicina indígena, no obstante, no se evidenció su aplicación durante el trabajo de campo; los profesionales entrevistados no están familiarizados con tal enfoque y tampoco se ha incluido la medicina tradicional en la oferta de servicios. Esto sucede a pesar de reconocerse como una barrera de acceso a los servicios de sa-

lud para la población de pueblos originarios por habitar en zonas alejadas complicada por la orografía del estado, la falta de recursos económicos, vías de comunicación y transporte, todo lo cual les impide desplazarse a las unidades de atención y tener adherencia a los tratamientos (Aguilar et al., 2020).

La reforma a la Ley de Salud de 2003 centró el aspecto financiero del Sistema de Salud para brindar protección financiera en salud a las familias más pobres. Asimismo, estuvo inscrita en un proceso de descentralización de los servicios de salud y se justificó en cerrar brechas de asignación de recursos en salud entre los estados, al mismo tiempo que repartía la contención a la crisis económica del país desde los años ochenta.

Durante la fase inicial de implementación del SP en 2001, en algunos estados participantes en la fase piloto se presentaron demoras en las transferencias de recursos, lo que implicó subsanarlos con otras fuentes (Nigenda, 2005). Esta situación persistió según los testimonios de los profesionales entrevistados. Hoy es un desafío sin resolverse, pese a la transición del Seguro Popular al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en el año 2020 y el contexto de la emergencia sanitaria debido a la pandemia por el COVID-19 con inicio en el mismo año en México (Fernández et al., 2021), continúan siendo elementos estresantes de los servicios de salud, con demanda de mayores esfuerzos a los trabajadores(as) de la salud por incremento de la carga de trabajo, deterioro de su salud mental y mayor riesgo de contagio y complicaciones por el COVID-19 (Agren, 2020); así como aumento en la demanda de insumos, equipos y medicamentos, y necesidad de ampliar la infraestructura en salud. Estudios sobre el impacto del COVID-19 durante su fase inicial en

México, entre la población indígena de los estados con mayor proporción de esa población como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, mostraron una tasa de mortalidad por COVID-19 más alta entre este grupo de población comparada con la población no indígena y se asoció a un manejo médico de tipo ambulatorio (Argoty et al., 2021).

Conclusiones

Armonizar un trabajo digno para los trabajadores de la salud, eliminar el marco restringido para el desarrollo de las dimensiones cuidadora y profesional del proceso de trabajo en salud, con el ejercicio del derecho a la salud entre los sujetos de atención y particularmente entre la población vulnerable, es un reto en la transformación del sistema de salud de México en los próximos años.

Existe tensiones significativas en la práctica de los profesionales de la salud en el contexto de la política neoliberal en salud como es el SP en México. Las afectaciones a la salud de las poblaciones, que de por sí son graves, se complican aún más por las carencias de recursos para la atención y por las propias dificultades de los/as profesionales. Destaca la atención médica restringida por las capacidades comunicacionales de los profesionales, particularmente en la relación con los usuarios y usuarias; también por las dificultades propias de la organización de los servicios de salud y las carencias de recursos tecnológicos, insumos y medicamentos.

Destacan atributos de la formación y actualización de los y las profesionales para adecuar sus capacidades de intervención técnica, especialmente en ámbitos donde la población presenta una alta presencia de poblaciones de pueblos originarios.

Referencias bibliográficas:

- ACOSTA, M.; TORRES, T.; DÍAZ, D.; AGUILERA, M. y POZOS, B. (2013). “Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, supl. 31: s181–s191.
- AGREN, D. (2020). “Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths”. *The Lancet*, vol.396, Núm. 10254:807.
- AGUILAR-PEÑA, M.; TOBAR BLANDÓN, M. y GARCÍA-PERDOMO, H. (2020). “Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena”, *Revista de Salud Pública*, vol.22, Núm.4:1-5.
- ARDILA SIERRA, A. (2017). “Límites y contradicciones al intentar humanizar la atención en una realidad de explotación laboral”. En: Díaz Amador, E. et al. (Ed.), *La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 135-149.
- ÁVILA-BURGOS, L.; SERVÁN-MORI, E.; WIRTZ, V.; SOSA-RUBÍ, S. y SALINAS-RODRÍGUEZ, A. (2013). “Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación”, *Salud Publica de Mexico*, vol.55, Núm. 2:91–99.
- ARGOTY-PANTOJA, A.; ROBLES-RIVERA, K.; RIVERA-PAREDEZ, B. y SALMERÓN, J. (2021). “COVID-19 fatality in Mexico’s indigenous populations”, *Public Health*, vol.193: 69-75.
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SALUD. (2019). CAUSES 2019. *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicaci%C3%B3n.pdf (consulta 10 de marzo de 2022).
- CONTRERAS-LANDGRAVE, G. y TETELBOINHENRION, C. (2009). “El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol.10, Núm.21:10–32.
- DURAND, J. (2011). *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1-317.
- FERNÁNDEZ-ROJAS, M.A.; LUNA-RUIZ, M.A.; CAMPOS-ROMERO, A. et al. (2021). “Epidemiology of COVID-19 in Mexico: Symptomatic profiles and presymptomatic people”, *International Journal of Infectious Diseases*, vol.104: 572-579.
- FLAMAND, L. y MORENO JAIMES, C. (2016). “El Seguro Popular de Salud. Desafíos en la implementación de una política intergubernamental”. En: PARDO, M.; CEJUDO, G. y DUSSAUGE, M. (Ed.). *Estudios de caso sobre implementación de políticas públicas en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, 1-37.
- GARRIDO-LATORRE, F.; HERNÁNDEZ-LLAMAS, H. y GÓMEZ-DANTÉS, O. (2008). “Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México”, *Salud Pública de México*, vol.50, Núm.1:429–436.
- GOBIERNO DE OAXACA. (s.f.). Plan estratégico Sectorial Salud 2016-2022. Oaxaca de Juárez. https://www.finanzasoxaca.gob.mx/pdf/planes/planes_esectoriales/2016-2022/PES_Salud.pdf (consulta 10 de marzo de 2022).
- GOFFMAN, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1-379.
- GÓMEZ, O.; SESMA, S. y BECERRIL, V. et al. (2011). “Sistema de salud de México”, *Salud Pública México*, vol.53, supl.2: s220-s232.
- GONZÁLEZ-BLOCK, M.A. (2017). “¿Qué compra, cómo y de quién el Seguro Popular de México? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera”, *Salud Publica México*, vol.59, Núm.1: 59-67.
- INEGI. (2015). Porcentaje de la población derecho-

- habiente usuaria de servicios de salud por Entidad federativa y Institución de afiliación. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/#Tabulados> (consulta 10 de marzo de 2022).
- INEGI. (2020). Lengua indígena. https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/#Informacion_general (consulta 10 de marzo de 2022).
- JARILLO SOTO, E.C.; CASAS PATIÑO, D., y CONTRERAS LANDGRAVE, G. (2016). “La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina, una lectura crítica desde la Salud Colectiva”, *Entreciencias*, vol.4, Núm.11.
- LÓPEZ-MORENO, S.; MARTÍNEZ-OJEDA, R.H.; LÓPEZ-ARELLANO, O.; JARILLO-SOTO, E. y CASTRO-ALBARRÁN, J.M. (2011). “Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada”, *Salud Publica de Mexico*, vol. 53, supl. 4:445–457.
- MERHY, E.E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo en acto*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1-135.
- NIGENDA, G. (2005). *El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-seguro-popular-de-salud-en-M%C3%A9xico-Desarrollo-y-retos-para-el-futuro.pdf> (consulta 10 de marzo de 2022).
- NIGENDA, G.; RUIZ-LARIOS, J.A.; AGUILAR-MARTÍNEZ, M.E. y BEJARANO-ARIAS, R. (2012). “Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México”, *Salud Publica de México*, vol. 54, Núm.6 :616–623.
- OUTOMURO, D. y MARIEL ACTIS, A. (2013). “Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica”, *Revista médica de Chile*, vol.141:361–366.
- RODRÍGUEZ-TORRES, A.; JARILLO-SOTO, E.C. y CASAS-PATIÑO, O.D. (2018). “La consulta médica, su tiempo y duración”, *Medwave*, vol.18, Núm.5: e7264.
- SCHRAIBER, L.B. (1993). *Liberdade. O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec:147-178.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2011). Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud. <https://hospitalcomunitariotarimoro.files.wordpress.com/2017/06/manual-del-paquete-garantizado-de-servicios-de-promocion-y-prevencion-para-una-mejor-salud.pdf> (consulta 10 de marzo de 2022).
- TREJO, M. Y ANDRADE, A. “Evolución y desarrollo de las reformas estructurales en México (1982-2012)”, *El Cotidiano*, vol. 177:37-46.
- VIGNOLO, J.; VACAREZZA, M.; ÁLVAREZ, C. y SOSA, A. (2011). “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, *Archivos de Medicina Interna*, vol. 33, Núm.1: 11–14.
- WIRTZ, V.; SANTA-ANA-TELLEZ, Y.; SERVAN-MORI, E. y AVILA-BURGOS, L. (2012). “Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico”, *Value in Health*, vol.15, Núm.5: 593–603.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. (2018). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_26-en.pdf (consulta 10 de marzo de 2022).
- ZAVALA GAMBOA, Ó. (2011). “El trabajo por honorarios en México. Una visión jurisprudencial”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, vol.1, Núm.12: 207–213.