



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**TENSIONES DEL PROCESO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE
MEDICINA QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO POPULAR,
EN UNIDADES DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN DE VALLES CENTRALES DE
OAXACA, MÉXICO**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTORA EN
CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

PRESENTA:

SANDRA MILENA IBÁÑEZ SASTOQUE

DIRECTOR:

DR. EDGAR CARLOS JARILLO SOTO

ASESOR:

DR. EMERSON ELIAS MERHY

Marzo de 2020

Contenido

1. Problema de investigación	12
2. Objetivos	15
3. Marco teórico	16
3.1 ¿Qué es el trabajo?	16
3.2 El concepto de trabajo en las ciencias sociales	17
3.3 El concepto de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)	28
3.4 Trabajo como determinante de florecimiento humano	29
4. El proceso trabajo en salud desde la Salud Colectiva	30
4.1 Otras formas de comprender el trabajo en salud	35
4.2 Aproximaciones recientes al trabajo en salud	35
5. El proceso de trabajo en salud y su relación con la política pública en salud	43
6. Tensiones del proceso de trabajo en salud	45
6.1 Síntesis del marco de análisis	46
7. Diseño de investigación	47
8. Resultados	53
8.1 Lo macropolítico: formulación, implementación e impacto del Seguro Popular	53
8.2 Lo micropolítico	69
8.2.1 El lugar de la investigación	69
8.2.2 El Seguro Popular en Oaxaca	79
8.2.3. Operación del Seguro Popular en Oaxaca.	83
8.2.4 El trabajo médico: dimensiones y tensiones problemáticas	92
8.2.4.1 Dimensiones problemáticas del trabajo en salud	92
8.2.5 Tensiones del proceso de trabajo médico	123
9. Discusión	126
10. Conclusiones	144
11. Referencias bibliográficas	152

Índice de figuras

Figura 1 Triángulo de la actividad del servicio.....	26
Figura 2 Dimensiones del proceso de trabajo médico como “trabajo vivo en acto”	33
Figura 3 Niveles de análisis del proceso de trabajo en salud	46
Figura 4. Tensiones del proceso de trabajo en salud de los profesionales de la medicina	124

Índice de gráficas

Gráfica 1 Tasa de ocupación por sector productivo, Oaxaca,	74
Gráfica 2 Tasa de informalidad laboral, Oaxaca, cuarto trimestre, 2005-2018	74
Gráfica 3 Porcentaje de hogares por nivel de ingresos, Oaxaca,	75
Gráfica 4 Porcentaje de la población de Oaxaca y Nacional en condición de pobreza, 2008-2018	76
Gráfica 5 Razón de mortalidad materna, Oaxaca y Nacional, 1990-2018.....	77
Gráfica 6 Tasa de mortalidad en niños(as) menores de 5 años, Nacional y en Oaxaca, 1990-2017	78
Gráfica 7 Médicos(as) por tipo, Oaxaca, 2015	79
Gráfica 8 Personas aseguradas por el Seguro Popular,.....	80
Gráfica 9 Población asegurada por entidad federativa e institución prestadora, 2015.....	81

Índice de tablas

Tabla 1 Percepciones sobre la rectoría, financiamiento, organización y prestación de servicios de salud del SP en Oaxaca.	84
Tabla 2 Características del proceso de trabajo en salud.	108
Tabla 3 Características del proceso de trabajo en salud como proceso de valorización.	114
Tabla 4 Prestaciones de los(as) trabajadores(as) regularizados/formalizados y aquellos con contrato de base de la SSA.....	116
Tabla 5. Características del trabajo en salud como trabajo decente.....	122

Índice de siglas

Comisión Nacional de Protección Social en Salud	CNPSS
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	CONEVAL
Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	ENIGH
Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	ENOE
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	ENSANUT
Gasto catastrófico en salud	GCS
Gasto empobrecedor en salud	GES
Gasto en salud	GS
Instituto Nacional de Geografía y Estadística	INEGI
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE

Secretaría de Salud Federal
Servicios Estatales de Salud
Seguro Popular
Sistema de Protección Social en Salud
Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud

SSA
SESA
SP
SPSS
SNTSA

Agradecimientos

A mis padres, Jorge y Luz Marina, por su amor incondicional para que pueda alcanzar mis sueños. Los amo.

Al pueblo mexicano por la oportunidad de realizar mis estudios de posgrado. Mi afecto y agradecimiento por este regalo de vida.

A mis compañeras y compañeros del doctorado, quienes hicieron que esta experiencia fuera extraordinaria. De manera especial a Luisa, Odeth, Daisy, Sandra, Olivia, Azalia y Francisco, por su apoyo y amistad. Son seres maravillosos.

A Francisco, por tu amor y paciencia.

A mi director de tesis, Edgar C. Jarillo Soto, por su admirable paciencia, dedicación y experticia, por permitirme “ser” en este proceso, o lo que es lo mismo, ser feliz en la libertad de hacer un trabajo motivado por inquietudes del corazón. Mi agradecimiento, admiración y respeto.

A todo el grupo de profesores(as) del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), por hacer de la Salud Colectiva Mexicana un proceso de transformación de vida a través de la enseñanza del pensamiento crítico.

A los(as) trabajadores(as) de los servicios de salud de Oaxaca, por su generosidad al compartir sus experiencias. Sin ustedes nada hubiera sido posible.

Al Dr. Emerson Elias Merhy, por su calidez y valiosa orientación durante la estancia en la Universidad Federal de Río de Janeiro.

A la Dra. Oliva López Arellano y a Alejandro Perdomo, por darme la oportunidad de acercarme a la Salud Colectiva Mexicana, hace nueve años, proceso que se consolida con la culminación de este proyecto académico y de vida.

Introducción

La Salud Colectiva Latinoamericana (SCL)¹ es un campo de conocimientos, movimiento social y una corriente de pensamiento (Castro, 2016), que tiene como antecedente los desarrollos de la Medicina Social Europea del siglo XIX, la cual problematizó el proceso salud-enfermedad en sus raíces sociales y económicas, distanciándose de la comprensión exclusivamente biológica. De este pensamiento dan cuenta, por ejemplo, los trabajos de Johann Peter Frank, Rudolf Virchow y Federico Engels. Sus estudios sobre las condiciones de vida y de trabajo, la relación entre la pobreza y la enfermedad, se distanciaron de un enfoque únicamente biologicista y evidenciaron las causas sociales de la salud-enfermedad.

En el caso de América Latina, durante los años setenta, en un contexto de deterioro en las condiciones de la salud de la población, del agotamiento del modelo desarrollista formulado para la región² y de la emergencia de movimientos sociales obreros, feministas y étnicos (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy, 2002), surge la SCL como un pensamiento crítico, progresista, como movimiento social de investigadores, profesionales de la salud, articulados con organizaciones sociales, que buscó la comprensión y transformación social de los problemas de salud de los colectivos, al identificar los límites del pensamiento biomédico predominante y de la salud pública. El primero comprendía los problemas salud enfermedad sólo en el nivel individual, y en el caso de la segunda, extendió las intervenciones individuales al nivel poblacional.

A diferencia del pensamiento médico y de la salud pública, la SCL encontró en el campo de las ciencias sociales, los marcos interpretativos para explicar el proceso salud-enfermedad como fenómeno biopsicosocial y su relación con la estructura

¹ La SCL también se denomina Medicina Social. En el caso de Brasil se adoptó la denominación de Salud Colectiva para tener una connotación más amplia.

² El desarrollismo es un teoría y modelo de desarrollo económico que, en el caso de América Latina, se implementó entre los años 70 y 80, buscaba impulsar la industrialización de la región ya que sus económica ubicadas principalmente en el sector agrícola, estaban en desventaja frente al intercambio de productos con valor agregado de los países desarrollados e industrializados. Producto de la crisis del petróleo, el modelo desarrollista fracasó en América Latina en los años 70.

social. Como menciona De la Garza, “en América Latina en los años setenta, excepto en los países con dictadura militar, el marxismo dominaba en las ciencias sociales” (De la Garza Toledo, 2012, p. 231), por lo que el pensamiento médico social latinoamericano es de base marxista, aspectos que se reflejaron en trabajos de investigadores pioneros de esta corriente, quienes llevaron del campo de las ciencias sociales los conceptos de clase social, trabajo, producción y reproducción social, al campo de las ciencias de la salud³, a la vez que desarrollaron la relación entre el capitalismo como sistema económico y la producción de la salud-enfermedad, siendo un ejemplo de esto último, el modelo de determinación social de la salud formulado por el médico ecuatoriano Jaime Breilh.

Entre los pioneros del pensamiento médico social latinoamericano están el médico y sociólogo, Juan Cesar García, la médica María Isabel Rodríguez y el médico Miguel Márquez (Iriart et al., 2002). A lo largo de más de 40 años, la SCL ha desarrollado avances teóricos y metodológicos, investigaciones y centros de formación en países como Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México y Venezuela, entre otros.

Por otro lado, considerando que los objetos de conocimiento de la SCL son “los problemas salud-enfermedad y las prácticas sociales para afrontarlos” (Jarillo Soto, Casas Patiño, & Contreras Landgrave, 2016, párr. 1), este trabajo de investigación, cuyo objeto de estudio son las tensiones del trabajo médico en el contexto de la prestación de servicios del Seguro Popular (SP) en Oaxaca, se inscribe en el objeto de conocimiento de las prácticas sociales en salud. Respecto a los problemas salud-enfermedad, hoy su comprensión como fenómeno biopsicosocial, ha tenido mayor aceptación, hecho que se refleja en enfoques como el de los determinantes sociales para explicar las causas de la salud-enfermedad y que ha sido apropiado en los marcos normativos del sector salud, no obstante, el pensamiento crítico de la SCL que, desde hace décadas denuncia las causas sociales de la distribución de la salud

³En esta temática están los trabajos de Asa Cristina Laurell y Mariano Noriega de la UAM-Xochimilco; en el caso de la Salud Colectiva en Brasil, entre los trabajos primeros están los del análisis del trabajo en salud.

enfermedad, plantea y profundiza sobre las transformaciones necesarias para el mejoramiento de la vida y salud de los colectivos.

Por otro lado, respecto a las prácticas sociales en salud, mientras que corrientes como la de la sociología del trabajo, cuyo interés en el trabajo médico se inscribe en el sector servicios, sin profundizar en las particularidades del trabajo en salud, y a diferencia de la salud pública que analiza el trabajo médico en el marco de la administración de los servicios de salud: planeación, gestión, disponibilidad y calidad del talento humano en salud; la corriente de la SCL ha desarrollado un marco especializado, que profundiza y relaciona de manera crítica las dimensiones y relaciones del trabajo médico con la estructura social y desde una perspectiva sociohistórica, es decir, como lo mencionan Iriart y colaboradores, “las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina” (Iriart et al., 2002, p. 130).

Así, el proceso de trabajo que realizan los profesionales de la medicina se analiza intentando comprender las tensiones del contexto en el que se desarrolla, ubicando como uno de sus más importantes ejes ordenadores a la política en salud, en este caso, el programa del seguro popular (SP), el cual definió condiciones para el desarrollo del trabajo médico en los servicios de salud.

El enfoque de la Salud Colectiva permite analizar las dimensiones y relaciones del trabajo médico con un contexto particular, identificar las fuerzas que lo definen y acceder a escenarios de transformación del trabajo en salud, pues no sólo lo evidencia como un vacío de conocimiento sobre un problema de la realidad, sino también las necesidades de cambio desde una perspectiva crítica⁴.

⁴ ¿Qué quiere decir perspectiva crítica? hay diversas acepciones del término, por ejemplo, teoría y método de análisis cuyos fundamentos se encuentran en la Escuela de Frankfurt. Acá se comprende como un posicionamiento ético-político en el campo de las ciencias de la salud, que busca generar conocimiento, investigación, acción, que derive en la transformación de la realidad de los colectivos para la producción de bienestar.

En los capítulos uno y dos del trabajo se presenta el problema de investigación y los objetivos, allí se indica el nivel de conocimiento sobre el trabajo que realizan los profesionales que prestan servicios del SP en México, los alcances de los estudios realizados y la necesidad de ampliar su comprensión con los marcos de referencia que aporta la Salud Colectiva. Los objetivos corresponden a los niveles de análisis que se desean alcanzar al encuadrar el trabajo en salud como objeto de estudio: macro y micropolítico.

En el capítulo tres se presentan los antecedentes del estudio del proceso de trabajo en el campo de las ciencias sociales. El propósito de este apartado es ir directamente a las fuentes que, como se dijo, fundamentaron al enfoque de la Salud Colectiva para así comprender mejor las prácticas sociales de atención en salud, como es el trabajo médico. Además, se enuncian los aportes de la Sociología del trabajo en el campo del sector servicios y el concepto de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para su encuadre desde una perspectiva ética y de derechos.

En los capítulos cuatro y cinco se presentan el enfoque de la Salud Colectiva, los antecedentes de su desarrollo y las dimensiones que analiza y cómo se comprende el SP en tanto política pública.

El capítulo seis presenta de manera la categoría “tensión” para relacionar los hallazgos y las conclusiones de los niveles de análisis propuestos y el trabajo en salud.

El capítulo siete corresponde al encuadre metodológico y los capítulos ocho a diez, corresponden a la exposición de los resultados, discusión y conclusiones. Los resultados se presentan desde lo general a lo particular, es decir, desde el nivel macro, antecedentes del SP y de Oaxaca, hasta el micropolítico, las dimensiones del trabajo en salud que realizan los profesionales de la medicina, a partir de la experiencia del grupo de profesionales sujetos de estudio.

Finalmente, y exponiendo las conclusiones preliminares, este trabajo permitió comprender el trabajo en salud como una interacción entre sujetos (trabajador(a)-sujeto de atención), quienes poseen necesidades, saberes, expectativas, objetivos, ideas y cuya relación está mediada por tecnologías (recursos, normas), que moldean la forma en la que, como resultado de la interacción, se producen actos de cuidado, que transforman, satisfacen las necesidades en salud del sujeto de atención.

El modo en el que ocurre el proceso de trabajo en salud, en un contexto particular, es tensionado por procesos del contexto político, económico y cultural y por las tensiones que se generan al interior de las dimensiones del trabajo en salud. En el caso particular de los profesionales de la medicina que prestan servicios de salud en centros de atención de la región de Valles Centrales de Oaxaca, ámbito concreto donde se desplegó el objeto de análisis de esta investigación, se evidenciaron las particularidades y tensiones de su modo de trabajo.

Uno de los principales elementos tensionantes del contexto de la producción de servicios de salud, es la política del sector salud. En este caso se considera al SP, como política pública, determinante para el proceso de trabajo de los sujetos de estudio, pues definió recursos, condiciones de contratación, organización y protección social específicas. Por otro lado, están los procesos sociohistóricos del territorio de Oaxaca que matizan y generan tensiones en la producción de cuidado en salud. Por último, están los elementos tensionantes que emergen de la propia práctica médica como trabajo, sus dimensiones y la forma en que se ha desarrollado en el sistema económico actual, imponiendo metas de productividad y formas de organización.

Si bien, a partir de enero del 2020, entró en vigencia la reforma a la Ley General de Salud, la cual sustituyó el SP por el Instituto de la Salud para el Bienestar (INSABI)

y supone ajustes a las condiciones de empleo de los trabajadores de la salud (basificación, eliminación del cuadro básico de medicamentos por medicamentos gratuitos, sin exclusiones), los resultados de la investigación que se presenta en este documento, consideran las transformaciones necesarias para el mejoramiento de las condiciones de los trabajadores de la salud, así como en los determinantes que tensionan la producción del cuidado de la salud en el contexto particular de Oaxaca, más allá de la política pública del sector. En la última fase de este proceso de investigación se retomó un estudio cualitativo de 1994 (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, & Oviedo, 1997), que buscó comprender los factores asociados a la utilización de servicios de salud desde la visión de los sujetos de atención y los prestadores de servicios de salud en México. En dicha investigación emergieron como problemas de las condiciones de trabajo en la Secretaría de Salud: falta de talento humano, alta carga de funciones administrativas, tiempos de atención limitados, desabasto de medicamentos y falta de tecnología e infraestructura. Todas estas problemáticas parece que se repiten en el contexto donde se realizó este trabajo. Ojalá que en treinta años exista un contraste positivo con lo que viven hoy los(as) trabajadores(as) de la salud y los sujetos de atención.

1. Problema de investigación

El proceso de trabajo en salud⁵ que realizan los profesionales de la medicina⁶ en determinado contexto, está influido por diversos procesos generales tales como las políticas que definen la organización de los servicios de salud, introducción de nuevas tecnologías, las políticas de trabajo y empleo, las características propias del área de la medicina, así como por aspectos particulares, como las trayectorias de formación y laboral individuales, habilidades personales, formación humanística, procesos culturales locales, entre otros, que moldean determinadas formas del desarrollo del proceso de trabajo en salud.

Dentro de estos procesos se reconoce a la política de organización 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 sus repercusiones en la política pública.

En el caso de México, desde la década de los años ochenta, ha sido escenario de procesos de transformación en materia de reformas políticas que se soportan en la ideología neoliberal y han tenido repercusiones en diferentes sectores sociales y productivos (Trejo Ramírez & Andrade Robles, 2013). En el caso del sector salud, una de las reformas con mayor impacto en la producción de servicios de salud es la reforma a la Ley General de Salud de 2003.

Esa reforma creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo era el SP, se presentó como la medida para ampliar la cobertura de atención en salud en la población sin algún tipo de seguro médico (Gómez Dantés, Sesma, Becerril, Arreola, & Frenk, 2011). Con la reforma las funciones de

⁵ Proceso de trabajo se entenderá como sinónimo de trabajo médico.

⁶ Profesional de la medicina se entenderá como sinónimo de trabajadores(as) de la salud, reconociendo que el término profesional no solo hace referencia a un grado de calificación, por el contrario, el trabajo médico asimilado como profesión tiene sus propios núcleos de análisis y marcos teóricos, en esta investigación la aproximación conceptual al quehacer médico se hará desde su condición de trabajadores.

administración, financiamiento y prestación de servicios del SP, quedaron definidas de la siguiente forma: la administración, a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); las fuentes de financiamiento, contribuciones del nivel federal, las entidades federativas y las personas aseguradas (cuotas de recuperación); mientras que la prestación de servicios se garantizó a través de la contratación de instituciones públicas y privadas a nivel de los estados, principalmente de los Servicios Estatales de Salud (SESA) (González-Block, 2017). Para garantizar la prestación de los servicios incluidos en este seguro, se reglamentó que la Secretaría de Salud (SSA), como órgano rector, contrataría servicios con unidades de atención de los SESA en las diferentes entidades federativas, y si fuera el caso, con prestadores privados. Con el transcurso de los años desde la promulgación de la reforma de 2003 (y todavía, a pesar de la más reciente), los SESA incorporaron personal de salud para prestar los servicios contemplados en el SP en condiciones precarias de contratación. Entre los recientes estudios que abordan las repercusiones de la implementación del SP en las condiciones de trabajo de los prestadores, los aspectos analizados son: relaciones laborales, riesgos psicosociales y organización del trabajo (Acosta F, Torres L, Díaz E, Aguilera V, & Pozos R, 2013; Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar-Martínez, & Bejarano-Arias, 2012).

En el estudio de Nigenda de 2012 se exploró lo concerniente al tipo de relación laboral bajo la que se contrata a los prestadores de servicios del SP. En este estudio se indica que la modalidad de contratación, desde el inicio de la reforma hasta 2009, es la de honorarios (Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar-Martínez, et al., 2012). Esta forma de contratación contempla menores beneficios comparados con los que gozan quienes tienen contratos de base. De acuerdo a la normatividad que regula esta modalidad de contratación, una particularidad es que niega la existencia de una relación laboral ya que se trata de “un acuerdo entre dos voluntades”, su regulación es mediada bajo la ley civil, y además, desde la formulación de Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, que regula las relaciones laborales entre trabajadores y las dependencias del Poder de la Unión, quedaron expresamente

excluidos de las disposiciones contempladas en ella, quienes son contratados por honorarios (Zavala Gamboa, 2011).

Por otro lado, en el estudio de Acosta y colaboradores, que exploró lo concerniente a riesgos psicosociales y organización del trabajo, en una entidad federativa, se muestra que los prestadores del SP refieren laborar en condiciones de sobrecarga de trabajo, bajo presión, con falta de infraestructura y de recursos humanos (Acosta F et al., 2013).

La operación de SP en las diferentes regiones de la república mexicana, una de las entidades federativas que tuvo alta proporción de afiliación a este esquema de aseguramiento, fue el estado de Oaxaca, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 77.1 % de la población de Oaxaca era cubierta por el SP (INEGI, 2015b). Por esta razón se le considera un escenario propicio para explorar la operación del SP.

En cuanto al contexto supranacional, la reforma en salud de la Ley General de 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, evidencian el impacto de estas reformas sobre el denominado acto médico y en la relación médico-paciente, como por ejemplo, anamnesis incompletas y barreras clínicas, debido a la creación de topes de gastos, metas de productividad, indicadores de gestión, entre otros (Ardila Sierra, 2017,).

Así, con base en los cambios en los marcos normativos que regulan la producción de servicios de salud en México, y desde una mirada amplia del proceso de trabajo en salud, se planteó como pregunta orientadora de este proyecto de investigación: ¿cuáles son las tensiones del proceso de trabajo en salud, que realizan profesionales de la medicina en el marco de la prestación de servicios del SP en el estado de Oaxaca? Se propuso como hipótesis de estudio que existe un deterioro en las múltiples dimensiones y niveles de análisis del proceso de trabajo en salud.

2. Objetivos

Objetivo general

Analizar el proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestan servicios del SP, en centros de atención en la región de Valles Centrales de Oaxaca.

Objetivos específicos

1. Describir el proceso de trabajo de los profesionales de la medicina en el nivel macropolítico de la formulación del SP en México.
2. Identificar las particularidades de la micropolítica del proceso de trabajo de profesionales médicos que prestan servicios del SP.
3. Reconstruir las principales tensiones del proceso de trabajo médico en contexto de la prestación de los servicios del SP.
4. Nutrir los elementos teóricos del proceso de trabajo en salud a partir del análisis de la experiencia de los profesionales de la medicina que prestan servicios del SP en Oaxaca.

3. Marco teórico

3.1 ¿Qué es el trabajo?

Siendo el objeto de investigación, el proceso de trabajo que realizan los profesionales de la medicina, en un contexto particular, es necesario iniciar el enfoque conceptual a partir de lo que es el trabajo. Una aproximación general permite comprender mejor las particularidades de un trabajo específico, los aportes desde varios campos de conocimiento y ampliar la elección de las dimensiones a analizar. No obstante, como menciona Dussel (Dussel, 1966), comprender algo implica enmarcarlo, delimitar lo que se quiere conocer, luego entonces los límites de su encuadre se convierten en parte del contenido del objeto de estudio, así, abordar la práctica médica desde la perspectiva del trabajo es delimitar su comprensión.

Para comenzar, se revisa la definición de trabajo de la Real Academia de Lengua Española, la cual menciona varias acepciones del “Trabajo”: a) actividad y efecto de trabajar, b) ocupación retribuida, c) obrar y d) cosa que es el resultado de la actividad humana (RAE, 2020).

Entre los elementos de la definición se destaca que el trabajo es una actividad humana, que es obrar, hacer, también es lo que se produce, la “cosa” que resulta de dicha actividad y que, además, ésta última es retribuida. Si se llevan estos elementos al campo del trabajo en salud, emergen preguntas como ¿cuáles son y cómo se realizan las actividades propias del trabajo en salud? ¿cómo se retribuyen? ¿cuál es el resultado o producto del trabajo en salud?

Ahora bien, partiendo de que el trabajo es una actividad humana, el campo de conocimiento de las ciencias sociales, se puede considerar como la arena de debate que más ha aportado a la construcción de su concepto, dimensiones y métodos de estudio, no obstante, no es el único motivo por el cual se presentaran aproximaciones desde las ciencias sociales al estudio del trabajo, sino porque es en ellas, donde los estudios de la Salud Colectiva sobre el proceso de trabajo, tienen

sus fundamentos, corriente de pensamiento en la que se enmarca de forma dominante el trabajo de investigación y de la que se hablará más adelante.

3.2 El concepto de trabajo en las ciencias sociales

De la Garza menciona que “el concepto de trabajo ha ido cambiando a lo largo de la historia” (De la Garza Toledo, 2000, p. 15). En relación con la teoría social, indica dos significados del trabajo: 1) desde la perspectiva hermenéutica, el trabajo es “construido culturalmente” a partir de relaciones de poder, en este sentido, no tiene un carácter objetivo. Como ejemplos menciona que, en occidente, para el cristianismo de la edad media, el trabajo era un castigo divino, mientras que desde el siglo XIX, con el desarrollo del capitalismo, el trabajo es considerado fuente creadora de riqueza; y 2) desde la perspectiva objetivista, el trabajo es “la actividad que transforma de manera consciente a la naturaleza y al hombre mismo, es medio de creación de riqueza material e inmaterial” (De la Garza Toledo, 2000, p. 15). A manera de síntesis, el autor concluye que, como indica Karl Marx, el trabajo es una actividad objetiva y subjetiva, el trabajo no solo es la actividad que se realiza sino también subjetividad en diversas formas.

Asumiendo que el trabajo es una actividad dual, objetiva y subjetiva, se comprende entonces que el trabajo en salud es una actividad, en la que intervienen dos subjetividades, la del trabajador(a) de la salud y la del sujeto de atención, ambas presentes durante sus interacciones, y durante la realización de las acciones técnicas del profesional. Por otro lado, el trabajo como medio de creación de riqueza material e inmaterial, en el caso del trabajo en salud, podría pensarse que, si la producción de servicios de salud es lugar de respuesta a necesidades de salud, el trabajo en salud es entonces medio de creación de soluciones, medio para la restitución de “capacidades” en salud. Este último término se menciona, puesto que una de las líneas de investigación de la Salud Colectiva en México, es el derecho a la salud y su contenido, encontrando en el concepto de capacidades humanas de Nussbaum fundamentos teóricos. No obstante, en la teoría de proceso de trabajo

en salud de la Salud Colectiva de Brasil, se considera que lo que produce el trabajo en salud son actos de cuidado, tema a considerar posteriormente.

Continuando con el desarrollo del concepto de trabajo en el campo de las ciencias sociales, De la Garza identifica en los últimos periodos del capitalismo moderno, diferentes versiones del concepto de trabajo:

- Periodo de la revolución industrial a la segunda mitad del siglo XIX:
En este tiempo, en las ciencias sociales, predomina el concepto de trabajo de la economía política, en la que el trabajo es medio de generación de riqueza. Como indica De la Garza, en sus trabajos de economía política, Marx identifica la contradicción del capital-trabajo, al distinguir la fuerza de trabajo y la capacidad de la fuerza de trabajo para generar valor, concluye que la ganancia se da porque hay un trabajo no pagado, se paga el valor de fuerza de trabajo, pero no su capacidad para generar valor (De la Garza Toledo, 2000). Estas categorías son definidas para el trabajo productivo, el que genera plusvalía, no obstante, Marx también menciona los “servicios productivos”, donde la producción y circulación de la mercancía ocurren simultáneamente, la mercancía es la actividad misma, se produce, consume y distribuye simultáneamente (De la Garza Toledo, 2000). Esta premisa, de que, en el trabajo en salud, la actividad es en sí misma el producto del trabajo, es aceptada por la teoría del proceso de trabajo en salud de la Salud Colectiva.
- Finales del siglo XIX a 1929, el año de la crisis: en este periodo surge el marginalismo en la teoría económica, se relega el trabajo al mercado. El trabajo deja de ser considerado como única fuente de riqueza, ahora lo importante es el mercado (De la Garza Toledo, 2001), entre tanto, la sociología, la psicología y la antropología nacientes, rescatan los aspectos morales del trabajo en la acción y la sociedad (De la Garza Toledo, 2000). Emerge el concepto de “actor económico racional” que busca máximos beneficios, concepto al que se contraponen los trabajos de Weber, Durkheim, Freud y Elton Mayo, siendo este último representante de la sociología

industrial. En este periodo también surgen las técnicas de gestión de los procesos de trabajo, formuladas por Frederick Winslow Taylor, la “administración científica del trabajo”, la cual busca la optimización de los procesos de trabajo mediante la medición y control de los tiempos, pensada inicialmente para los procesos industriales pero llevada gradualmente a otros campos de los procesos de trabajo (Quiroz Trejo, 2010).

- De 1929 hasta los años setenta: es el periodo del Estado benefactor, que interviene en la economía, periodo en el que emergen la negociación de conflictos de clase a través de las instituciones, expresados en la negociación colectiva y la seguridad social (en el caso de México, en este periodo se fundan las instituciones de seguridad social en salud). En la economía ganan terreno las teorías Keynesianas (De la Garza Toledo, 2000).
- Años setenta a la actualidad: se reactivan los conflictos obrero-patronales, pues se llega al límite de la mediación de la contradicción capital-trabajo, a través del gasto público (De la Garza Toledo, 2000). Es el periodo de ascenso del neoliberalismo como política de reestructuración productiva y flexibilización. Esta última, como indica De la Garza, ha traído “pérdida de seguridades, incertidumbre, reducción de salarios y prestaciones, (...) disminución del poder de los sindicatos” (De la Garza Toledo, 2000, p. 27), mientras que la reestructuración productiva ha implicado la introducción de nuevas tecnologías y precarización del mercado de trabajo, subcontratación, informalidad, etc. (De la Garza Toledo, 2000).

Pese a que el trabajo ha perdido centralidad en la teoría de las ciencias sociales, la extensión de los estudios del trabajo, más allá del trabajo clásico, asalariado y formal, hacía otras formas, no clásicas, como el de servicios, el precario, el trabajo doméstico, etc., ha permitido desarrollar y reinterpretar marcos de análisis. Como indica De la Garza, en el mundo capitalista actual, hay un sector importante de asalariados y el trabajo continua siendo un ámbito de experiencias, construcción de subjetividades e identidades (De la Garza Toledo, 2000). El recorrido del autor por los cambios del concepto de trabajo en las ciencias sociales, muestra la relevancia

atribuida a la dimensión objetiva o subjetiva del trabajo, según el momento histórico. Así, se comprende que el concepto de trabajo, es construido socialmente, es multidimensional al ser mercado de trabajo, relación social, salario, empleo y movimiento obrero (De la Garza Toledo, 2000).

En la reseña de autores sobre el estudio del trabajo, también es importante resaltar las contribuciones desde la Sociología Latinoamericana, como las del mismo De la Garza, Julio César Neffa o la influencia de autores de EEUU, como Harry Braverman, o de Europa, como Jean Pierre Durand o Benjamin Coriat, este último es reconocido por su crítica al Taylorismo y Fordismo, en el marco del régimen de acumulación de capital, si bien, sus reflexiones son referidas al trabajo formal, asalariado y productivo, y no tanto sobre el trabajo en el sector servicios, considerar su aplicación al estudio de trabajo en salud, amplía la comprensión de este último. Como indica Dussel, en la medida que se amplían los límites del encuadre conceptual, se profundiza en la comprensión (Dussel, 1966). En la teoría del proceso de trabajo de salud de la Salud Colectiva, sobresalen los fundamentos teóricos de Marx, pero se considera valioso y oportuno revisar elementos de los trabajos de autores como Durkheim, Coriat y Durand, por su contribución crítica al capitalismo, dados los cambios que impuso a los trabajadores, la organización de los procesos de trabajo y al trabajo como actividad. Los trabajos de los autores en mención también dan luces para comprender los cambios, de las últimas décadas, en la producción de servicios de salud.

El trabajo como actividad objetiva y subjetiva desde Carlos Marx

Karl Heinrich Marx, (Treveris 1818-Londres 1883), filósofo, economista y sociólogo, es reconocido como el pensador más influyente del siglo XX, su amplia y profunda obra continúa siendo objeto de estudio en el siglo XXI. En una de sus obras más importantes, El Capital, Tomo I, Marx presenta un concepto de trabajo:

*“El trabajo es, en primer lugar, un **proceso** entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. El hombre se enfrenta a la materia natural misma como un poder natural. Pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos y piernas, cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una **forma útil** para su propia vida. Al*

operar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla, transforma a la vez su propia naturaleza. Desarrolla las potencias que dormitaban en ella y sujeta a su señorío el juego de fuerzas de la misma.” (Marx & Engels, 1978, p. 146)

*“Al consumarse el proceso de trabajo surge un resultado que antes del comienzo de aquél ya existía en la imaginación del obrero, o sea idealmente. El obrero no sólo efectúa un cambio de forma de lo natural; en lo natural, al mismo tiempo, **efectiviza su propio objetivo**, que él sabe que determina, como una ley, el modo y manera de su accionar y al que tiene que subordinar su voluntad.” (Marx & Engels, 1978, p. 146)*

*“Los **elementos** simples del proceso laboral son la **actividad** orientada a un fin o sea el trabajo mismo, su **objeto** y sus **medios**.” (Marx & Engels, 1978, p. 147)*

*“El proceso de trabajo, tal como lo hemos presentado en sus elementos simples y abstractos, es una actividad orientada a un fin, el de la **producción de valores de uso**, apropiación de lo natural para las necesidades humanas, condición general del metabolismo entre el hombre y la naturaleza, eterna condición natural de la vida humana y por tanto independiente de toda forma de esa vida, y común, por el contrario, a todas sus formas de sociedad.”(Marx & Engels, 1978, p. 150).*

Al presentar el concepto de trabajo, Marx precisa que se referirá a este en su forma más general antes de discutir la forma que adquiere en el capitalismo. Así, primero lo refiere como un proceso entre el hombre y la naturaleza, es una interacción, en la que el hombre⁷ pone en movimiento sus fuerzas naturales a fin de apropiarse de la naturaleza, transformándola en una forma que le sea útil para suplir necesidades, pero, además, indica que en este proceso también se transforma a sí mismo.

Con esta primera aproximación, debe considerarse brevemente, qué ocurre en el trabajo en salud. Ya se ha mencionado, en el caso particular de los servicios de salud, la interacción, el proceso de trabajo ocurren entre dos sujetos, o más, porque durante el proceso de atención, una persona puede interactuar al mismo tiempo con varios profesionales, no obstante, el objeto de estudio planteado, se limita al de los profesionales de la salud, en el contexto particular de la prestación del SP. Regresando a la consideración del proceso de trabajo en salud como interacción entre dos sujetos, su análisis adquiere particularidades ¿cuáles son las implicaciones de que sean dos sujetos los que intervienen el trabajo en salud? ¿al ser dos fuerzas vitales, las que se ponen en movimiento, cuáles son las

⁷ Hombre se comprende aquí como sinónimo de ser humano, la denominación más general al hablar del ser humano como especie, no negando que, como construcción social, existe la categoría género, hombre, mujer y las demás identidades de género.

transformaciones que ocurren en ambos sujetos? Y por último, dado que el contexto particular, en el que se analiza el proceso de trabajo en salud, es el capitalismo ¿cuál es la forma particular que adquiere? Las respuestas a estas preguntas, fueron y son objeto de reflexión de la Salud Colectiva y de la Sociología del Trabajo, pero también se presentan como preguntas orientadoras para el análisis propuesto en esta investigación.

Por otro lado, el concepto de trabajo de Marx, también menciona los elementos simples que intervienen en el proceso de trabajo: actividad orienta a un fin, objeto y medios de trabajo. Sobre sus particularidades en el proceso de trabajo en salud, serán abordadas más adelante, por ahora, baste comentar lo que Marx indica en cuanto a que, a través de la actividad del proceso, se realiza, efectiviza, el objetivo que se ha propuesto el trabajador(a). En el caso del trabajador(a) de la salud, como se ha dicho, también interviene el sujeto de atención, luego entonces el objetivo de la actividad estaría condicionada a la voluntad del trabajador(a), a la de los sujetos de atención y, además, a los objetivos que socialmente se hayan definido para este trabajo, ya sea desde las normas o desde el contexto más local en el que se realiza el trabajo. Las tensiones, contradicciones, entre estos son objeto de interés de análisis porque definen el modo particular en el que se realiza la actividad del trabajo en salud.

Por último, otras de las dimensiones que señaló De la Garza, sobre el proceso de trabajo, es el trabajo como salario.

En el concepto de trabajo de Marx, también se menciona que el proceso de trabajo transforma a la naturaleza en algo que es útil, que satisface necesidades humanas y en el contexto del capitalismo, lo que produce el trabajo son mercancías, estas son objetos externos, que tiene un valor de uso conforme al trabajo invertido para producirla:

“En la superficie de la sociedad burguesa, el salario del obrero se pone de manifiesto como precio del trabajo, como determinada cantidad de dinero que

se paga por determinada cantidad de trabajo. Se habla aquí del valor del trabajo, y a la expresión dineraria de ese valor se la denomina precio necesario o natural del trabajo.” (Marx & Engels, 1978, p. 477).

Una de las características del proceso de trabajo en el capitalismo, es que la fuerza de trabajo, es comprada por el capitalista, dueño de los medios de producción, para que produzca mercancías, el trabajo se concreta en una mercancía que es pagada en salario, determinada cantidad de dinero al trabajador, de esta manera el trabajo realizado es también salario, no obstante, como anteriormente señaló de la De la Garza, Marx identifica que el capitalista paga el valor del trabajo, pero no su capacidad para producir valor, y esta diferencia es lo que le permite al capitalista acumular capital.

Así, el proceso de trabajo tiene otra dimensión como generador de valor, es decir, la actividad que realiza el trabajador es al mismo tiempo generadora de capital y parte de esta es pagada al trabajador como salario (Préteceille, 1977).

En el caso del proceso de trabajo en salud existe una discusión de si es o no trabajo productivo (para autores como Jean Claude Polack es indirectamente productivo, pues va orientado al cuidado de la fuerza de trabajo) (García, 2008), pero al margen de esto, se refiere que la mayoría de los trabajadores de la salud en el mundo, son asalariados de instituciones públicas (Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar Martínez, & Bejarano Arias, 2012) y que mediante la obtención de un salario reproducen su existencia, así, se propone analizar el proceso de trabajo de los profesionales de la medicina como proceso de valorización. De acuerdo con Laurell y Noriega para analizar el comportamiento de los salarios es necesario identificar los aspectos de los que dependen: la gestión de la fuerza de trabajo y la productividad (Laurell y Noriega, 1989). Así, es interés de este trabajo incluir la dimensión del trabajo como proceso de valorización, considerando los salarios de los profesionales de la medicina que prestan servicios del SP, el cumplimiento de indicadores de productividad y la pertenencia a organizaciones de trabajadores de la salud.

La “solidaridad orgánica” en la División social del trabajo de Émile Durkheim

En los trabajos de Émile Durkheim, (1858-19179, filósofo y sociólogo, considerado uno de los fundadores de la sociología como disciplina), se destaca “La división social del trabajo”. Aunque de pensamiento positivista, en esta obra sobresalen las dimensiones subjetivas del trabajo, indicando que, en la sociedad moderna, donde se ha producido la división social del trabajo, también se daría lugar a lo que denomina como “solidaridad orgánica”, la cual supone la “interdependencia” en las personas (Merton, 2002). Este concepto se considera valioso para pensar los principios en los que se fundan los sistemas de salud, que son también lugar de la producción de los servicios de salud ¿Cómo operan los mecanismos de solidaridad en las funciones del sistema de salud en México? ¿y entre los trabajadores de la salud?

La entrada del cronometro al taller: la crítica de Benjamin Coriat al Taylorismo y Fordismo

Benjamin Coriat, economista, nacido en Marruecos (1948) y formado en Francia, se destaca en los estudios del trabajo por su militancia en la Teoría de la Regulación, corriente al interior de la economía francesa. Sus trabajos tuvieron influencia en la sociología latinoamericana. Como menciona De la Garza, en sus trabajos de los años 80, realiza una crítica al Taylorismo y Fordismo (De la Garza Toledo, 2000). En su libro “El taller y el cronometro. Ensayo sobre el Taylorismo, el fordismo y la producción en masa”, menciona que los modos de producción en masa apalancados por el Taylorismo (finales del siglo XIX) y el Fordismo, (inicios del siglo XX), desarrollaron métodos de medición del tiempo de trabajo y sus movimientos para masificar la producción (Coriat, 2013). Al respecto, el autor menciona que una de las implicaciones es que el trabajador(a) pierde el control sobre el proceso de trabajo, emergiendo un “Obrero en masa”. El autor indica que la introducción de la medición de los tiempos del trabajo al espacio de trabajo, el cronometro, también generó cambios en la estructura de asociación de los trabajadores, el sindicato, concluyendo que “el cronometro es instrumento de dominación sobre el trabajo”. El control de los tiempos de trabajo eliminó la vida en comunidad entre los

trabajadores, aquella que les permitía también organizarse para negociar sus condiciones de trabajo.

Ahora bien, por un momento, puede considerarse la forma en la que se desarrolla el proceso de trabajo en los centros de atención ambulatoria, como son los servicios de consulta externa de un centro de salud. La consulta tiene una duración entre 15 a 20 minutos, salvo las consultas de primera vez o la consulta de control prenatal, tiempos que ya han sido denunciados por trabajadores(as) de la salud como insuficientes para brindar una adecuada atención, pero que además no distinguen las particularidades de cada sujeto de atención. La “estandarización”, “normalización” de los tiempos de atención supone la aplicación de los fundamentos de la producción en serie, al campo de la producción de los servicios de salud. Al respecto, también se comparten las reflexiones de otros investigadores al concluir que este proceso de estandarización, convierte al tiempo de atención en un tiempo gerenciado o burocratizado, lo que genera inconformidad tanto en trabajadores(as) de la salud como en los sujetos de atención (Rodríguez Torres, Jarillo Soto, & Casas Patiño, 2018).

Por otro lado, como menciona Coriat, la pérdida de control del proceso de trabajo por el “obrero” supone la sustitución de saberes adquiridos por la “repetición de gestos parcelarios”, es la “expropiación del saber obrero”. Al considerar el caso de los trabajadores de la salud, cuya actividad está fundada en saberes estructurados de las ciencias básicas y clínicas, la normalización de los tiempos de atención implica, por un lado, la pérdida de control de proceso de trabajo y, por el otro, (quizás no la expropiación de saberes enunciado por Coriat), pero sí “saberes privados de realización”, asimilables a las denominadas tecnologías duras-blandas (conocimientos de las ciencias de salud), como las aborda la Salud Colectiva. Precizando esto último, se comprende que el trabajo en salud también es trabajo intelectual y procedimental, fundado en un saber hacer, y como menciona Beillerot citado por Mancoksky, hay saberes discursivos (saber cómo hacer) y saberes prescriptivos (saber hacer) (Mancoksky, 2009). Así, el trabajador(a) de la salud, limitado por la

estandarización, experimenta la no realización de sus saberes prescriptivos, no puede poner en práctica su saber hacer. Además, el profesional de medicina se hace médico(a) con un fuerte componente obtenido a través de la experiencia, su saber hacer tiene una importante base empírica.

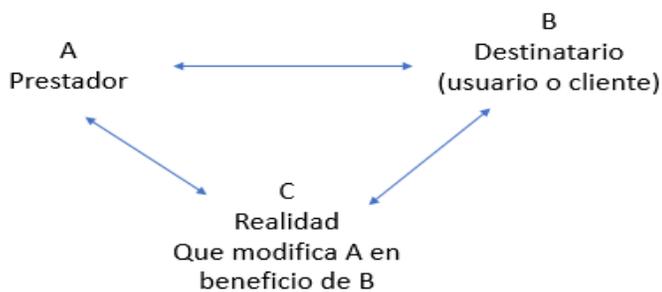
Reflexiones de Jean Pierre Durand sobre la teorización del trabajo en el sector servicios

Jean Pierre Durand⁸, 1948, sociólogo francés, presenta en el texto *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria.*, un análisis y síntesis de los aportes a la teorización del trabajo en servicios de Joseph Gadrey (Durand, 2011). Estas reflexiones sobre el concepto de trabajo y sus dimensiones, coinciden con los esfuerzos desde la Salud Colectiva por definir e identificar los principales elementos del proceso de trabajo en salud.

Gadrey, citado por Durand, define el trabajo de servicios como:

“Una actividad de servicio es una operación tendiente a una transformación de estado de una realidad C, que un consumidor, cliente o usuario B, posee o utiliza, realizada por un prestatario A, a solicitud de B, y muchas veces, en relación en él o ella, pero que no resulta en la producción de un bien susceptible de circular económicamente de forma independiente del soporte C.” J. Gadrey, citado por Durand. (Durand, 2011, p. 186)

Figura 1 Triángulo de la actividad del servicio



Fuente: *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria.* (Durand, 2011, p. 186)

⁸ El acercamiento al autor, tuvo lugar durante la asistencia al seminario de trabajo no clásico, abierto, que desarrolla el Dr. Enrique de la Garza en la UAM-Ixtapalapa; no obedeció a una revisión sistemática de los autores de la sociología del trabajo sino a una feliz coincidencia.

Según lo expuesto por Durand, el destinatario de la transformación que realiza el prestador de servicio, en realidad accede a un tiempo de trabajo calificado, en el caso del trabajo en salud, a los saberes de la clínica y en dicho tiempo se establece la relación de servicio. Esta última según indica Gadrey, tiene tres dimensiones: a) técnica (lo que hace el prestador del servicio para obtener información del destinatario, en el caso del médico(a), la entrevista); b) contractual (el tipo de intervención y su costo, la cual es definida por la institución) y c) la dimensión sociable (los rituales de cortesía y respeto, que condicionan las otras dos dimensiones).

Además, Durand resalta que la relación del servicio es una coproducción, puesto que se basa en la comunicación e intercambio de información, que es recíproca, el destinatario por momentos es emisor y el prestador es emisor y destinatario.

Como menciona Durand, la interacción en el trabajo de servicios es un proceso de comunicación en la que uno de los participantes ofrece tiempo de trabajo calificado a disposición de otro (tiempo que también dedica el destinatario), y cuyo propósito es cambiar el estado del destinatario (dolor, preocupación, desconocimiento sobre su condición, etc.). Para que este cambio de estado ocurra, la comunicación debe ser exitosa. Respecto a esta última, Durand la define como aquella comunicación que es comprensiva, la que involucra el “significado”, esto es la contextualización y reflexión dentro del cambio de estado.

Por último, respecto a la aplicación de la reducción de los costos y la generalización de procedimientos, mismos ya referidos al revisar a Coriat con la producción en masa y normalización de los procesos de trabajo en el sector salud, Durand menciona que si bien, las dificultades de aplicarla provienen de la naturaleza de trabajo, que es intelectual e implica la interacción con sujetos particulares, que otorgan al proceso un margen de incertidumbre y por tanto mayor control del trabajo para el profesional de la salud, menciona que la dificultad se debe más a la

organización de los trabajadores del sector, quienes ponen resistencia a las reducción de costos y a la generalización de procedimientos. El poder de la organización de los trabajadores(as) de la salud en México sería muestra de esta resistencia, como elemento indicativo puede considerarse al IMSS, es la institución de salud más grande de Latinoamérica y más del 90% de sus trabajadores(as) son sindicalizados.

No obstante, también llama la atención el procedimiento para reducir tiempos de atención, que se aplica en los servicios de salud de México, como es la acción de delegar al personal de enfermería⁹ la toma de los signos vitales, previo a la consulta. Esta situación es notable, pues ni en escenarios como el de Colombia, donde se habla de procesos de desprofesionalización de la medicina y acentuada precarización laboral, se ha implementado este proceso, haciendo la salvedad de que hay otras prácticas de reducción de costos, como es la consulta asistida por medicina general para las especialidades. En estas, un solo especialista ve a varios pacientes ubicados en varios consultorios, mientras son atendidos por médicos(as) generales, el especialista pasa revista por los consultorios.

3.3 El concepto de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Desde los años sesenta y producto de la flexibilización laboral, el trabajo se ha precarizado, situación que también ha alcanzado a los prestadores de servicios de salud en América Latina (Acosta F et al., 2013; Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar-Martínez, et al., 2012). En los prestadores del SP se concentran expresiones de este proceso por lo que, en este proyecto de investigación, para evidenciar las condiciones de trabajo precario, se propone usar como referencia el concepto de

⁹ La precisión que se hace sobre la toma de signos de vitales por enfermería no tiene que ver con cuestionar la capacidad técnica para realizarla sino con la pérdida del control del proceso de trabajo por el profesional y con el hecho de que se ocupe a personal de salud que puede realizar otro tipo de actividades. En el caso de México el desarrollo de la enfermería como profesión no ha alcanzado el nivel de otros países. Las barreras para que esto ocurra también son importantes de analizar.

Trabajo decente, promovido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1999 (Ghai, 2003). Entre los aspectos que comprende el trabajo decente según la OIT, se encuentran: ingreso justo, condiciones de contratación, seguridad en el trabajo, protección social, desarrollo personal e igualdad de oportunidades. Estos aspectos se exploraron entre los trabajadores de la medicina que prestan servicios del SP.

3.4 Trabajo como determinante de florecimiento humano

Por último, siguiendo con el propósito de analizar el proceso de trabajo médico de manera amplia, se propone recoger la discusión sobre las condiciones que favorecen el bienestar de las personas, comprendidas como florecimiento humano.

De acuerdo con Marx-Marckus, el florecimiento humano es la realización de la esencia humana, que supone el despliegue de su individualidad de forma multilateral (Boltvinik, 2003). Con este supuesto se comprende que el proceso de trabajo más que un medio de reproducción de subsistencia, debe ser un acto de libertad, parte de un proyecto personal, que implica el trabajo como fuente de realizaciones y capacidades, para permitir la extensión del tiempo libre productivo. Bajo este marco se exploró el desarrollo de capacidades a través del trabajo, entre los profesionales de la medicina que prestan servicios de salud del SP (Boltvinik, 1990).

4. El proceso trabajo en salud desde la Salud Colectiva

Como hemos visto, desde el siglo XIX y hasta comienzos del XX el concepto de trabajo de Marx tuvo centralidad en los marcos interpretativos en las ciencias sociales.

El concepto de trabajo de Marx como un proceso consciente mediante el cual el ser humano transforma la naturaleza para producir lo que le es útil para su subsistencia y constituido por los elementos: objeto de trabajo, instrumentos (incluyen conocimientos y herramientas), organización y actividad que realiza el trabajador (trabajo en sí, orientada a un fin) (Mendes, 1984; Merhy, 2006), fue aplicado fundamentalmente al trabajo asalariado, el que se compra y se vende a cambio de un salario, al industrial, estable y regulado, denominado posteriormente como trabajo clásico (De la Garza Toledo, 2009)

Por otro lado, para finales del siglo XX con el aumento de trabajos en el sector servicios, la producción inmaterial, que en general dio lugar a trabajos denominados no clásicos o atípicos, la definición marxista de trabajo comenzó a presentar limitaciones (De la Garza Toledo, 2009; Gimenez Carvalho, Peduzzi, Teixeira Mandú, & Carvalho Mesquita Ayres, 2012). En el caso de la producción de servicios de salud, el trabajo se caracteriza por: intangibilidad (la producción de un servicio no almacenable), simultaneidad (las fases de producción, distribución y consumo son sincrónicas), carácter interactivo (las acciones en salud se dan en el encuentro trabajador(a)-paciente, interviene un tercer sujeto junto al trabajador y patrón), entre otros (Gimenez Carvalho et al., 2012).

Usando como referentes los aportes de Marx al estudio del trabajo y atendiendo a las particularidades del trabajo en salud, desde los años setenta la Salud Colectiva como una corriente de pensamiento en su vertiente en Brasil, desarrolló una línea de investigación sobre el trabajo en salud. Entre sus principales aportaciones están los trabajos de Sergio Arouca, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves y Emerson Elias Merhy. En este trabajo se ahondará en la

propuesta de análisis de Merhy, no obstante, previamente se presentan apuntes sobre los trabajos que lo precedieron.

Maria Cecília Ferro Donnangelo

Maria Cecília Ferro Donnangelo, (Sao Pablo 1940-1983), pedagoga e investigadora, es reconocida por sus importantes aportes al pensamiento social en el campo de la Salud Colectiva (Breilh, 2014; Nunes, 2016). Sus trabajos más destacados son “Medicina y Sociedad” y “Salud y Sociedad”. En la primera, la autora investigó sobre la relación entre el profesional de la medicina y el mercado, Estado y asistencia médica y el profesional de la medicina y las ideologías profesionales, mientras que en “Salud y Sociedad” trató el tema de la Medicina Comunitaria (Nunes, 2016). Maria Cecília se desempeñó como docente del departamento de medicina preventiva, de la Universidad de Sao Pablo durante 14 años.

La teoría del proceso de trabajo en salud de Ricardo Gomes Gonçalves

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, (Sao Pablo 1946-1996), médico familiar, investigador y docente, es reconocido por sus aportes al desarrollo de la Salud Colectiva en Brasil. Durante su ejercicio como docente en la universidad de Sao Pablo, coincidió con Donnangelo, con quien además compartió discusiones teóricas que se reflejaron en su producción académica (Ayres, 2015). Ayres indica que Ricardo Bruno Mendes Goncalves participó en el movimiento Sanitarista en Brasil, el cual impulsó la reforma al Sistema de Salud, implementada con posterioridad a la dictadura militar de los años sesenta a ochentas. Entre sus trabajos destacan sus tesis de maestría y doctorado, “Medicina e Historia” y “Organización tecnológica en unidades básicas del Estado de Sao Pablo”, en este último trabajo el autor identifica la tensión entre dos racionalidades presentes en el trabajo médico, la clínica y la epidemiológica.

Trabajo en salud, trabajo vivo en acto, la propuesta de Emerson Elias Merhy

Contribuyendo a la línea de investigación sobre el trabajo médico, Emerson Elias Merhy, médico y doctor en Salud Colectiva, quien también fue interlocutor de

discusiones académicas con Donnangelo y Ricardo Bruno Mendes Goncalvez, ha desarrollado trabajos sobre planeación y gestión de salud, así como un marco de análisis para el estudio del trabajo en salud.

De acuerdo con Merhy, el proceso de trabajo en salud debe ser estudiado principalmente a través de uno de los elementos que lo componen: la actividad que realiza el profesional de salud, al que denomina trabajo vivo en acto. Merhy sugiere que lo que realiza el prestador de servicios de salud son *actos de cuidado*, con dos dimensiones: cuidadora y profesional (Merhy, 2006) (ver figura 1).

En la dimensión cuidadora se generan: procesos de comunicación, construcción de necesidades, procesos de acogimiento, generación de vínculos, responsabilidades y articulación de saberes. Para producir estos procesos, el profesional de la salud cuenta con una caja de herramientas que son las tecnologías blandas.

En términos generales, las tecnologías comprenden tanto saberes y conocimientos como equipos y máquinas. Las tecnologías blandas incluyen relaciones de producción de vínculo, autonomización, acogimiento y gestión, entendida esta, como la forma de gobernar el proceso de trabajo.

En relación con el encuentro de saberes, y dado que el contexto sociodemográfico del estado de Oaxaca se caracteriza por una alta población indígena, 32% del total de la población de la entidad (Dirección General de Población de Oaxaca, 2018), se buscó explorar la forma como este encuentro de saberes y de acogimiento está influido por factores como la etnia, creencias y comportamientos en salud de la población atendida por el SP.

Merhy destaca que, dado que las tecnologías blandas incluyen el modo como se dirige el proceso de trabajo y el modo de incorporar las demás tecnologías, que en conjunto definen un cierto modo de atención, entonces, para el análisis del proceso

de trabajo en salud es nodal la efectividad de la tecnología blanda y su articulación con las demás.

Para precisar esta idea se retoma lo sugerido por Mendes Gonçalves quien menciona que, en el proceso de trabajo en salud, el cuerpo humano es aprehendido intelectualmente por el trabajador de la salud y adaptado a los instrumentos (Mendes, 1984). En este proceso de aprehensión (acogimiento) según lo propuesto por Merhy intervendrían de manera definitiva las tecnologías blandas.

Otra particularidad de las tecnologías blandas es que son inherentes a cada persona, es decir, no dependen de la profesión. Por lo que al indagar por ellas se busca relacionarlas con las trayectorias de formación y habilidades humanistas de cada profesional de la salud.

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 duras incluyen equipos, normas y estructuras organizacionales.

Figura 2 Dimensiones del proceso de trabajo médico como “trabajo vivo en acto”



Fuente: Reelaboración propia con lo presentado por Merhy en Salud: Cartografía del trabajo vivo, 2006. (Merhy, 2006, pp. 104–105).

- Dimensión cuidadora del trabajo en salud

Como se ha mencionado, desde lo propuesto por Merhy se comprende que lo que se produce en el trabajo en salud son actos de cuidado, y por otro lado, retomando tanto a Marx como a Durand, que mencionan que el trabajo es transformación y este último precisa, al referirse al trabajo de servicios, que dicha transformación consiste en un *cambio de estado* en el sujeto de atención, a través de un proceso de comunicación, y que además, la comunicación es exitosa cuando se produce una contextualización y reflexión, encontramos en el trabajo de Sergio Arouca la síntesis de estos postulados.

La definición de Sergio Arouca, médico sanitarista brasileño y pensador de la Salud Colectiva, sintetiza estas ideas, definiendo el trabajo médico como esencialmente cuidado, en su tesis doctoral, el *El dilema preventivista*, de 1975:

“Entendiendo el proceso de trabajo como un proceso de transformación, el cuidado médico como tal está centrado sobre un objeto, o hombre, en sus dimensiones biológicas y psicológicas, cuyo resultado es el mantenimiento, recuperación y transformación de determinados valores vitales. Por lo tanto, el cuidado es el propio proceso de trabajo de agentes que monopolizan el conocimiento y habilidades para esa actividad, utilizando instrumentos determinados”.

(Arouca , 2003, p. 220)

La asimilación de práctica médica como proceso de trabajo de Sergio Arouca es pionera y apuntala los trabajos desarrollados en esta misma línea por Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes y Elías Merhy, se presentan como desarrollos para dar contenido a sus elementos constitutivos y las tensiones que lo permean, tanto internas como externas, y es un marco a ser aplicado en este trabajo de investigación, analizando el proceso de trabajo de profesionales de la medicina de servicios de salud de Oaxaca en el marco de operación de SP.

Hasta aquí se habló del marco de referencia, identificando las confluencias conceptuales entre la Sociología del Trabajo y la Salud Colectiva, para la comprensión del trabajo en salud, ambas ancladas en las ciencias sociales.

4.1 Otras formas de comprender el trabajo en salud

Como se ha mencionado, el trabajo en salud, es una “actividad” y para su análisis se ha comprendido como proceso de trabajo, no obstante, tiene otras formas de comprensión como es “profesión” o “práctica social”. En este trabajo se optó por la categoría proceso de trabajo porque el marco el análisis desde la Salud Colectiva permite identificar sus elementos constitutivos y relacionarlos con la política en salud, con un contexto social, económico y cultural particular, y además, sus fundamentos en las ciencias sociales, permiten incluir dimensiones atribuidas al trabajo asalariado, según la perspectiva de la OIT.

4.2 Aproximaciones recientes al trabajo en salud

Para conocer los diferentes temas y enfoques desde los cuales se ha analizado el proceso de trabajo en salud en los últimos años, en el nivel de la prestación de servicios y el que es realizado particularmente por los profesionales de la medicina, se revisaron algunas de las recientes publicaciones académicas que lo abordan. Para esto se consultaron las bases de datos Redalyc, Scielo, Google académico, ScienceDirect y Pubmed. En las primeras cuatro bases se usaron los términos de búsqueda “condiciones de trabajo and médicos”, para ScienceDirect se usaron, además de estos, los términos “working conditions and doctor”, y para Pubmed, “physicians and working conditions”. Se revisaron los trabajos publicados desde el año 2005 a la actualidad.

Se presentan los resultados generales de 19 artículos filtrados mediante los parámetros mencionados. Discriminados por nivel de análisis, dos artículos tratan el tema de la fuerza de trabajo en salud y política pública, mientras que 17 exploraron el tema de condiciones de trabajo relacionado con: riesgos y

enfermedades laborales, calidad de la atención, desprofesionalización, formas de resistencia, estabilidad laboral, profesionales de la medicina en formación y género. Si bien, varios trabajos abordaron simultáneamente algunos de estos aspectos, se hace esta clasificación con base en los hallazgos más relevantes.

- Fuerza de trabajo en salud

En relación con las tendencias de la fuerza de trabajo en salud, uno de los estudios revisados menciona la existencia de una crisis global de recursos humanos en salud, que se caracteriza por una inadecuada distribución de los profesionales en los territorios e incongruencia entre su nivel de cualificación y las necesidades en salud de la población (Zoio Portela, Cavada Fehn, Sarmiento Ungerer, & Dal Poz, 2017).

El alcance de la crisis global de recursos humanos se evidencia en su impactado en países considerados de ingresos altos, como lo sugiere un estudio realizado en la Unión Europea (UE) (Pavolini & Kuhlmann, 2016). Pavolina y Kuhlmann analizaron el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud desde 1990 a 2013 en algunos países de la UE. A partir de datos tomados principalmente de la OCDE y de la Encuesta sobre fuerza de trabajo en la UE, concluyen que pese a la escasez global de personal de salud y su creciente demanda en el futuro, hay una cantidad importante de trabajadores con contratos flexibles, con dos o más empleos, siendo los trabajadores de nivel básico y medio los más afectados. También mencionan, un creciente desempleo que se ha mantenido incluso después de la crisis económica del 2008.

Los autores de este estudio sugieren la necesidad de mejorar las fuentes de información para caracterizar las tendencias del mercado de trabajo en salud, y que este último, adquiera más relevancia en el ámbito político, ya que el desarrollo de los recursos humanos en salud debe ser considerado con base en las necesidades en salud de la población.

Condiciones de trabajo

Los estudios revisados que abordan el tema de condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina, en general, establecen la asociación entre riesgos en el lugar de trabajo y sus implicaciones para la salud y bienestar de los trabajadores, así como en la calidad de la atención de los pacientes. En cuanto a la población de estudio se revisaron los trabajos que incluyeran profesionales médicos. Algunos, además de personal médico, incluyeron personal de enfermería y paramédicos. En relación con el lugar de estudio, exploraron condiciones de trabajo en el nivel de atención primaria, servicios de urgencias y hospitalización.

- Riesgos y enfermedades laborales

Entre los padecimientos estudiados que afectan a los trabajadores médicos se encuentran: ansiedad, depresión, síndrome de Burnout y trastornos musculoesqueléticos (TME).

Un estudio realizado en Ciudad de México, en el que participaron 80 médicos residentes, encontró una prevalencia de depresión de 16.3% y de Síndrome de Burnout de 35% (Pérez Cruz, 2006). En las áreas que evalúa este último, se encontró que las más afectadas fueron despersonalización 25%, y cansancio emocional 16.2%. Por otro lado, un estudio transversal realizado en China, con 361 médicos, estimó una prevalencia de TME de 67.5%, el cual se encontró asociado a riesgos psicosociales como horas extras excesivas, presión mental alta, jornadas prolongadas, falta de apoyo en el trabajo y de comunicación (Smith, Wei, Zhang, & Wang, 2006). Por último, un estudio para estimar la prevalencia de ansiedad y depresión entre 564 médicos internos, encontró la presencia de: depresión 13.0%, ansiedad 28.7% de los sujetos y la percepción de un ambiente laboral hostil de 32.8% (Kerrien et al., 2015).

En cuanto a los riesgos en el trabajo, los estudios exploraron estrés laboral, ritmo de trabajo, precariedad laboral y relaciones sociolaborales.

Un estudio transversal realizado en España, que incluyó la participación de 120 médicos de centros de salud, estimó una prevalencia de estrés laboral de 15.6%, siendo más alto entre quienes tienen la condición laboral de trabajador eventual y entre quienes hacen turnos de guardia (Martín-Payo, Fernández-Fidalgo, Hernández-Mejía, & Fernández-López, 2005). Por otro lado, un estudio cualitativo realizado en Mato Grosso, Brasil, que incluyó a cinco médicos, exploró los riesgos percibidos en el lugar de trabajo. Entre los referidos se encontraron: ritmo intenso de trabajo, percepción del lugar de trabajo como precario, hacinado, y relaciones sociolaborales débiles (Guabiroba Coelho Barros & Honório, 2015). De otro lado, un estudio realizado en Madrid, en el que participaron 35 médicos del servicio de urgencias de atención primaria, buscó identificar las fuentes de estrés laboral (Bernaldo De Quirós Aragón & Labrador Encinas, 2008). Los médicos identificaron como principales fuentes de estrés las posibles consecuencias de sus errores en los pacientes y el ser mal tratados por personas agresivas.

Un estudio transversal realizado en Curitiba, Brasil, con 58 médicos residentes, identificó como riesgos: alto número de horas de trabajo a la semana, 67.2% de los residentes refirieron trabajar más de 60 horas, numerosas horas de trabajo continuo, 11 residentes refirieron trabajar en ocasiones turnos de 36 horas continuas, alta carga de estrés, supervisión débil y la enseñanza y el aprendizaje como medio de explotación de la fuerza de trabajo de los residentes (Huk Sponholz et al., 2016).

Por último, un estudio cualitativo para analizar el discurso de profesionales médicos en relación a sus percepciones sobre su trabajo, su salud y su práctica profesional, usó como fuente de información los mensajes de texto de foros en línea de 220 médicos que trabajaban en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua (Gallardo & Ferrari, 2010). Entre las asociaciones negativas sobre su trabajo, lo ubicaron como fuente de riesgo, riesgo de infección, sacrificio, compensaciones pequeñas, mano de obra barata y multitareas. Estas connotaciones negativas se asociaron a sentimientos de ansiedad y angustia, mientras que las posibles repercusiones de los aspectos

negativos del trabajo para su salud fueron estrés, depresión, consumo de alcohol y drogas, enfermedades cardiovasculares, suicidio, enfermedades asociadas al estrés y aborto espontáneo. En cuanto a las descripciones positivas del trabajo lo refirieron como algo que vale la pena y maravilloso.

- Calidad de la atención

Otro de los temas explorados en los estudios revisados es la relación entre riesgos laborales y repercusiones en la atención del paciente. Un trabajo realizado en España, con 227 médicos de atención primaria, indagó sobre el derecho a recibir información de los pacientes por parte del médico y su relación con las condiciones laborales y características socioprofesionales del médico (Pérez-Cárceles, Pereñíguez-Barranco, Osuna-Carrillo De Albornoz, & Luna-Maldonado, 2006). El estudio encontró asociación entre la satisfacción laboral y la entrega de información adecuada al paciente, así, a mayor insatisfacción menor entrega de información. En cuanto a las características socioprofesionales, se encontró que entre más joven sea el médico y menor carga asistencial tenga, hay una mayor entrega de información al paciente.

Por otro lado, un estudio cualitativo realizado en Suecia, en el que participaron 13 médicos, indaga sobre las percepciones en cuanto a la relación entre seguridad del paciente y condiciones organizacionales y psicosociales en el lugar de trabajo. Los médicos participantes refirieron complejidad emocional y cognitiva en su espacio de trabajo, así como falta de apoyo social e inestabilidad en la organización, lo cual en conjunto, les generaba estrés, y a su vez, mal funcionamiento con sus equipos de trabajo, lo que les predisponía a cometer más errores o intentos de error (Eklöf, Törner, & Pousette, 2014).

- Desprofesionalización

Entre los trabajos revisados hay dos que abordaron el denominado proceso de desprofesionalización de la medicina. El estudio realizado por Leyva y Pichardo explora este proceso entre profesionales médicos vinculados con la Fundación

Best, en México (Leyva Piña & Pichardo Palacios, 2012). Los autores mencionan que en actualidad existe un declive de las profesiones o desprofesionalización, que se caracteriza por pérdida de la autonomía, vulneración de la vocación y de la ética. Los investigadores aplicaron 37 cuestionarios a médicos que trabajaban en consultorios adyacentes a las Farmacias Similares, en la delegación Iztapalapa, Ciudad de México, y entrevistaron a siete de ellos. De acuerdo con sus hallazgos, entre los profesionales médicos, también llamados médicos Simi, que prestan servicios de medicina general destinados esencialmente a población pobre y con condiciones de contratación precarias, se identificarían dos tendencias: una hacia la desprofesionalización y otra que mantiene el núcleo propio de la profesión. La tendencia a conservar el núcleo básico de la profesión estaría mediada por recursos de los médicos como el altruismo, pues atienden a población de escasos recursos. La idea de estar siendo altruistas los ayuda a compensar expectativas laborales no satisfechas.

Lo mencionado por el estudio es coincidente con otro realizado en consultorios de farmacias, también en Ciudad de México (Díaz Portillo et al., 2017). En ese trabajo se realizó un abordaje cualitativo, junto con 32 médicos, para explorar sus condiciones laborales. Los médicos entrevistados refirieron insatisfacción en sus expectativas profesionales, bajos salarios, contratación informal, y por tanto, no ser beneficiarios de las garantías que establece la legislación laboral. Algunos indicaron que los incentivos económicos que les brinda la Fundación por mayor número de consultas y venta de medicamentos de la farmacia, no afectan su autonomía para ordenar recetas médicas, mientras que otros si lo consideran así.

- Formas de resistencia

En el estudio cualitativo realizado por Guabiroba y Honório en un hospital regional de Mato Grosso, Brasil, que incluyó a cinco médicos, exploró además de los riesgos laborales, las correspondientes estrategias de afrontamiento. Hallaron estrategias como espiritualidad, individualismo y aislamiento (Guabiroba Coelho Barros & Honório, 2015).

Otro trabajo de investigación que da cuenta de los procesos de resistencia frente a las condiciones hostiles en el ambiente de trabajo es la experiencia de la Asociación de Médicos Municipales, en Buenos Aires, Argentina (Nieto et al., 2008). La asociación desarrolló un programa de formación en el que participaron 58 médicos, quienes se instruyeron como delegados gremiales para la prevención del riesgo laboral con el enfoque CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo). El estudio menciona que como resultado de esa capacitación se logró concientizar a los médicos sobre la presencia de riesgos laborales, adquirieron nuevos conocimientos en CyMAT, reconocieron la responsabilidad de los empleadores y surgieron de su parte propuestas de acciones colectivas.

- Estabilidad laboral

En relación a las condiciones de trabajo referidas a la estabilidad laboral, se revisó un estudio transversal realizado en Córdoba, Argentina, en el que participaron 361 médicos. Desde el concepto de trabajo decente, en lo que refiere a estabilidad en el empleo, se encontró una prevalencia de pluriempleo del 48% (Acevedo, Farias, Sánchez, Astegiano, & Fernández, 2012). Otro estudio realizado en Pasto, Colombia, exploró las condiciones sociolaborales entre una muestra 216 médicos generales, analizando los resultados de una encuesta realizada por diferentes entidades de gobierno. Entre los aspectos de la encuesta relacionados con estabilidad laboral, se identificó una frecuencia de pluriempleo de 46,3% entre los médicos. En cuanto al tipo de contrato, se estimó que 54,8% tiene un contrato por prestación de servicios, es decir, sin prestaciones y temporal, que fluctúa desde un año hasta un mes, mientras que 45,1% tiene contrato de base o planta (Ruano & Villamarin, 2015).

- Médicos en formación y género

Como se mencionó, otro de los temas es de las condiciones de trabajo de médicos en proceso de formación. Si bien, este grupo no es reconocido como trabajadores, si asumen todas las responsabilidades como si ya lo fueran, y en algunos casos, son incluidos entre las estadísticas de recursos humanos del sistema de salud. Un

estudio realizado en el año 2009, exploró las condiciones laborales de 262 médicos pasantes de servicio social de la facultad de medicina de la UNAM, ubicados en zonas rurales (Ramírez de la Roche et al., 2012).

Los aspectos que se abordaron fueron condiciones de vida, condiciones de trabajo en el centro de salud y seguridad en la comunidad. En cuanto a sus condiciones de vida se identificó que 92.4% tuvo que recibir apoyo económico por parte de su familia pues la remuneración que reciben en forma de beca era insuficiente. En relación con la alimentación, 17.6% refirió acceder a una comida en el día y 59.5% a dos. Por otro lado, en cuanto a las condiciones de trabajo, 44.7% refirió no haber recibido indicaciones sobre cómo realizar su trabajo a su llegada, mientras que 43.1% refirió ser presionado para modificar la información de los reportes en salud. En lo relacionado con seguridad en la comunidad, 18.7% refirió haber sido víctima de robo, mientras que 1.5% fue víctima de secuestro o intento del mismo.

En cuanto a los estudios que incluyen aspectos como el género y su relación con las condiciones de trabajo, se revisó una investigación de tipo cualitativo, que exploró la violencia de género en diez hospitales públicos de la red de Ciudad de México (Fernández Moreno, 2007). Entre las formas de violencia ejercida contra las trabajadoras, algunas de ellas refirieron acoso sexual por parte de médicos a enfermeras y a estudiantes, y también, violencia ejercida por personal femenino de enfermería a pacientes mujeres, en la que se destacan los juicios sobre su maternidad y sexualidad.

5. El proceso de trabajo en salud y su relación con la política pública en salud

En los capítulos anteriores, se comentó el encuadre teórico para comprender el proceso de trabajo en salud y las problemáticas que lo envuelven, recientemente estudiadas. Aquí se presentan los referentes para asimilar el contexto particular donde se realiza dicha actividad, es decir, la implementación del SP en unidades de atención en la región de Valles Centrales de Oaxaca.

Primero, se considera al proceso de reforma del 2003 a la Ley General de Salud (la cual dio origen al Sistema de Protección Social en Salud en México y cuyo brazo operativo es el Seguro Popular), como una política pública, pero ¿qué es una política pública y cómo se analiza? Si bien, no es un propósito de este documento analizar el SP como política pública, se precisa el marco de referencia usado para comprenderlo y definir sus vías de influencia en el proceso de trabajo de los sujetos de estudio.

Así, de acuerdo con André Noël Roth, la política pública es:

“Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones, que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (Roth Dubel, 2017, p. 21)”.

A partir de lo referido por Roth, es posible identificar varios elementos de la política pública como son: objetivos, medios, acciones, en los que interviene el gobierno, los cuales buscan cambiar el comportamiento de actores para modificar una situación considerada como problemática. Si bien, se menciona que participan las instituciones de gobierno del Estado, se precisa que no es el único actor involucrado, ya que en la definición de la situación problemática participan actores de la sociedad que presionan y se disputan, según sus intereses, recursos políticos y económicos, para influir sobre lo que finalmente se acoge en la agenda estatal (Oslak, 2014).

Ahora bien, sobre cómo se analiza la política pública, uno de los principales modelos es el de Harold D. Lasswell, importante teórico de la ciencia política, quien desarrolló un modelo para el análisis de la política pública, el cual incluye los procesos de decisión, a los que considera como acciones que pueden ser individuales o colectivas y están orientadas a definir valores. Dichas acciones se desarrollan en fases: información, promoción, formulación, adopción, implementación, finalización y evaluación (Roth Dubel, 2017).

Este modelo de análisis ha tenido bastante aceptación pues ofrece una estructura a partir de esas fases se ordenarán los antecedentes de la política del SP, considerando con mayor relevancia aquellas fuentes que indican el rol de los actores involucrados en el ciclo del SP, sus intereses, recursos, etc.

Por otro lado, como se sabe, las políticas públicas en salud determinan el funcionamiento de los sistemas de salud, cuyas funciones son rectoría, financiamiento, conducción, regulación, y prestación de servicios (OPS, 2007). A través del proceso de trabajo que realizan los profesionales de medicina se cumple gran parte de la función de prestación de servicios y también esta permeado por cómo se definen y desarrollan las demás funciones del sistema. Para establecer la relación entre las funciones del SP y el trabajo en salud, se revisaron las funciones de rectoría, financiamiento, organización y prestación de servicios de salud, descritas en el artículo 77 Bis 5, de la Ley General de Salud de 2018 (Secretaría de Salud, 2018), en el cual se describen las competencias de la Federación y las entidades federativas para la operación de los Regímenes de Protección Social en Salud en los estados. El desempeño de estas funciones se concretó en su exploración entre profesionales de la medicina y una exfuncionaria de la Secretaría de Salud de Oaxaca.

6. Tensiones del proceso de trabajo en salud

La elección del encuadre teórico y conceptual de la Salud Colectiva para abordar las acciones que realizan los profesionales de la medicina en el contexto de un sistema de producción de servicios de salud particular, se fundamenta en su potencia explicativa y de transformación, la cual es producto del trabajo intelectual y del activismo de investigadores(as) que trabajaron en marcos de referencia amplios, socio históricos, para comprender las causas, transformaciones y diversidades en el quehacer de los trabajadores(as) de la salud y las repercusiones en la producción de la salud de los colectivos.

Por otro lado, para superar el nivel descriptivo del trabajo en salud que realizan los profesionales de la medicina de Oaxaca, se propone identificar las tensiones entre el quehacer médico, el contexto y el SP. Las tensiones son aquellas relaciones entre el proceso de trabajo en salud que realizan los profesionales de la medicina en el marco de la prestación de los servicios del SP, y generan contradicciones entre los supuestos concebidos desde las normas, la teoría o desde los trabajadores(as), sobre la forma de realizar el proceso de trabajo y la forma como se concreta. Las tensiones son contradicciones que se identifican en la experiencia vivida por los profesionales, a través de sus testimonios, son compartidas por y con otros profesionales, son fuerzas definitorias del modo como se realiza el trabajo, motivo por el que se generan o no resistencias por los profesionales, con el fin de redefinir, reinterpretar el modo en el que se concreta el proceso de trabajo.

Las tensiones como elementos moldeadores del proceso de trabajo en salud también se convierten en dispositivos de cambio para transformar la producción de actos de cuidado en salud, a favor de trabajadores(as) y de los sujetos de atención, razón por la que son objeto de discusión. Así, en el caso concreto, las tensiones emergen entre las diferentes dimensiones del proceso de trabajo en salud y entre estas y los procesos más generales en el marco de definición de la política de salud en México y la forma de operación del Seguro Popular en Oaxaca.

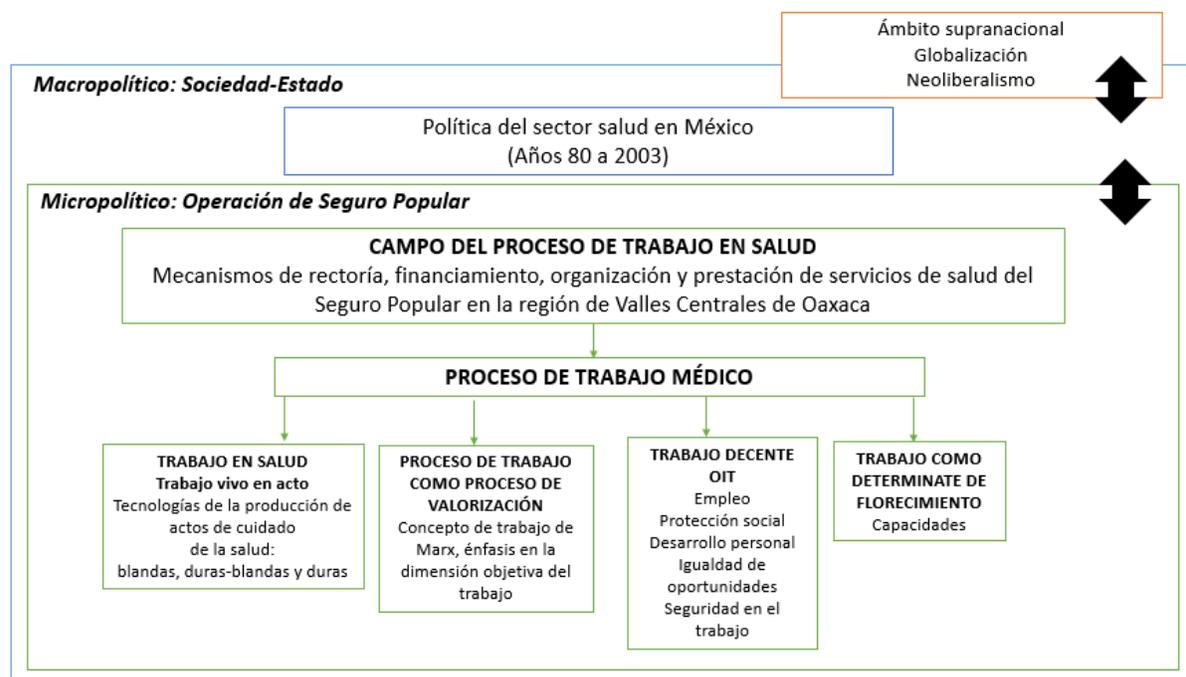
En conclusión, en este trabajo se analiza el proceso de trabajo en salud con el encuadre teórico desarrollado por la salud colectiva para aprenderlo y se explora su relación con el SP a través de las funciones del sistema de salud, para finalmente, identificar las tensiones que lo moldean y definen.

6.1 Síntesis del marco de análisis

El proceso de trabajo en salud se explora en dos niveles de análisis: macropolítico y micropolítico (figura 2). Lo macropolítico, entendido como el ámbito de la relación Sociedad-Estado, influida por procesos supranacionales como el Neoliberalismo y la Globalización, se propuso contextualizar la orientación de la política económica, social y de salud en México, entre la década de los ochenta hasta el año 2003, para conocer los antecedentes del SP.

En relación con lo micropolítico, se asimiló como el campo del proceso de trabajo en salud en donde se exploran las dimensiones del trabajo que realizan los profesionales de la medicina de centros de atención de la región de Valles Centrales de Oaxaca.

Figura 3 Niveles de análisis del proceso de trabajo en salud



7. Diseño de investigación

Diseño de estudio y técnicas de investigación

Se llevó a cabo un diseño de estudio transversal con enfoque cualitativo, esto, pues el objeto de estudio analizado, las dimensiones del trabajo en salud, fue explorado en un periodo específico de tiempo, enero-abril de 2019, a través de entrevistas semiestructuras y observación participante junto con profesionales de la medicina que intervienen en la prestación del SP, en unidades de atención de salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca (ver Anexo 1 Guía de entrevista para profesionales de medicina y guía de entrevista para funcionaria administrativa). Además, se eligió este tipo de diseño de estudio por su factibilidad en términos de tiempo y costos.

Por otro lado, se optó por el enfoque cualitativo ya que se acepta el paradigma ontológico y epistemológico de que la realidad es socialmente construida, es producto de los sentidos que otorgan los sujetos al mundo que los rodea, que dicha interpretación depende del contexto y que una forma de acceder a dichas interpretaciones es a través del lenguaje (Castro, 1996), en este caso, de los testimonios obtenidos por medio de las entrevistas aplicadas a los sujetos de estudio. El enfoque cualitativo permite dar respuesta al interés de comprender las ideas, valoraciones, problemas, experiencias, tensiones y contenidos que los profesionales sujetos de estudio asignan a las diferentes dimensiones del trabajo en general y del trabajo en salud con sus particularidades, en el marco de la prestación del SP.

Se realizaron seis entrevistas como parte de la prueba piloto. Cuatro entrevistas se realizaron durante una estancia en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, durante el segundo semestre del 2017, en esta experiencia participaron cuatro profesionales de medicina, trabajadores(as) de una institución pública de primer nivel de atención del sur de la ciudad de Bogotá, quienes laboran en el servicio de consulta externa. Dos hombres y dos mujeres. En la versión de la guía

de entrevista de esta fase piloto, se hizo énfasis en las categorías de la dimensión relacional del trabajo en salud. La prueba piloto en este contexto permitió probar la capacidad exploratoria de las preguntas formuladas para operacionalizar las dimensiones del trabajo en salud, y además, reflexionar sobre la similitud entre las tensiones que experimentan los profesionales de la salud en la realización de su trabajo y el realizado por el mismo gremio de profesionales en México, esto, puesto que la orientación de la organización de los servicios de salud, la formación y la políticas de laborales de la región de América Latina son semejantes, lo que se refleja en que experimentan problemáticas semejantes como también se observó en los estudios revisados sobre el trabajo médico. De manera particular, en esta fase del piloto, se observaron diferencias en la forma en la que se desarrolla la dimensión relacional del trabajo en salud y que están vinculadas con las trayectorias y características individuales de cada profesional, aun cuando todos(as) comparten las mismas condiciones de trabajo y de contratación¹⁰. Esta fase del piloto permitió reformular las preguntas con mayor claridad y afianzar las técnicas de observación y entrevista.

Por otro lado, en la fase piloto que se realizó en Oaxaca, durante enero de 2019, se entrevistó a dos profesionales: un médico especialista en Medicina Interna, quien trabaja desde hace doce años en el Hospital Civil de la ciudad de Oaxaca y una médica general, quien labora desde hace seis años en el servicio de urgencias del Hospital Básico Comunitario de Chalcatongo de Hidalgo, estado de Oaxaca. Ambos son egresados de la licenciatura en medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), originarios del estado de Oaxaca y cuentan con un segundo empleo. En el caso del médico internista, se desempeña como docente de la UABJO y la doctora realiza consulta en una farmacia de Similares. Estas entrevistas, a diferencia de algunas de las analizadas en los resultados, se realizaron por fuera del lugar de trabajo por lo que se contó con mayor libertad de

¹⁰ Las reflexiones de esta experiencia fueron objeto de la elaboración de un ensayo, en el marco de la asistencia a la asignatura de métodos cualitativos durante la estancia.

tiempo, y además, se percibió mayor confianza en los entrevistados al momento de expresar sus experiencias.

La prueba piloto permitió precisar componentes de las categorías exploradas, por ejemplo, en el caso de las tecnologías duras del trabajo en salud, diferenciar entre insumos, equipo médico y medicamentos, para discriminarlos durante la entrevista. Por otro lado, en los testimonios de los entrevistados se identificaron algunas de las acciones que, a manera de resistencia o reorganización, realizan los profesionales de la salud para poder garantizar el acceso a los servicios de salud para aquellas personas aseguradas por el SP y cuyos diagnósticos no estaban incluidos en el CAUSES, como por ejemplo, la “falsificación de diagnósticos” para que les autoricen determinados exámenes diagnósticos o la gestión para la realización de los mismos de manera particular. Durante las entrevistas posteriores se exploró la forma en la que los profesionales median las tensiones que moldean su quehacer laboral.

Si bien, los testimonios de los entrevistados no son incluidos en los capítulos de los resultados de esta investigación, algunos los testimonios permitieron aclarar algunas de las experiencias referidas por los sujetos de estudio. Se recomienda explorar las particularidades del trabajo en salud, en los niveles de atención a los que pertenecen los entrevistados del piloto, pues suponen elementos tensionantes particulares.

Sujetos de estudio

Se entrevistaron once profesionales en medicina, 8 mujeres y 3 hombres, y una exfuncionaria del nivel de gobierno de la Secretaría de Salud de Oaxaca. En relación con los profesionales de medicina, diez laboran en Centros de Salud de la región de Valles Centrales y una profesional en el Hospital de Especialidades de Oaxaca. Diez de los once participantes son originarios del estado de Oaxaca y son egresados de la UABJO; una profesional es originaria del estado de Zacatecas y egresada de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Selección de los sujetos de estudio

Se realizó un muestreo por conveniencia siguiendo la técnica de bola de nieve. Los trabajadores(as) médicos(as) fueron contactados a través de los directores de los centros de salud de la zona de Valles Centrales de Oaxaca.

Con los trabajadores(as) que expresaron su interés de participar se programaron entrevistas en los días y lugares dispuestos por ellos. Un grupo de entrevistas se realizó en los centros de trabajo y otras durante una asamblea del sindicato de los trabajadores de la Secretaría de Salud de Oaxaca.

Se entrevistó a una exfuncionaria de la Secretaría de Salud, la cual fue contactada a través de los trabajadores. Durante el 2017 y 2018, se realizó una etapa de acercamiento y entre enero y mayo de 2019, se realizaron las entrevistas. En la fase de acercamiento se entró en contacto con el Frente oaxaqueño por la defensa de la salud, un grupo de médicos(as) activistas que se organizaron a partir de los sucesos de violencia ocurridos en 2016 en Nochixtlán. Se entró en contacto con este grupo en febrero de 2017, cuando se participó en el encuentro nacional de la coordinadora por el derecho a la salud y la seguridad social, realizado en la ciudad de Oaxaca. Allí se compartió el interés de contar el apoyo del grupo para realizar el estudio. Durante el 2018 y hasta enero de 2019 se mantuvo el contacto con algunos de los integrantes del grupo, momento en el que se realizaron algunas entrevistas informales con el grupo. Hasta esta fase se contó con la participación del grupo. Las entrevistas individuales que se realizaron después se realizaron a partir de gestión directa con los directores(as) de los centros de salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca.

A todas las personas entrevistadas se les explicó y proporcionó una carta de consentimiento informado. Las cartas precisaron la garantía de los principios bioéticos de investigación como son la 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. (Ver Anexo 2, Carta de consentimiento informado y tarjeta de contacto).

Procesamiento y análisis de datos

Las entrevistas fueron transcritas en el programa Word y codificadas con el programa Atlas ti versión 8. Se realizó una integración de categorías por comparación (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2009), a través de matrices de Excel. En el análisis de los testimonios también se usaron como herramienta mapas analíticos.

Operacionalización

De acuerdo con Luker (Luker, 2008), la operacionalización de categorías de análisis para un investigador social pasa por explorar, entre los sujetos de estudio, lo que piensan qué es la categoría a analizar, cuáles son los mapas mentales que llevan a las personas a pensar de esa forma respecto a la categoría a explorar pero también supone un esfuerzo por parte del investigador por identificar los elementos que componen al concepto según la teoría existente, aun cuando no haya consenso sobre la misma. Este proceso implica además que los elementos del concepto de la categoría a analizar y enunciados por el investigador, pueden no corresponder con los que poseen las personas sujetas de estudio, no obstante, lo importante es el hecho de que el investigador ha pensado detenidamente sobre los elementos que componen el concepto y los ha operacionalizado tan claro como es posible (Luker, 2008).

En el Anexo 3 “Operacionalización de categorías de análisis” se describe el proceso por el cual se procedió a establecer los criterios de trabajo desde el nivel conceptual al empírico. Así, en la operacionalización de la categoría *trabajo decente* se adoptaron los elementos conceptuales según la definición presentada por la Organización Internacional de Trabajo (OIT) en la 87ª conferencia (OIT, 1999). Como menciona Lanari (Lanari, n.d.), desde la formulación de la definición de trabajo decente en 1999, distintos autores y organizaciones han propuesto

indicadores para medir el alcance del trabajo decente como objetivo social en los diferentes países, en el caso de México, la oficina regional de la OIT (Oficina de Países de la OIT para México y Cuba, 2013), ha desarrollado propuestas de indicadores para medirlo, algunos de ellos son retomados aquí.

En relación con la conceptualización de las categorías *trabajo* y *proceso de trabajo en salud*, se retoman algunos de los elementos conceptuales propuestos por Marx, Durand, Arouca y Merhy.

Por otro lado, para recoger las particularidades que supone la atención de la población de los pueblos originarios y con atención a través del SP en el estado de Oaxaca, al explorar las tecnologías blandas que interviene en la atención, se incluyó una pregunta para indagar sobre el modo como se generan los vínculos entre el profesional médico y la persona receptora de atención.

En cuanto al trabajo como *florecimiento humano*, se retoman las reflexiones de Boltvinik (Boltvinik, 2005), quien a su vez recupera los trabajos de Marckus, mismo quien se apoya en los trabajos de Marx. Siguiendo a Boltvinik, el trabajo debe ser fuente de desarrollo de lo que Marx llamaba *las fuerzas esenciales del hombre*, llamándolo florecimiento humano, cuyos elementos constitutivos son el desarrollo de *capacidades* y la satisfacción de *necesidades*. Si bien, hablar de necesidades y de capacidades remite a un campo amplio y con componentes subjetivos, trabajos como los de Nussbaum y Boltvinik intentan darle piso a estos elementos (Dieterlen, 2007). En este trabajo se exploraron las capacidades que los sujetos de estudio consideran desarrollan a través de la actividad laboral que realizan.

8. Resultados

Este capítulo se estructura en dos partes. En la primera se genera una mirada general de la dimensión mayor que sitúa al Seguro Popular en su formulación y concreción en el estado de Oaxaca, nivel macropolítico. Esa perspectiva se crea con la revisión de fuentes documentales. Por lo tanto, ofrece una perspectiva del espacio concreto donde se sitúa la investigación, simultáneamente con mostrar las implicaciones de su gestación y diseño.

La segunda parte, sitúa al SP en el espacio específico en el estado de Oaxaca con fuentes documentales, nivel micropolítico, pero especialmente con los testimonios de los profesionales entrevistados, permite reconstruir elementos generales e implicaciones concretas de los aspectos señalados en el diseño de la investigación.

8.1 Lo macropolítico: formulación, implementación e impacto del Seguro Popular

Para conocer el contexto de la formulación, implementación e impacto del SP en México, se realizó una búsqueda de artículos publicados en años recientes, desde el 2005 a la actualidad en las bases de datos: Pubmed, ScienceDirect, Scielo, Redalyc y Google Académico, encontrando 27 publicaciones con los términos “Seguro Popular”. Siete de las publicaciones abordaron los antecedentes de la formulación e implementación del SP y 20 el impacto. Se consultaron otras publicaciones para ampliar o comprender mejor la información referida en los artículos.

- Antecedentes

Las políticas públicas en salud están condicionadas por la orientación de la política económica de Estado. En el caso de México, las altas y bajas en el crecimiento económico definieron la orientación de la política en salud. Como describen García y Piña, en los años ochenta hubo una disminución en el crecimiento económico, la cual se acompañó de una disminución del gasto en la política social, y se consideró como el agotamiento del gasto público como medida para contener la contracción capital-trabajo. Por el contrario, en el lapso de la década de los años cuarenta a los

setenta, el Estado mexicano se caracterizó por hacer una importante inversión en política social (García Cadena & Piña Lopez, 2012). De un crecimiento económico promedio de 6% entre los años sesenta a setenta, se pasó a un descenso sostenido de cerca de 2%, entre los años 80 y 90. Este descenso obedeció al crecimiento de la deuda externa producto de la crisis económica en Europa (García Cadena & Piña Lopez, 2012). Así, entre los años 40 a los años 70, se consideró al Estado mexicano con características de un Estado benefactor mientras que, al periodo de los años 90, se le denominó como la fase de “modernización” del Estado, por su flexibilización en la política económica y reducción en el gasto social. La reorientación de la política social y económica desde el inicio del declive del crecimiento económico en México, estuvo permeada por las recomendaciones de organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, las cuales aducían una menor intervención del Estado en la respuesta a las necesidades de la población y un mayor rol de regulación en el mercado, lugar donde los individuos debían satisfacer sus necesidades, incluyendo las de salud.

Por otro lado, la forma de adopción de estas recomendaciones en la política de salud, se expresó en las reformas al Sistema de Salud en los gobiernos desde Miguel de la Madrid hasta Vicente Fox, periodos que interesan para el análisis de los antecedentes del SP. A continuación, para comprender el lugar de implementación de las reformas, se mencionan los tres subsistemas que conformaban para la década de los años 80 y hasta el 2019 el Sistema de Salud Mexicano.

A inicio de la década de los años 80, el Sistema de Salud estaba conformado por tres grandes subsistemas de salud (Frenk, González-Pier, & Gómez-Dantés, 2007; Tamez & Eibenschutz, 2008):

1. sistema de seguridad social en salud, que cubría a la población inserta en el sector formal de la economía, cuyas instituciones de salud pilares son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fundado en 1943, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE),

- fundado en 1959, y los regímenes especiales de seguridad social para la Secretaría de Defensa, Petróleos Mexicanos y Secretaría de Marina;
2. servicios de salud para la población sin capacidad de pago, ubicada en la informalidad de la economía cuya prestación recae sobre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA);
 3. servicios de salud privados usados por quienes puedan pagarlos, por quienes no confían en la calidad o no encuentran solución a sus necesidades de atención en salud en los demás subsistemas.

Continuando con las reformas de salud en la década previa a la implementación del SP, como mencionan Homedes y Ugalde, durante el gobierno de Miguel de la Madrid (sexenio de 1982 a 1988) iniciaron los esfuerzos por descentralizar los servicios de salud en México (Homedes Beguer & Ugalde, 2008), y el fin último del proceso de descentralización estuvo motivado por transferir la responsabilidad del financiamiento y prestación de los servicios de salud a los estados, este proceso no tuvo resultados salvo en 14 estados que lograron concentrar recursos locales para financiar la prestación de servicios (Nigenda, 2005), mientras que los demás continuaron dependiendo de los recursos federales y, además, los programas de salud formulados desde el nivel central no otorgaron margen para ser adaptados en los contextos locales, debían implementarse según lo definía la Secretaría de Salud Federal. Un evento significativo en este periodo, fue la modificación del artículo 4 de la Constitución Política en 1983, con la que se reconoció el derecho a la protección de la salud (Contreras-Landgrave & Tetelboin-Henrion, 2009).

Por otro lado, en el sexenio de Carlos Salinas (1988 a 1994) se amplía la participación del sector privado en el esquema de la seguridad social, al eliminar la exclusividad del IMSS en el manejo de los fondos de pensión, abriendo la participación a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y aseguradoras (Tamez & Eibenschutz, 2008).

En relación con la administración de Ernesto Zedillo (1994 a 2000) se reforma la Ley del IMSS y se implementa una segunda fase de descentralización de los servicios de salud, bajo el programa de Nuevo Federalismo (Homedes Beguer & Ugalde, 2008), el cual pretendía darle margen de participación a otros partidos políticos como forma de responder a la crisis económica, lo que significó para los estados una mayor independencia en la administración de los recursos transferidos desde el nivel federal. Un evento particular de este periodo es que en 1994 iniciaron los programas de subsidio en dinero para promover la utilización de servicios. El programa PROGRESA que inició en 1994, bajo la coordinación de la Secretaría de Desarrollo Social, entregó subsidios a las familias de menos recursos, a cambio de la utilización de servicios de salud prestados por la Secretaría de Salud Federal (Nigenda, 2005).

- La formulación del Seguro Popular

Como mencionan Homedes y Ugalde, el presidente Zedillo prometió participación a otros partidos políticos, no tanto con el interés de democratizar la política, sino de evitar el desprestigio que enfrentaría su partido al hacer frente a la crisis económica (Homedes Beguer & Ugalde, 2008). Así, en el año 2000 finaliza el periodo de gobierno del Partido Revolucionario Institucional (PRI), que gobernó durante 70 años consecutivos en México y llega a la presidencia Vicente Fox Quesada, como parte del Partido Acción Nacional (PAN).

El secretario de salud del gobierno Fox, fue el principal ideólogo y promotor de la reforma a la Ley General de Salud de 2003, Julio Frenk. La reforma entró en vigencia en el 2004 y con ella se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo es el SP. A nivel de los estados el SPSS estuvo representado por los Regímenes de Protección Social en Salud (REPSS). El SP se presentó como un plan de servicios de salud destinado a la población sin seguro médico, sin capacidad de pago y no cubierta por las demás instituciones pilares del Sistema de Salud Mexicano.

La reforma se sustentó en la necesidad de brindar protección financiera a las familias que corrían el riesgo de precarizar más su condición socioeconómica por el llamado gasto de bolsillo en salud y gastos catastróficos, se estimó que 52% del gasto total en México provenía de recursos de las familias (Nigenda, 2005). Según su ideólogo, la principal debilidad del Sistema de Salud Mexicano, era no ofrecer protección financiera en salud a casi el 50% de la población mexicana, que para el año 2000 no contaba con ningún tipo de seguro médico (Frenk et al., 2007), argumentando además que, previo al SP, la población cubierta por la Secretaría de Salud y los SESA, pagaban las llamadas cuotas de recuperación, en realidad copagos ajustados al nivel de ingreso al momento de recibir el servicio, había escasez de medicamentos y tanto las fuentes de financiamiento como las atenciones estaban mal definidas (Frenk et al., 2007). Situaciones que tampoco se resolvieron con la implementación de la reforma.

Dando continuidad a la política de descentralización de los servicios de salud, la reforma la Ley General de Salud de 2003, tuvo entre sus objetivos avanzar en la separación de las funciones del Sistema de Salud en lo que respecta a financiamiento, rectoría y prestación de servicios. El financiamiento de los servicios personales de salud del SP se definió a través de tres fuentes: federal (llamada contribución social y financiada por impuestos generales), un contribuyente responsable (aporte de los estados y de la federación) y las cuotas de recuperación de las familias aseguradas según el nivel de ingresos de la población (Frenk et al., 2007). La Secretaría de Salud Federal realizaba la transferencia de aportes a los estados con base en el número de afiliados en cada estado, como un pago anticipado.

Por otro lado, la prestación de los servicios de salud y la afiliación de las familias, quedó a cargo de los estados. La prestación de servicios tuvo como lugar, principalmente, los SESA, aunque la reforma abrió la opción de contratar la prestación de servicios con instituciones privadas, si fuera el caso.

Como se mencionó, la principal justificación para la implementación del SP fue ofrecer protección financiera en salud a la población más pobre, pero no así, garantizar el derecho a la protección de la salud, además. La implicación de mayor severidad a los derechos en salud de la población asegurada por el SP es la notable disminución en los diagnósticos e intervenciones reconocidos para el SP, en contraste con los de las personas aseguradas por las demás instituciones del Sistema de Salud. Además, no tienen prestaciones sociales para afrontar contingencias y eventos como discapacidad, muerte, vejez, embarazo, entre otros.

El paquete de intervenciones de primero y segundo nivel de complejidad, incluidos en el SP, fueron contemplados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) (Flamand & Moreno Jaimes, 2016) y un paquete de intervenciones de tercer nivel, de alto costo, financiadas con recursos del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos (FPGC) (Frenk et al., 2007). El paquete de intervenciones incluido en el CAUSES, al inicio de la implementación de SP era de 78 y para 2018 llegó a 294.

- Implementación

Como indica Nigenda, durante el 2001, año inicial de implementación del SP, se desarrolló el piloto en 14 estados, y se iniciaron las negociaciones entre el nivel federal y estatal para que los estados se acogieran a la reforma y se realizaron encuestas para estimar la disposición de las familias a afiliarse, siempre y cuando tuvieran acceso suficiente a medicamentos (Nigenda, 2005). En esta fase se evidenció la dificultad de algunos estados para prestar los servicios, si bien, se inició la aportación de recursos de la federación, hubo demoras en la transferencia, situación que también fue documentada para el piloto realizado en el Estado de México, en el estudio de Contreras y Tetelboin (Contreras-Landgrave & Tetelboin-Henrion, 2009). En el año 2003, previo a la entrada en operación, se realizaron ajustes a la iniciativa de reforma. Se exentó del pago de la prima anual, que debían

pagar las familias al momento de afiliarse, pertenecientes a los deciles¹¹ I y II y se creó el FGCS.

En relación con los cambios al SP durante del sexenio de Felipe Calderón, de 2006 a 2012, además de la progresiva afiliación y la limitada ampliación del paquete de intervenciones, se destaca la creación del “Seguro Médico para una Nueva Generación”, creado para brindar cobertura a población menor de 5 años, cuya prestación de servicios se garantizaba con los convenios entre los gobiernos estatales y las instituciones de seguridad social (Leal-Fernández, 2013). No obstante, la encuesta realizada por el INEGI en el 2009, que tuvo como objetivo evaluar el impacto de este seguro, evidenció que entre el 90 y 97% de las atenciones de los niños(as) asegurados a ese esquema, fueron en los SESA y en el IMSS-Oportunidades (INEGI, 2009).

- Impacto del Seguro Popular

En la búsqueda de publicaciones se encontraron 25 registros recientes alusivos al desempeño e impacto del SP. A continuación, se presentan los principales temas de evaluación.

- a) Disponibilidad de medicamentos

Una a investigación tuvo como objetivo medir el porcentaje de recetas surtidas completas en unidades de servicios ambulatorios y hospitales de los SESA y la satisfacción de los sujetos de atención (Garrido-Latorre, Hernández-Llamas, & Gómez-Dantés, 2008), usando como fuentes la Medición Externa de Abasto de Medicamentos (MEAM) de 2005 y 2006. El porcentaje de recetas de medicamentos surtidas completas, estuvo en más del 90% en unidades de atención ambulatoria en los SESA, pero solo 44% en el caso de los hospitales. En el caso particular del estado de Oaxaca, la MEAM ubicó al estado con un nivel de desempeño intermedio. Según la evaluación del 2006, se estimó que 81.0% de las recetas entregadas a personas afiliadas al SP, estuvieron completas. El estudio no especificó la

¹¹ El INEGI divide a la población en deciles para estimar el nivel de ingreso promedio mensual de las familias. Los deciles I y II representan el nivel más bajo de ingresos; para el 2018, correspondían a 3 mil y 5 mil pesos respectivamente.

proporción para los hospitales en el caso particular de Oaxaca. Otro estudio realizado en el segundo semestre del 2008 (López-Moreno, Martínez-Ojeda, López-Arellano, Jarillo-Soto, & Castro-Albarrán, 2011), exploró la organización del abasto de medicamentos en los SESA en 13 entidades federativas, encontró que el porcentaje de recetas surtidas completas a pacientes ambulatorios en el estado de Oaxaca fue de 50%. Otro estudio comparó el acceso a medicamentos en los servicios de salud ambulatorios (públicos o privados), entre la población afiliada al SP y aquella sin seguro médico, a partir de los datos de ENSANUT 2012 (Servan-Mori, Heredia-Pi, Monta, Avila-Burgos, & Wirtz, 2015). Los autores concluyen que una proporción mayor de población afiliada al SP no accede a los medicamentos (17%), comparada con los no afiliados al SP (10%), resalta que 35.4% de la población afiliada al SP debe obtener los medicamentos por fuera de los SESA, y además, que los pacientes con padecimientos crónicos y a quienes se les prescriben más de tres medicamentos, tienen mayor probabilidad de no obtener los medicamentos completos.

b) Utilización de los servicios de salud

Un estudio con el objetivo de estimar el impacto del SP en la utilización de los servicios de consulta externa y hospitalización y el impacto en los hogares en relación con gasto en salud (GS) y gasto catastrófico en salud (GCS) (Arenas, Parker, Rubalca, & Teruel, 2015), con base en las Encuestas Nacionales sobre Niveles de Vida de los Hogares, de 2002 y 2005. Concluyen que el SP tuvo un impacto positivo en la utilización de los servicios de consulta externa de los SESA, pero no así en los servicios de hospitalización. En cuanto a la reducción de gasto en salud, estimaron que el SP no tuvo un efecto significativo en la reducción del GS, ni el GCS.

Por otro lado, en cuanto a la utilización de los servicios de salud preventivos de los SESA, en un estudio se trató de estimar el impacto del SP en la utilización de servicios de salud de prevención entre población adulta, en el rango de edad entre los 50 a 75 años y de bajos ingresos, a partir de los resultados de ENSANUT 2000,

2006 y 2012 (Rivera-Hernández, Rahman, & Galárraga, 2019). Se valoró que el SP no tuvo impacto en incentivar una mayor utilización de los servicios de salud preventivos en este grupo de población.

Respecto de la utilización de servicios de salud, un trabajo estimó el impacto del SP en la utilización, realización de pruebas de tamizaje y tratamiento de servicios de salud, en áreas rurales y urbanas, a partir del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, que consideró a personas de 50 años y más, entre 2001 a 2012 (Parker, Saenz, & Wong, 2019). Los autores concluyen que el SP tuvo un impacto positivo en la utilización y en la realización de pruebas de tamizaje, pero menores efectos en la probabilidad de recibir tratamiento para enfermedades crónicas, principalmente en las áreas rurales con menor cantidad de servicios de salud.

c) Protección financiera

La protección financiera es el principal objetivo del SP, por lo tanto, era de esperar que la mayoría de los estudios revisados evaluaran este efecto del SP, y no el impacto en los indicadores de salud de la población beneficiaria.

Un estudio estimó la reducción en el GS y GCS, en personas beneficiarias del SP, a partir de la Evaluación del SP de 2004 y la ENSANUT 2006 (Galárraga, Sosa-Rubí, Salinas-Rodríguez, & Sesma-Vázquez, 2010) . Los autores concluyen que, si bien, hay limitaciones en el estudio pues la estimación de los datos está condicionado a la utilización de los servicios y no se consideraron los casos en los se pospone la búsqueda de atención por falta de recursos, concluyen que el SP redujo en un 53% los GCS y redujo los gastos en servicios ambulatorios y medicamentos.

En relación con la proporción del gasto de bolsillo en medicamentos, una investigación estimó el porcentaje del gasto en medicamentos en la población afiliada al SP, a partir de la Encuesta de Ingreso y Gastos de los Hogares Mexicanos

de 2008 (Wirtz, Santa-Ana-Tellez, Servan-Mori, & Avila-Burgos, 2012). Ese gasto correspondió a 72%, además, no se encontró una diferencia significativa entre el porcentaje de gasto en medicamentos de la población asegurada al SP al compararlo con el de la población no asegurada. Entre los motivos, señalados por los autores, para que a pesar de estar aseguradas por el SP, el gasto de las familias en medicamentos es alto, mencionan la falta de disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud y a que los medicamentos incluidos en el CAUSES no corresponden con las necesidades terapéuticas de la población (Wirtz et al., 2012). Eso coincide con las conclusiones de otra investigación, donde se menciona que en su carácter de política financiera, el SP tuvo como objetivo reducir el gasto en salud y el gasto catastrófico en salud, pero solo ha tenido un impacto significativo en la reducción de gasto catastrófico (Nigenda, González-Robledo, Juárez-Ramírez, & Adam, 2016).

Otra investigación, estimó el impacto del SP en el gasto de bolsillo en salud (GBS) y gasto catastrófico en salud (GCS), en los servicios ambulatorios y de hospitalización, con base en los datos de la Encuesta de evaluación del SP 2006-2008, realizada en dos cohortes, una rural y otra urbana (Sosa-Rubí, Salinas-Rodríguez, & Galárraga, 2011), se concluye para la cohorte de hogares urbana, que el SP tuvo impacto reduciendo la probabilidad de GBS y GCS en los servicios ambulatorios y de hospitalización, mientras que en la corte rural solo disminuyó la probabilidad de GBS en los servicios ambulatorios. Otra investigación, que estimó el impacto del SP en la reducción del GBS, a partir de datos del INEGI y de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) de 2010, menciona que al discriminar por grupos de población el SP tuvo un impacto en la reducción de GS en hogares que tienen adultos mayores entre sus integrantes y en hogares de áreas urbanas. El estudio sugiere que el SP tiene un menor impacto en hogares de áreas rurales y en ciudades pequeñas (García-Díaz, Sosa-Rubí, Serván Mori, & Nigenda, 2018).

Otra investigación tuvo como objetivo estimar la reducción en la probabilidad del gasto en salud (GS) y gasto excesivo en salud (GES), igual o mayor al 30% del total de ingresos del hogar), entre población asegurada por el SP en un plazo de 10 años, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT) 2012 (Ávila-Burgos, Serván-Mori, Wirtz, Sosa-Rubí, & Salinas-Rodríguez, 2013). Se concluye que la reducción de la probabilidad del GS fue de 3.6% y de 36% para el GES.

Por último, un estudio que estimó el impacto del SP en el GBS, GES y GCS, a partir de las ENIGH de 2004 a 2012, concluyó que el SP tuvo un impacto en reducir la probabilidad de incurrir en GES, pero no así en los GBS, ni el GCS (Knaul, Arreola-Ornelas, Wong, Lugo-Palacios, & Méndez-Carniado, 2018).

d) Disponibilidad de recursos

En relación con la disponibilidad recursos, algunos de los estudios exploraron la disponibilidad de recursos financieros, insumos e infraestructura.

En un trabajo publicado en 2013 se mencionan las fallas en el diseño del SP (Leal-Fernández, 2013), y destaca la inhabilitación en 2007 del titular de la CNSPSS, Juan Antonio Fernández Ortiz, por la asignación de recursos para “credenciales” a beneficiarios del SP que no sirvieron. Además, documenta los conflictos en el Estado de Guerrero entre 2005 y 2006, donde los trabajadores solicitaron que la federación se hiciera cargo de los servicios de salud, pues no se habían hecho los arreglos prometidos en la infraestructura y faltaban recursos en centros y hospitales y, además, el secretario de salud del Estado no había cumplido con el acuerdo con el sindicato para la asignación de 60 plazas de base disponibles por la jubilación de trabajadores. Leal cita testimonios de pobladores y trabajadores de la salud de Guerrero, quienes denuncian falta de personal de salud, especialistas y medicamentos en centros de salud y hospitales, así como irregularidades en la administración de recursos e incumplimiento de las mejoras hechas por el presidente Fox. En la descripción del mal estado de los hospitales, destaca el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, Chilapa, Tixtla y Zapotitlán, donde

hacían falta recursos, hecho contrastante con el festejo cuando se realizaron sus inauguraciones.

Por otro lado, un estudio realizado para analizar los presupuestos asignados a los programas de salud pública en Chiapas, implementados en el marco de la operación del SP y que incluían la perspectiva de género y la salud sexual reproductiva, entre 2007 y 2009 (Morales Domínguez, Sánchez Ramírez, & Kauffer Michel, 2011), las autoras concluyeron que en algunos de estos programas hubo reducción del presupuesto, la perspectiva de género apareció como algo transversal a todos los programas y se identificó una atribución a las mujeres de las funciones del cuidado de la salud, y dan cuenta que la titularidad del grupo familiar afiliado al SP recayó en mayor proporción en las mujeres (81.7% para el 2008).

El estudio de Knaul et al. (2013) reseña el efecto de SP en términos de distribución de recursos financieros, mercado laboral, afiliación y servicios cubiertos, infraestructura, cobertura efectiva, trato adecuado y protección financiera, a partir de fuentes secundarias. En general, los autores estiman que el SP ha tenido resultados positivos. Entre los avances destacan: a) en financiamiento se aumentó el gasto público en salud, los estados aumentaron la asignación a gastos en salud, se disminuyó la diferencia de asignación de recursos federales entre estados; b) en relación al mercado laboral concluyen que no se desincentivó el pago de impuestos o se aumentó la evasión de la vinculación a la seguridad social pues la evidencia de tal efecto es mínima; c) en afiliación y recursos cubiertos, mencionan el aumento progresivo de las intervenciones y la afiliación progresiva al SP; d) en términos de infraestructura mencionan la construcción entre 2001 a 2011 de 15 hospitales de alta especialidad, 200 hospitales y 2000 clínicas ambulatorias; e) en relación con la utilización de servicios, menciona que los afiliados al SP tienen mayor probabilidad de hacer uso de los servicios; f) en cuanto a la cobertura efectiva destacan la mayor cobertura en los servicios de salud materno perinatal; g) en relación con el trato adecuado, reportan que los usuarios(as) de los servicios lo valoran como adecuado; y por último, en protección financiera, sobresale la reducción de la proporción de

hogares en riesgo de incurrir en GES, seguida de los GCS, en el periodo de 1992 a 2010, no obstante, destacan que esto ocurre más en las áreas urbanas que en las rurales.

Uno de los estudios revisados analizó el financiamiento, afiliación y prestación de servicios de SP entre 2011 a 2015, a partir de fuentes secundarias (Flamand & Moreno Jaimes, 2016). En cuanto al financiamiento los autores citan las observaciones de la Auditoría Superior de la Federación de 2012 y 2016 sobre la operación del SP; la falta de oportunidad en las transferencias desde la federación a los Estados e irregularidades en el manejo de recursos; en relación con la afiliación, mencionan los resultados del trabajo de campo que realizaron en los módulos de afiliación y orientación en algunas entidades, como son las diferencias en recursos técnicos; algunos Estados cuentan con recursos digitales para hacer la captura de los datos de afiliación mientras que otros los realizan a mano (Aguascalientes, Morelos y Veracruz). Por último, en relación con la prestación de servicios, los autores mencionan las diferencias de recursos, así como las brechas entre indicadores de salud entre estados.

En relación con la disponibilidad de insumos, un estudio exploró las condiciones de atención en centros de primer nivel de 30 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) o HTA, asegurados por el SP entre 2012 y 2013, en tres localidades de Tabasco (Montero, 2014). El estudio concluye que se identificaron contradicciones entre lo que se hace y lo que dice la norma sobre el control de los pacientes con DM e HTA en el primer nivel de atención, como es la remisión anual a especialista, la valoración por oftalmología según necesidad, control metabólico y entrega de medicamentos. Algunos de los pacientes entrevistados con diagnóstico de DM refirieron que durante las citas de control no les entregan los medicamentos por lo que deben comprarlos y que en los controles solo les realizan toma de glicemia capilar.

Por último, otro estudio buscó describir y analizar el funcionamiento del SP en Chiapas, en lo referente al “Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal”, entre 2014 a 2016 (Carrasco-Gómez & Argüello-Avendaño, 2017). Allí se documentó la falta de transparencia en la ejecución de los recursos transferidos al estado para la implementación del SP, atribuida a las dificultades que tuvieron para acceder a la información sobre presupuesto y a pesar de que, como mencionan las autoras, en el 2014 se reformó el SPSS, asignado mayor responsabilidad a los estados por la designación de los REPSS en la fiscalización de la ejecución de los recursos. En el caso particular, de la forma de operación del SP en Chiapas, las investigadoras mencionan las dificultades en la prestación de los servicios del SP por la falta de medicamentos e insumos, situación que derivó en las protestas de los trabajadores(as) durante el 2016.

e) Impacto en las condiciones de salud

Algunos estudios exploran el impacto en el resultado en salud bajo las intervenciones cubiertas por el SP, según las investigaciones revisadas el SP tuvo un impacto positivo en el GCS, de allí que haya interés en documentar el efecto en los padecimientos de alto costo que cubre el FGCS.

Un estudio de cohorte retrospectivo analiza la tasa de sobrevivencia de mujeres con cáncer de mama aseguradas por el SP. Participaron 4 300 mujeres que recibieron tratamiento en Instituto Nacional de Cancerología entre 2007 a 2013 (Reynoso-Noverón et al., 2017). La tasa de supervivencia de toda la cohorte se estimó en 82%, mientras en mujeres con estadios metastásicos fue de 36%, en mujeres con diagnóstico inicial de cáncer en estadio local avanzado fue del 97% y en el caso de estadios tempranos fue de 97%. Los autores concluyen que las tasas de sobrevivencia son similares a las mundiales y destacan la inclusión del diagnóstico del tratamiento y cáncer de mama en las intervenciones contempladas en el Fondo para Gastos Catastróficos.

Otro estudio estimó la sobrevida global en pacientes con diagnóstico y tratamiento de Leucemia en el Hospital de Especialidades Pediátricas en Chiapas, entre 2008 y 2012 (Lepe-Zúñiga, Méndez-Cigarroa, Jerónimo-López, & Hernández-Orantes, 2018). Se estudiaron 201 pacientes asegurados por el SP en quienes se estimó la sobrevida global a los 5 años en 42%, la cual se considera desfavorable al compararla con los datos mundiales. Uno de los factores que consideraron influye en ese resultado es el abandono del tratamiento, por lo cual sugieren una relación con barreras de acceso de tipo geográfico, económico y de aceptabilidad a los servicios de salud.

Por último, se menciona un estudio que no se encontró mediante búsqueda sistemática, pero resalta por su enfoque desde la determinación social para analizar las limitaciones del SP para el ejercicio del derecho a la salud. El estudio contextualiza la reforma al sistema de salud de 2003 en el marco de las reformas neoliberales en México y compara las restricciones del paquete de servicios médicos del SP, con los mayores beneficios que ofrece el IMSS, por ejemplo, contrasta los 14,900 diagnósticos que cubre el IMSS contra los 1,356 diagnósticos que cubren el CAUSES, el FPGC y el Seguro Médico Siglo XXI, con corte a 2015 (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017). Los autores precisan que las brechas entre los regímenes de protección en salud en México no solo distan en términos de acceso a servicios de salud, sino también términos de derechos, ya que la salud requiere la protección de otros derechos como la alimentación, la educación, etc., y el Estado debe actuar garantizando la protección de los mismos, en lugar de transferir a las familias los costos para acceder a ellos (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017).

f) Trabajo de profesionales prestadores de servicios al Seguro Popular

En relación con las publicaciones que evaluaron el desempeño del SP en cuanto a las condiciones de trabajo del personal de salud, se encontró una investigación que exploró el riesgo psicosocial (Acosta et al., 2013), los hallazgos entre los trabajadores son sentimientos de estrés, desgaste emocional y falta de motivación.

Consideraciones de la formulación, implementación y evaluación de impacto del Seguro Popular

Con relación a las fases del ciclo de la política del SP, sin tener una revisión exhaustiva, si hay referentes para permitir la identificación de tendencias temáticas, metodológicas y de resultados, para formular algunas consideraciones iniciales:

- En coincidencia con varios investigadores(as), la política del SP no tuvo como principal objetivo garantizar la protección a la salud, derecho reconocido en la Constitución, sino brindar protección financiera en salud, de allí que las investigaciones de evaluación se concentren en estimar el impacto en GBS, GES y GCS.
- Parte de la evidencia global sobre los efectos del SP en los GBS, GES y GCS, presenta limitaciones ya que se genera a partir de encuestas, lo que no permite estimar relaciones de causa-efecto. En varios de los estudios en los que se usaron encuestas nacionales, se usaron pruebas estadísticas para estimar la reducción en la probabilidad del gasto en salud, estimado un efecto del SP en el GCS.
- Los estudios más locales, que involucraron grupos de población más pequeños, permitieron identificar variabilidad de los efectos del SP según procedencia, rural o urbano, por tipo de servicios, ambulatorios y de hospitalización, y documentar particularidades de la operación del SP en comunidades de algunos estados.
- En el caso de los estudios de cohorte revisados, que evalúan el efecto del SP en el resultado en Salud, los padecimientos estudiados fueron enfermedades de alto costo, como cáncer de mama y leucemia en población pediátrica. Estos estudios apuntan a soportar las evaluaciones del SP para estimar su impacto en los GCS. Mientras un estudio estimó que las tasas de sobrevivencia a cinco años para cáncer de mama en mujeres aseguradas por el SP y atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología fueron adecuadas, otro trabajo refiere la tasa desfavorable de sobrevivencia a cinco años para

leucemia en población pediátrica beneficiaria del SP atendidos en un Hospital Pediátrico de Chiapas. Esto supone la estimación de una reducción global en el GCS, sin embargo el resultado en salud de los padecimientos cubiertos por el FGCS muestra también resultados diversos según el contexto de operación del SP.

- En relación con estudios de las repercusiones del SP en el proceso de trabajo de los profesionales de la salud hay clara escases. La evaluación de desempeño del SP aborda el aspecto del desempeño de los trabajadores(as) de la salud en términos de calidad de la atención ofrecida a los beneficiarios, se incluye “Trato adecuado” pero no considera otras dimensiones del trabajo en salud.

8.2 Lo micropolítico

Uno de los aportes de la Salud Colectiva al pensamiento en salud es su enfoque sociohistórico. Conocer los procesos y cambios sociales en el territorio del estado de Oaxaca, darían luces para comprender mejor las particulares del trabajo en salud de los profesionales en el marco de operación del SP, no obstante, en este apartado solo se presentan algunos datos históricos, características del territorio, geográficas, económicas y culturas, así como los principales indicadores de salud, a fin de comprender la operación del SP y su relación con el contexto cultural.

8.2.1 El lugar de la investigación

La fundación de Oaxaca de Juárez.

Oaxaca deriva de la palabra en náhuatl “Huaxyaca”, que significa “en la raíz de los guajes¹²”. La capital del estado de Oaxaca, Oaxaca de Juárez, fue fundada en 1486 por orden del emperador Azteca, Ahuitzotl, pero en el periodo colonial, debido a conflictos entre colonizadores españoles, fue renombrada como Tepeaca, luego

¹² El guaje es una planta arbórea perteneciente a la familia de las leguminosas. Se usa como abono y forraje (alimento para el ganado).

Antequera, y en 1532 fue refundada por el Emperador Carlos V como Guajaca. El 1872, fue renombrada como Oaxaca de Juárez, en honor a Benito Juárez, expresidente de México, quien nació en San Pablo Guelatao, Oaxaca (CONEVAL-SEDESOL, 2016).

Algunos de los eventos icónicos de la historia de Oaxaca, en el periodo prehispánico, son los mencionados por Ángeles Romero, y citada por Sigüenza, en la reseña del texto “Historia breve de Oaxaca”, donde se menciona el importante “desarrollo arquitectónico, en escrituras, relaciones diplomáticas y guerras”, de comunidades Zapotecas en la región antes Monte del Jaguar, hoy llamada Monte Albán por los españoles, en la región de Valles Centrales; el surgimiento de otros centros de desarrollo de la región Mixteca como Culiapan, Etlá, Mitla, entre otros; y el control de la región por las comunidades mexicas desde 1400 hasta la llegada de los españoles (Ordóñez, 2000; Sigüenza, 2013).

Por otro lado, a la llegada de los españoles, el territorio estaba conformado por diversos estados indígenas que, con el asentamiento económico y político de los colonizadores, dio lugar al aislamiento de pueblos indígenas, a ruptura de lazos étnicos entre algunos y a la consolidación de otros, debido a las nuevas divisiones establecidas (Ordóñez, 2000). Entre la figura española de la división del territorio se encuentran, la “encomienda”, siglo XVI, “corregimiento” siglo XVII y por último la “intendencia”, desde el siglo XVIII hasta el XIX, esta delimitación en intendencia definió también los límites geográficos del actual estado y confirió mayor autonomía local frente a España (Ordóñez, 2000).

Otros de los cambios de la colonización fue la influencia de los frailes y su apropiación de la tierra, lo que produjo sincretismo religioso y conflictos con las comunidades indígenas para recuperar la tierra (Sigüenza, 2013). En 1813 el territorio fue alcanzado por las fuerzas independentistas de Morelos.

En el periodo posindependencia, se destacan los procesos de las Guerras de Reforma y el porfiriato. En el primero destacan las Leyes de Reforma destinadas a separar los poderes del Estado y la Iglesia y cuya definición dio lugar a la guerra entre conservadores y liberales, fracción en la que se destaca Benito Juárez, primero gobernador de Oaxaca y luego presidente de México. Bajo su gobierno se aprobaron las leyes de nacionalización de los bienes de la iglesia, de registro civil, decreto de suspensión de festividades religiosas¹³ (Berry, 1989). Si bien, durante su periodo como gobernador, Juárez pareció aliado de la causa indígena, como indica Berry, pero siendo presidente estuvo más interesado en favorecer a clases medias y mestizas (Berry, 1989). Al respecto precisa Gilly, que las leyes liberales de reforma, no solo expropiaron a la iglesia sino también a las comunidades indígenas (Gilly, 1977), dando continuidad a la fragmentación de la propiedad comunal de la tierra, desde el periodo colonial, a través de la entrega de pequeñas porciones de tierra a cada indígena.

Durante el periodo de Porfirio Díaz, las tierras entregadas a indígenas fueron compradas a bajo precio por latifundistas, lo que profundizó la concentración de la tierra, y además, generó indígenas sin propiedad, sujetos a incorporarse como trabajadores al latifundio (Gilly, 1977). Los conflictos acarreados por el despojo fueron aplacados militarmente por Porfirio Díaz.

Como indica Sánchez, en su trabajo sobre la construcción del estado en Oaxaca en el periodo revolucionario, los proyectos liberales ocasionaron que a inicios del siglo XX, un grupo de pueblos indígenas conservaban tierras comunales, otros tenían porciones de tierra con dificultades para el auto sostenimiento, mientras que otros eran trabajadores agrícolas de haciendas, sin ninguna posesión (Sánchez López, 2019).

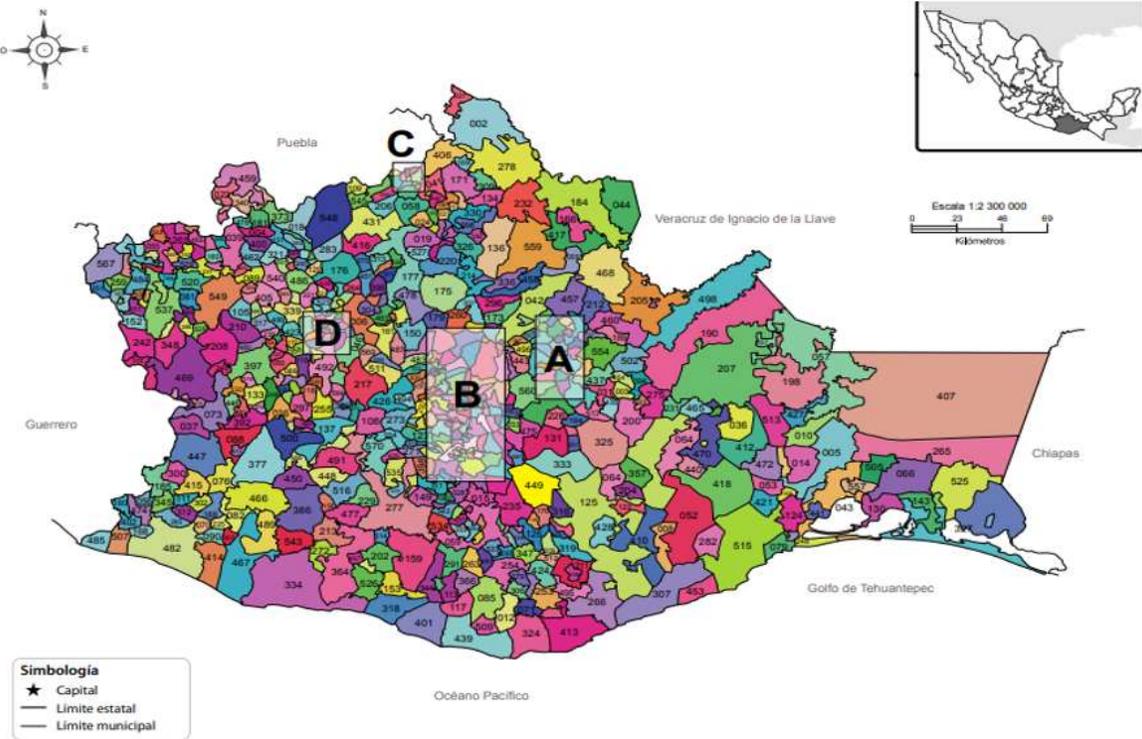
¹³ El objetivo de eliminar los días festivos fue disminuir la influencia de la iglesia, ya que varias de estas festividades están asociadas a celebraciones religiosas. Colombia es uno de los países con mayor cantidad de días festivos en Latinoamérica, mientras que México es de los que menos tiene. Relacionando esto con las condiciones de trabajo y teniendo en cuenta que México es uno de los países con mayor número de horas de trabajo a la semana, los días de descanso para ciertos grupos de trabajadores, no fueron favorecidos ni por intervención de la divina providencia, o al menos disminuida, por las leyes de reforma.

Durante la primera mitad del siglo XX, el estado se caracterizó por mayor crecimiento económico y poblacional, la revolución de 1910, zanjó en parte las desigualdades de los periodos previos, no obstante, desde los años sesenta, producto de la crisis económica, en el caso de Oaxaca, este pasó a ser centro de movimientos sociales, de luchas agrarias y laborales (Sigüenza Orozco, 2013).

Diversidad geográfica y cultural del estado

El estado de Oaxaca es el quinto estado más grande de la república. Colinda al norte con Puebla, al nororiente con Veracruz, al occidente con Guerrero, al oriente con Chiapas y al sur con el océano pacífico (Ordóñez, 2000). Actualmente cuenta con 570 municipios, siendo la entidad federativa con mayor cantidad de municipios del país.

Imagen 1 División municipal del Estado de Oaxaca



Fuente: Tomada de *Cuéntame INEGI*.(INEGI, 2018)

Como se ha mencionado, desde la época prehispánica se reconoce una diversidad de la división territorial de estado de Oaxaca, profundizada en el periodo colonial (Ordóñez, 2000). Desde la diversidad étnica y folclórica, el territorio del estado se divide en ocho regiones: Mixteca, Cañada, Papaloapan, Valles Centrales, Sierra Norte, Sierra Sur, Istmo y Costa (Ordóñez, 2000).

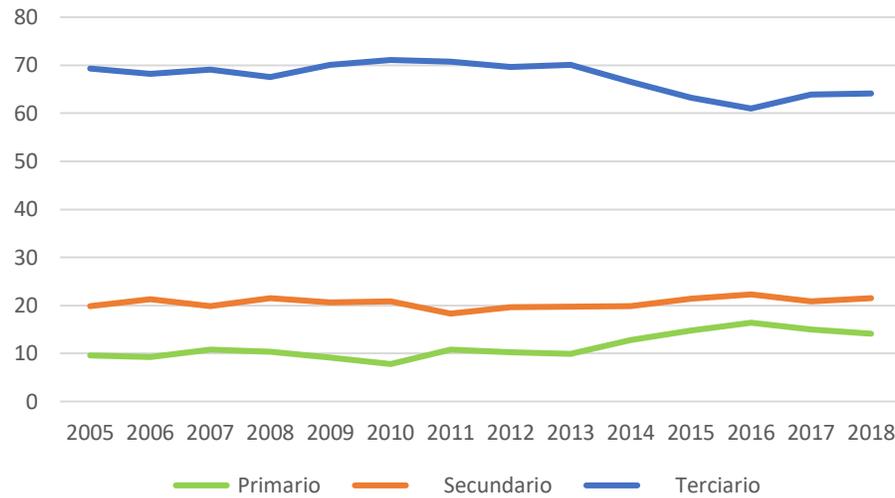
En cuanto a las características orográficas del estado, en este confluyen las Sierra Madre Oriental y Sierra Madre Occidental, formado un macizo, y la Sierra Madre Sur. Las características del territorio generan barreras de acceso a las comunidades rurales y apartadas.

Por otro lado, como indica Celaya, en Oaxaca se identifican 4 mil comunidades indígenas que hablan 16 idiomas (Celaya Nández, 2016). Oaxaca es el estado con la mayor proporción de población indígena del país, 32,2%.

Indicadores económicos

Según datos de en la Encuesta Nacional de Empleo y Ocupación (ENOE), para el año 2018, con corte al cuarto trimestre, la mayor proporción de la población ocupada de 15 años o más del estado, se ubicaba en el sector terciario (servicios, comercial, etc.), 64.1%, seguido del sector secundario (industria, construcción) 21,5%, y por último, en el sector primario (agricultura, ganadería, minería), 14.1%. Tendencia que se ha mantenido en los últimos años.

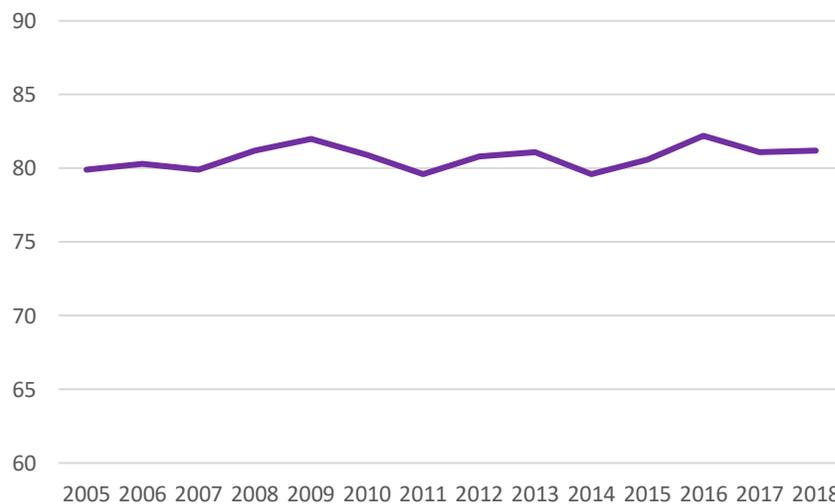
Gráfica 1 Tasa de ocupación por sector productivo, Oaxaca, cuarto trimestre, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENOE, 2019 (INEGI, 2020a)

Por otro lado, la tasa de informalidad para el 2018, con corte al cuarto trimestre, fue del 81.2%, valor que no ha tenido cambios sustanciales en los últimos años.

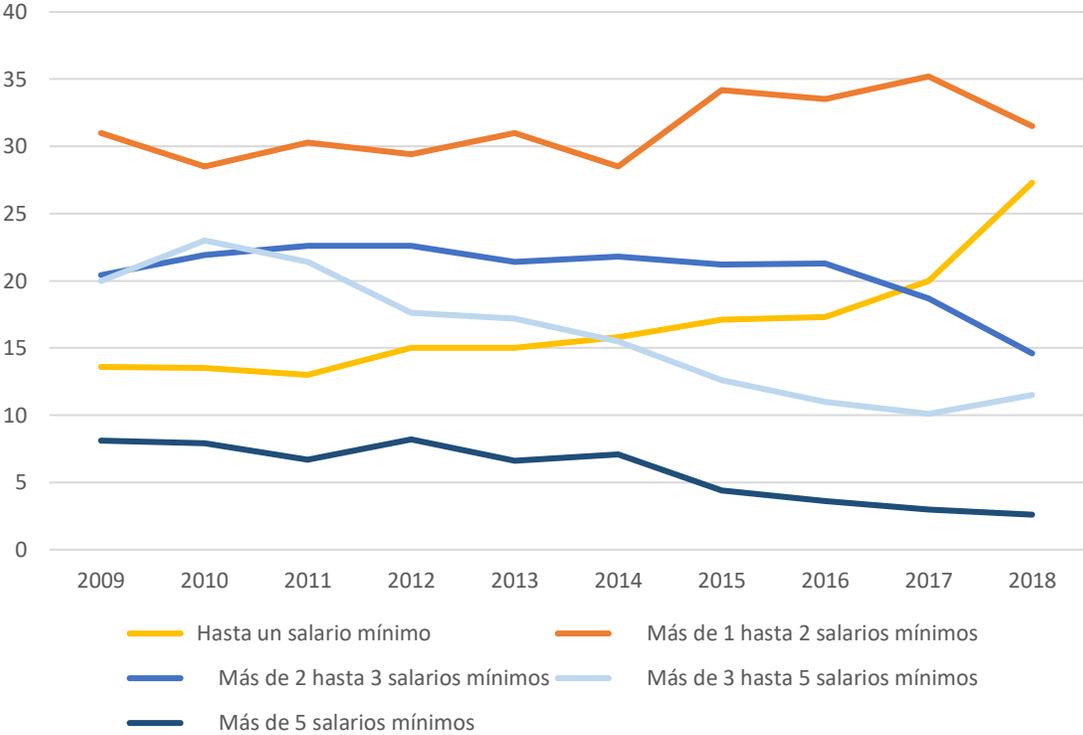
Gráfica 2 Tasa de informalidad laboral, Oaxaca, cuarto trimestre, 2005-2018



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENOE, 2019 (INEGI, 2020a)

Por último, en cuanto al nivel de ingresos de los hogares, para el 2018, la mayor proporción contaba con ingresos de hasta dos salarios mínimos, el 58.8% (27.3% hasta un salario y 31.5% entre uno y dos salarios). En la gráfica 3, se observa un aumento en la proporción de hogares con este rango de ingresos y una disminución en la proporción de hogares con ingresos mayores (de 2 a 3, de 3 a 5, y más de 5 salarios mínimos).

Gráfica 3 Porcentaje de hogares por nivel de ingresos, Oaxaca, cuarto trimestre, 2009-2018

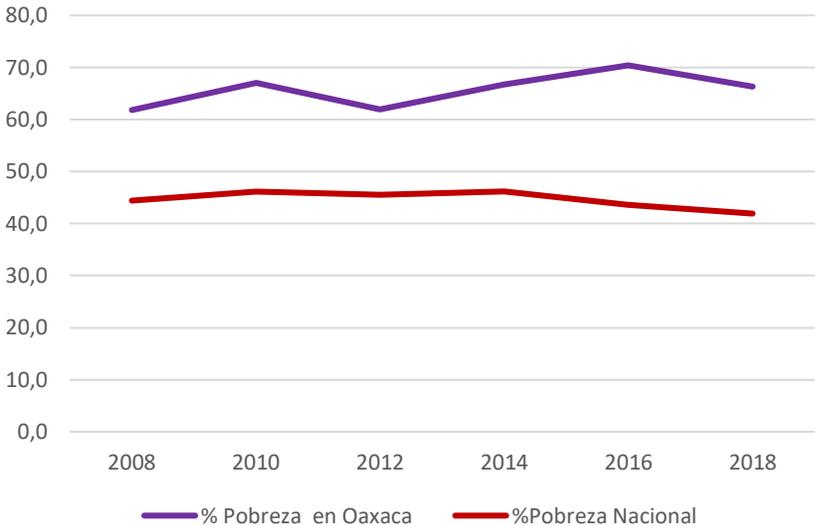


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), 2019 (INEGI, 2020a)

Por último, según datos de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el porcentaje de la población en condiciones de

pobreza multidimensional¹⁴, no se ha modificado de manera significativa, por el contrario, ha aumentado. A nivel nacional disminuyó 3%, en un periodo de 10 años. En cuanto al nivel de escolaridad, el grado promedio en población de 15 años o más, estimado por el INEGI para el 2015, fue de 7.5, ocupando el penúltimo lugar entre las 32 entidades federativa. Chiapas ocupó el último lugar con 7.2 y el más alto, Ciudad de México con 11.1. (INEGI, 2020b)

Gráfica 4 Porcentaje de la población de Oaxaca y Nacional en condición de pobreza, 2008-2018



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL. (CONEVAL, 2020)

Indicadores de salud y recursos humanos en salud

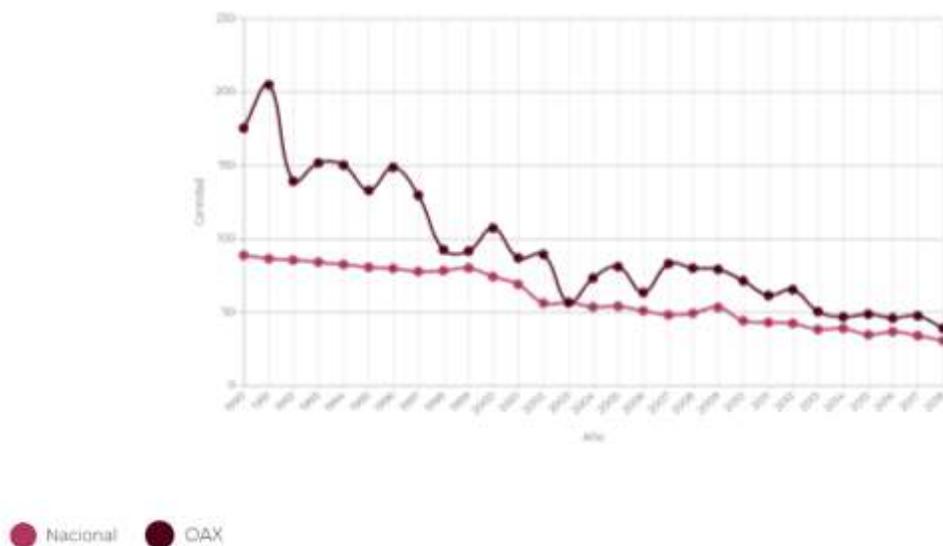
En este apartado se presentan el comportamiento de dos indicadores de salud, sus estimaciones comparadas con el nivel nacional: razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad en niños menores de cinco años.

En relación con la razón de mortalidad materna, en Oaxaca se observa un rápido descenso en la década del noventa, en las décadas del 2000 una tendencia menor

¹⁴ La pobreza multidimensional incluye ingreso, rezago en educación, salud y seguridad social, vivienda, alimentación, cohesión social y acceso a vías pavimentadas.

en su disminución, pero actualmente con estimaciones cercanas a la razón de mortalidad materna nacional.

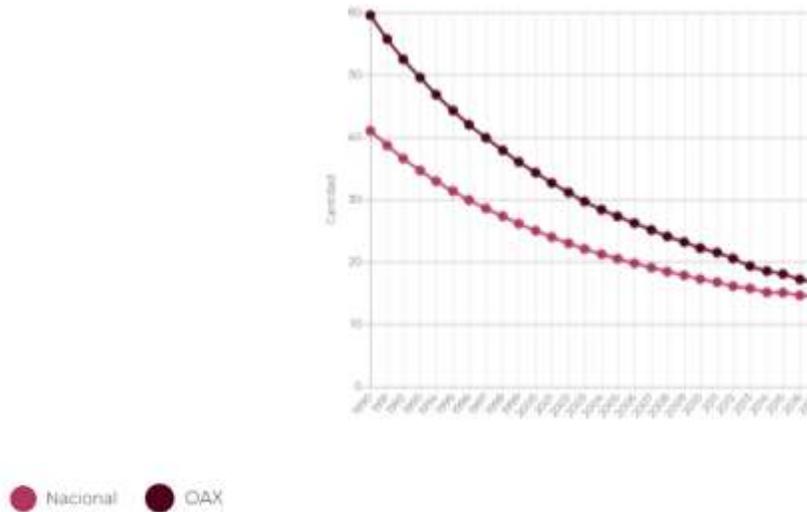
Gráfica 5 Razón de mortalidad materna, Oaxaca y Nacional, 1990-2018



Fuente: Gráfica tomada de la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2020a)

Por otro lado, en relación con la tasa de mortalidad en niños(as) menores de 5 años, de manera similar, se observa una disminución desde los años noventa a la actualidad, ubicándose cercana pero más alta que la tasa nacional para el 2018.

Gráfica 6 Tasa de mortalidad en niños(as) menores de 5 años, Nacional y en Oaxaca, 1990-2017



Fuente: Gráfica tomada de la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2020c)

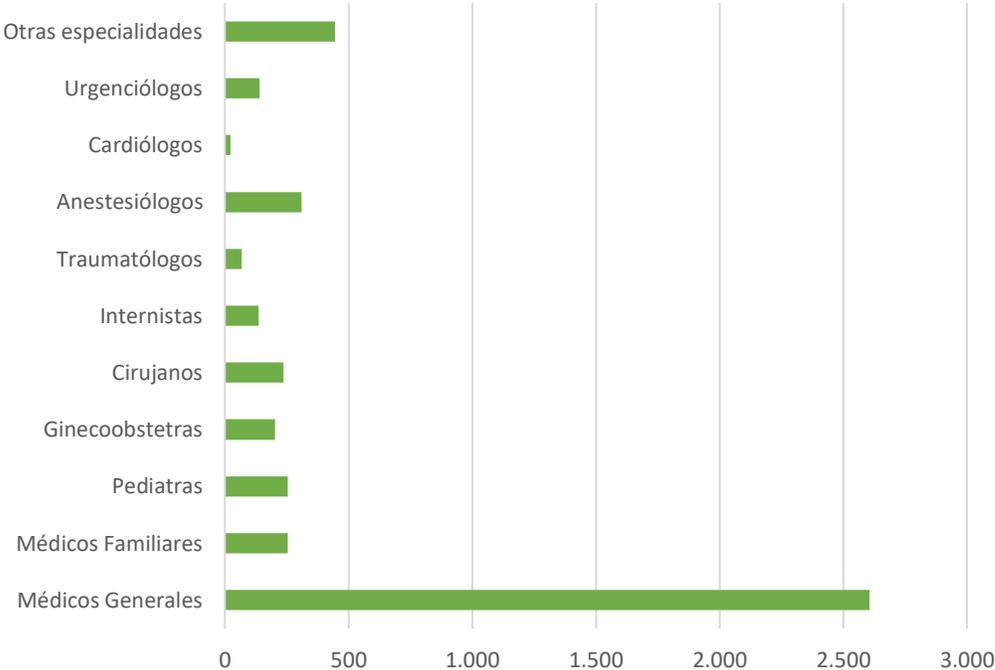
Por otro lado, en cuanto a las principales causas de mortalidad entre la población del estado, el INEGI estimó para 2018, las tres principales causas para el grupo de edad entre 45 años a 64 años¹⁵: Diabetes Mellitus, Tumores malignos (principalmente cáncer de estómago, mama e hígado), enfermedades de hígado (principalmente enfermedad alcohólica del hígado) y enfermedades cardiovasculares (INEGI, 2020c).

Por último, en relación con la disponibilidad de recursos humanos en salud por número de habitantes para cada entidad federativa, los datos abiertos no son claros, no obstante, la DGIS presenta el número de médicos(as) generales y por especialidad para Oaxaca, año 2015 (gráfica 7). Se observa que la mayor proporción de profesionales de medicina son médicos generales y una menor proporción especialistas. La tasa con relación a la población del estado para el

¹⁵ Tanto para hombres y mujeres, la principal causa fue la Diabetes Mellitus; en el caso de las mujeres las segunda y tercera causas fueron Tumores malignos (de mama y cuello uterino) y enfermedades del corazón; en el caso de los hombres, las enfermedades del hígado y las enfermedades del corazón.

mismo año, la relación de médicos por 1000 habitantes es de 1.1 médicos(as), incluyendo generales y especialistas, mientras que para el país, según datos del Banco Mundial (BM), se estimó en 2.2 (BM, 2020).

Gráfica 7 Médicos(as) por tipo, Oaxaca, 2015

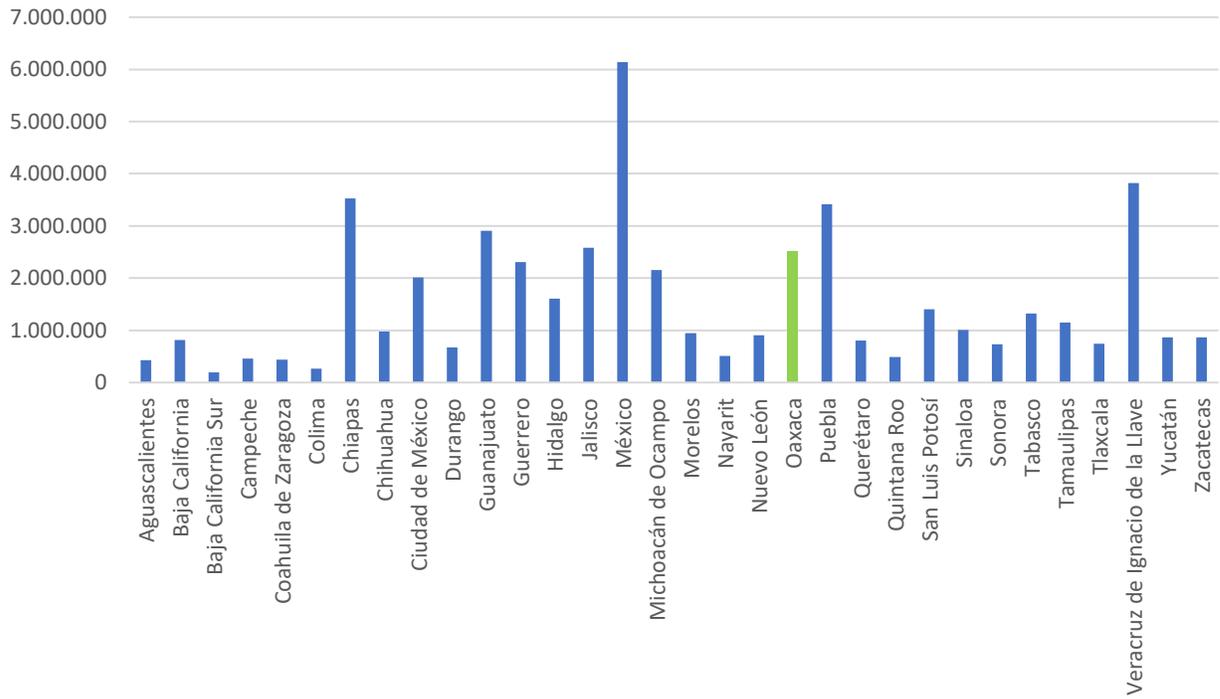


Fuente: Gráfica tomada de la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2020b)

8.2.2 El Seguro Popular en Oaxaca

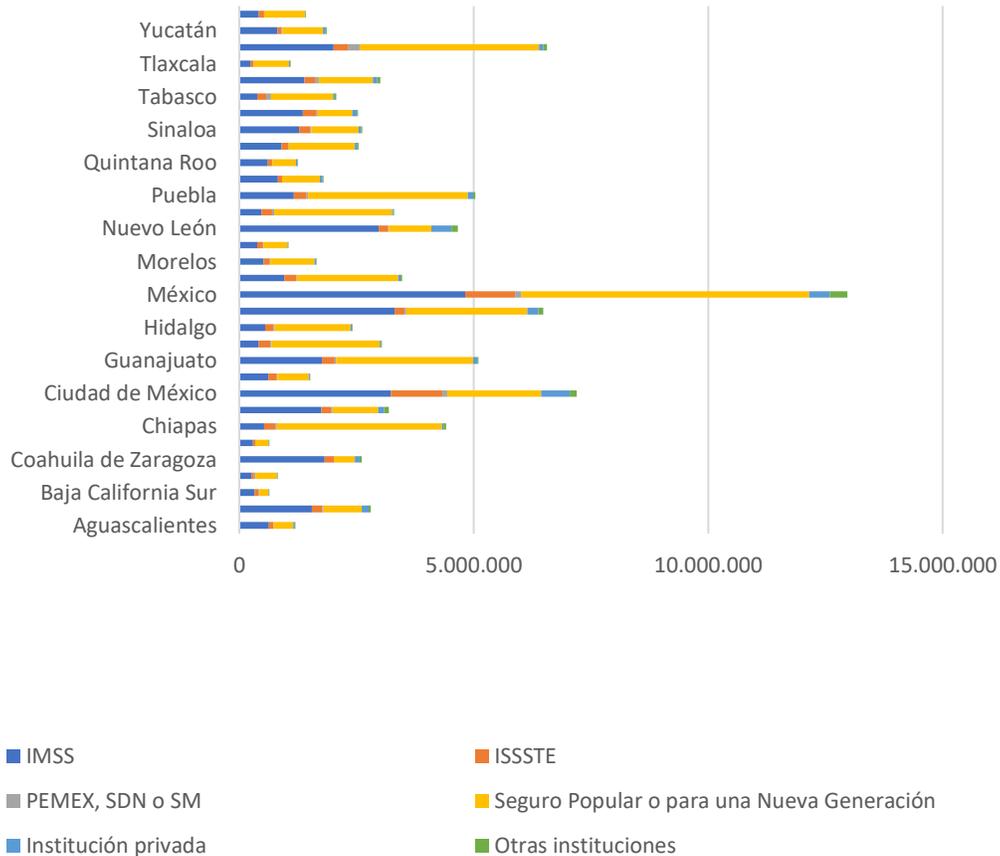
Según datos del INEGI, para el año 2015 la población del estado de Oaxaca era de 3'967,889 personas, 47.8% hombres y 52.1% mujeres. Para el año 2015, la población asegurada por el Seguro Popular correspondía a 79.1% del total de la población, siendo la quinta entidad federativa con más personas aseguradas por el Seguro Popular (Gráficas 8 y 9).

Gráfica 8 Personas aseguradas por el Seguro Popular, según entidad federativa, 2015



Fuente: elaboración propia con datos tomados del INEGI (INEGI, 2015b)

Gráfica 9 Población asegurada por entidad federativa e institución prestadora, 2015



Fuente: elaboración propia con datos tomados del INEGI (INEGI, 2015b)

La política sectorial de Salud

Dentro de los marcos normativos del estado que regulan el sector salud en Oaxaca, se encuentra el Plan Sectorial de Salud 2016-2022 (Gobierno de Oaxaca, n.d.). El documento presenta como antecedentes las características sociodemográficas del estado y los principales daños en salud. Posteriormente, presenta los ejes del Modelo de Atención en Salud: Atención Primaria en Salud, Redes Integradas de Servicios de Salud, Fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias y la promoción

de la participación ciudadana. Además, presenta cómo se articula a los objetivos del Plan Sectorial de Salud Nacional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Como programas operativos menciona: el Programa de Atención Médica (con enfoque de género e interculturalidad, garantizando el acceso a la población a medicina tradicional, con la propuesta de incluir un cuadro básico de medicamentos herbolarios), Programa de Prevención y Promoción de la Salud, Programa de regulación y fomento sanitario y el Programa de Fortalecimiento del Sistema de Salud. En este último, en cuanto al personal de salud, se propone como meta fortalecer a los profesionales de la salud para la atención de las necesidades de la población (mediante cursos y acreditaciones), así como definir la pertinencia de los programas de especialidades. Se menciona particularmente el fortalecimiento en “competencias y habilidades gerenciales”.

El documento no habla en específico del Seguro Popular, por el contrario, reconoce problemáticas generales como es la falta de medicamentos y las dificultades de acceso pero que se han resuelto con unidades móviles de salud. El documento precisa que para el 2017 solo 756 unidades de primer nivel contaban con los medicamentos según las necesidades de la población y plantea como meta llegar a 2980 para el año 2020, estimando un incremento de 294% (Gobierno de Oaxaca, n.d.). Además, se hace énfasis en el uso eficiente de los recursos con los que cuentan los servicios de salud.

Ley estatal de Salud de Oaxaca.

La ley estatal de salud, publicada en 1995 y reformada por última vez en 2015, regula el funcionamiento del Sistema Estatal de Salud (SESA) (Poder-Legislativo, 1994). Entre sus disposiciones incluye las funciones: proveer servicios de salud, el desarrollo demográfico “armónico”, de la familia y comunidad, apoyar el mejoramiento de condiciones sanitarias, impulsar la adecuada administración de los recursos humanos en salud y apoyar la práctica de la medicina tradicional indígena.

En lo que respecta a los trabajadores(as) de la salud, la Ley precisa algunos aspectos sobre el servicio social y la formación. Del primero, indica que los pasantes deben realizar el servicio social en el primer nivel de atención, dando prioridad a las zonas rurales y urbanas de menor desarrollo. Por otro lado, en cuanto a la formación, indica la responsabilidad de los gobiernos, las autoridades sanitarias y de educación, así como las instituciones de educación en la normalización y fomento de actualización de los profesionales de la salud.

Las disposiciones de esta Ley tienen carácter general y no hay nada puntual sobre la operación del SP.

8.2.3. Operación del Seguro Popular en Oaxaca.

En este apartado se describen las percepciones referidas por los sujetos entrevistados, en relación con las competencias de rectoría, financiamiento, organización y prestación de servicios del Seguro Popular en Oaxaca. Las percepciones corresponden con los testimonios de profesionales de la medicina y de una exfuncionaria de nivel de gobierno de la Secretaría de Salud de Oaxaca.

En este trabajo de investigación se entrevistaron 11 profesionales de medicina, trabajadores(as) de los servicios de salud de la región de Valles Centrales de Oaxaca. Diez de centros de salud y una médica del Hospital de Especialidades. La edad de los sujetos entrevistados está entre los 35 y 48 años, fueron entrevistadas ocho mujeres y tres hombres. Nueve de los profesionales entrevistados realizaron los estudios en medicina en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. En relación a los años de experiencia en los servicios de salud de Oaxaca, 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.

Tabla 1. Percepciones sobre la rectoría, financiamiento, organización y prestación de servicios de salud del SP en Oaxaca.

	Percepción de los profesionales medicina	Percepción de exfuncionaria de gobierna, Secretaría de Salud
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> • Los cargos directivos los ocupan profesionales que no tienen conocimientos suficientes para administrar. • No hay un seguimiento a los programas de salud que se implementan. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Secretaría de Salud Federal, cumplía con la fiscalización del uso de recursos. Había auditoría permanente.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios de los centros de salud deberían hacer aportes según su capacidad de pago, al momento de recibir la atención. Se debe cobrar por la prestación de algunos servicios. • La gratuidad favorece a personas de bajos recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desfinanciamiento y demora en la transferencia de las aportaciones del nivel federal al estado, en los últimos años, que causa falta de medicamentos e insumos y retraso en pago de salarios. • No se conoce bien cómo se manejan los recursos.
Organización	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de recursos en los Centros de Salud hace que deban remitir a muchos pacientes al Hospital Civil. • Los médicos especialistas consideran que algunos de los profesionales en medicina de los Centros de Salud no saben dar manejo a sus pacientes por lo que los remiten al segundo nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay corrupción en todos los niveles, desde hace varios años. • El Sindicato es quien manda y no manda la Secretaría de Salud de Oaxaca. • Ausentismo laboral por las licencias que otorga el Sindicato, lo que afecta el cumplimiento de las metas.
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • La afiliación permite la caracterización de la población, georreferenciación. • En algunos casos la adscripción de la unidad de atención no corresponde con el lugar de residencia del afiliado, generando 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de las metas de salud pública por falta de recursos. • La orografía del estado, diversidad de etnias y falta de vehículos para transportar insumos a los hospitales. • La falta de personal de salud en los lugares más apartados

	<p>dificultades en el acceso a los SS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En los Centros de Salud se atiende a población derechohabiente del IMSS, ISSSTE y no asegurados. Algunos asisten porque refieren recibir mejor atención. 	<p>del estado. Los pasantes prefieren ubicarse cerca de la región de Valles Centrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de atención que no funcionan por falta de medicamentos. • No hay un programa particular para los pueblos originarios, en estas comunidades los programas más importantes son los de prevención y detección de Cáncer de Mamá y de Cuello Uterino. • No había dificultades en la afiliación. • El SP no permite ofrecer una atención integral. • La contracción entre las expectativas de los sujetos de atención y lo que el SP ofrece realmente, genera conflictos en la atención.
--	---	--

Como se observa, son varios los problemas referidos por los entrevistados/as, que reflejan las dificultades tanto del nivel federal como estatal, en las competencias de rectoría, financiamiento, prestación de servicios y organización del Seguro Popular en Oaxaca.

- **Prestación de servicios**

Los profesionales de medicina y la exfuncionaria de gobierno, coinciden en que una dificultad en la prestación de servicios es la falta de insumos y medicamentos. Esto, según la exfuncionaria de Gobierno, es un problema de varios años y lo explica por el retraso en la transferencia de aportaciones de nivel federal hacia el estado.

Por otro lado, el SP no cubre todo lo que necesita el paciente y la expectativa que genera el programa, versus lo que en realidad entrega, ocasiona conflictos en el momento de la atención. Se considera al profesional como responsable de la falta de recursos.

En la entrevista, la exfuncionaria de gobierno de la Secretaría de Salud de Oaxaca menciona:

“No había los insumos, no había medicamentos, no podíamos cumplir las metas porque no había con qué ¿qué les ofrecíamos? ¿qué les dábamos? ¿qué les hacíamos?” (E1)

“Hacía falta insumos, sobre todo el cuadro básico para los pacientes, no llegaban en tiempo, no llegaban en forma en años anteriores, se retrasaban mucho. En mantenimiento igual, o sea, siempre había retraso (...) hubo mucho faltante y mal manejo administrativo.” (E1)

Lo referido por la exfuncionaria reitera, por un lado, los problemas de falta de insumos básicos y medicamentos que se evidenciaron en otras investigaciones (también señalado en el plan sectorial de salud del estado), y de otro, la mención a la demora en la transferencia de recursos supone la existencia de problemas en la función de financiamiento y gestión por parte de la Secretaría de Salud Federal. En cuanto a las dificultades en la administración, aspecto que en el plan sectorial de salud quiere ser impactado a través de capacitación al personal de salud, se comprende que el gobierno local lo identifica como un asunto de capacidad técnica, de un no saber administrar, no obstante, no parece claro en qué consistió el mal manejo administrativo a nivel de estado y tampoco se precisan los actores responsables de la corrupción a la que hacen referencia.

Por otro lado, respecto a las funciones de operación del SP, los profesionales de medicina mencionan:

“yo creo que Seguro Popular es solamente un apoyo. Un apoyo para todos los servicios que un paciente requiere (...) una enfermedad crónica, degenerativa o con cualquier tipo de padecimiento requiere de un manejo integral, de muchas especialidades, de apoyo diagnóstico, terapéutico y la verdad es que el Seguro Popular pues está muy limitado.” (E2)

“Realmente son pocas las enfermedades que te cubren, como quien dice, por completo. En oftalmología, que es donde yo estuve, se quedaba corto, realmente no podía solucionar nada, a menos que no fueran cosas de primer nivel, tipo conjuntivitis, infecciones en el ojo, nada más. Si un paciente

*requiere de un tratamiento más especializado, pues ahí se queda corto ¿no?”
(E2)*

“A veces la población, con toda esta promoción de Seguro Popular, con toda la difusión que se le da con el bum del programa, pues la gente llega con lo que dicen en la tele, en la radio, de que el Seguro Popular me va cubrir todo, y cuando no se cumplen las expectativas, o ven que la realidad es otra, pues creen que nosotros del primer nivel somos los culpables, ustedes no gestionan, ustedes no apoyan, ustedes no me quieren”. (E3)

“... al menos en nuestra población, por lo grande que es, siempre hemos tenido desabasto de medicamentos, algunos medicamentos los pacientes tienen que comprarlos, estando el Seguro Popular vigente, eso en cuanto, cuando hablamos de medicamentos, si hablamos de insumos, pues ya no contamos con el apoyo del Seguro Popular, a pesar de que seguimos generándole promoción.” (E4)

En estos fragmentos destacan varios aspectos relevantes de la prestación de servicios: a) la capacidad de atención en razón de las necesidades de salud que presentan los pacientes, eso está limitado por los padecimientos incluidos en el CAUSES del SP, y por lo tanto la atención se centra en atender lo que allí se incluye, además del problema de salud no resuelto, genera inconformidad en los pacientes porque suponen que se debe a negligencia o falta de atención del profesional en el primer nivel de atención. Esto último, y considerando los principios de transparencia y responsabilidad que deben regir a la política pública, hace necesario que la comunicación de los programas sean precisos sobre los alcances y tiempos de cumplimiento, además, como lo indicó Nigenda, en la fase piloto del SP se aplicaron encuestas para medir la disposición a la afiliación siempre y cuando se garantizara al disponibilidad de medicamentos (Nigenda, 2005), el resultado de la alta disposición a afiliación también se usó como un argumento más para implementar el SP, lo cual constituye una estafa para la ciudadanía y de la que nadie se ha hecho responsable; b) La disponibilidad de recursos para la atención es un problema, además de lo que puede suponerse sobre carencias de infraestructura y personal, destaca en los testimonios la carencia o insuficiencia de medicamentos, lo cual

produce gasto de bolsillo entre los afiliados, ese fue uno de los argumentos más fuertes para fundamentar la creación del SP; c) los problemas de diseño y operación del SP, en cuanto a las atenciones continuas y necesarias entre el primer y segundo niveles de atención. No solamente parece afectar los flujos de pacientes entre esos niveles, sino que además omite resolver los problemas de salud que presenta la población.; d) el SP al ser concebido desde el inicio como un paquete de servicios, no se fundó en la atención integral en salud, comprendiendo el proceso salud-enfermedad como fenómeno biopsicosocial, garantizando la atención en salud en todas sus dimensiones; e) si bien, el plan sectorial de salud estatal menciona como uno de los ejes del modelo de atención a las redes integradas de servicios de salud (aspecto incluido en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada), por lo referido por la profesional especializada, hubo dificultades para garantizar la atención continua e integral de los asegurados por el SP.

Por otro lado, otro de los problemas del SP que refirieron los profesionales y que afecta la prestación de servicios, son los problemas de la afiliación, pues mencionan que algunos de los afiliados no acuden al centro de salud más cercano a su residencia, sino que tienen que acudir a puntos de atención lejanos, situación que genera gastos de transporte. Esta situación indica falta de sistemas de información que faciliten la gestión de los cambios de domicilio sin perjuicio del acceso a los servicios de salud.

“otra de las situaciones que creo no ha funcionado bien, es la distribución hacia qué unidades de salud tiene que dirigirse la población. Por ejemplo, aquí en la ciudad, que estamos en el centro de salud de Volcanes, viene gente de Xoxo o de colonias que están muy retiradas (...) y eso genera un gasto de bolsillo para la población, porque de por sí las condiciones económicas de la población son muy precarias.” (E5)

- Organización de los servicios de salud

En relación a la organización de los servicios de salud, por ser casi todos los sujetos entrevistados, médicos(as) del primer nivel de atención, hicieron mención a que el centro de remisión es el Hospital Civil, pero que presentan dificultades porque el

hospital tampoco cuenta con recursos para brindar la atención y no hay funcionamiento del sistema de contrarreferencia para que conozcan la evolución de sus pacientes.

Una de las profesionales entrevistadas también refirió que en ocasiones los médicos(as) especialistas consideran que los médicos(as) del primer nivel no saben nada y por esto remiten a los pacientes al hospital.

“Siempre es importante tener el apoyo del otro compañero, yo puedo, a lo mejor, hacer una referencia a segundo nivel ¿y qué me voy a encontrar en segundo nivel? Me van a decir que no sé, que me falta experiencia, que hice gastar al paciente. Me voy a encontrar con que el peor enemigo del médico es pues el otro médico ¿no?” (E4).

Esta percepción parece estar en doble vía. En la prueba piloto el profesional especializado refirió que percibe que los profesionales del primer nivel de atención no tienen conocimientos sobre el manejo de los pacientes, particularmente sobre prevención. No obstante, hay que resaltar el hecho de que parte del tiempo de trabajo de los profesionales de medicina del Hospital Civil, está dedicado a actividades de estudio, como por ejemplo revisión de casos clínicos, club de revistas, etc., componente académico asunte en el primer nivel de atención, lo que limita las oportunidades de actualización de este grupo de profesionales. Dado que uno de los ejes para los modelos de atención a instrumentar en México y la región de América Latina, tiene como marco estratégico la APS, se hace necesario fortalecer por procesos de investigación y fortalecimiento de capacidades blandas-duras en el primer nivel de atención.

- **Financiamiento**

Tanto la exfuncionaria de gobierno de la Secretaría de Salud, como los profesionales, coinciden en que el SP tiene limitaciones en el financiamiento. En el caso de la exfuncionaria lo atribuyó a la demora en la transferencia de los recursos federales al Estado y al mal manejo administrativo.

Por el contrario, algunos de los profesionales consideraron que, a los sujetos de atención cubiertos por el SP, se les debería cobrar una cuota al momento de la atención.

“yo considero que cualquier sistema de salud no subsiste sin que haya una aportación económica. Yo creo que una de las modificaciones que se le tendría que hacer a este sistema, o a este programa en específico, es que sí, el paciente sí debía de aportar una cuota mínima.” (E5).

“Yo soy de la idea de que debería haber un régimen contributivo, ¡cincuenta pesos! o sea, para poder solventar el gasto de tinta, de papel, etc. porque entonces, ¿de dónde sale, si no es un régimen contributivo? En un principio (el SP) sí era muy bueno y te daba todo, pero no sé en qué momento, porque honestamente yo no sé de administración, no sé en qué momento hubo un fallo en la atención de lo que es seguro popular, conforme ha pasado el tiempo ha ido disminuyendo. Tan es así, que había más medicamentos y hoy en día hay muchos medicamentos que no se han abastecido no en un año ¡en dos!, yo creo.” (E4)

En el testimonio de los profesionales se reitera la existencia del problema de financiamiento del SP, no obstante, si bien atribuyen como origen del problema al nivel administrativo local y del gobierno federal, el contexto de precariedad también los hace atribuir responsabilidad al actor que participa de manera inmediata en el proceso de atención, es decir, al sujeto de atención, de manera similar a como estos últimos atribuyen al profesional con quien tienen primer contacto en los servicios las fallas en la atención. Para el caso de los profesionales, se considera necesario brindar elementos para la comprensión de los niveles de responsabilidad de los actores involucrados del sistema y por supuesto resolver las causas que dan origen a estos desencuentros entre pacientes y prestadores.

- Rectoría

Durante la entrevista a la funcionaria de la Secretaría de Salud, se le preguntó sobre las funciones de rectoría de la SSA, particularmente se refirió al proceso de

fiscalización de los recursos, indicando que sí había un proceso de auditoría continua, no obstante, consideraba que el funcionamiento del REPSS en el estado era muy independiente de la Secretaría de Salud estatal, por lo que tenía conocimientos sobre las otras funciones de la SSA como por ejemplo vigilar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la población afiliada al SP. Al respecto, se identifica la existencia de la falta de articulación entre las diferentes instituciones del nivel estatal y central, para armonizar las funciones de operación del SP, además, se evidencia una contradicción en las competencias del SSA, pues parece cumplir con las funciones de fiscalización de los recursos, pero no así con la transferencia de los mismos. Aunque no fue explorado en la entrevista y tampoco la Ley General de 2003 lo precisa, parece estar ausente la participación de la comunidad como veedor en la ejecución de los recursos y, además, tampoco parece existir una institución gubernamental, de carácter independiente, que sirva como garante de la prestación de los servicios de salud y tampoco hay mecanismos de fácil acceso para la ciudadanía con los que puedan demandar la protección de sus derechos constitucionales.

En el caso de Colombia, los ciudadanos(as) cuentan con el recurso de la acción de tutela, el cual puede ser presentado por cualquier persona, sin mediación de un abogado, y mediante este demandar la pronta protección de un derecho vulnerado, por acción u omisión, de una institución pública o privada. Las instituciones están obligadas a responder en un plazo no mayor a quince días. En muchos casos, este mecanismo ha servido como único recurso para acceder a los servicios de salud. Si bien, el escenario a alcanzar es que no se tenga que acudir a dichas instancias, recursos como estos protegen a la ciudadanía de abusos, principalmente en lugares donde la presencia del Estado es menor.

Por otro lado, en relación con las funciones de rectoría, está el componente de evaluación y seguimiento a la implementación de los programas de salud. Al respecto una de las profesionales entrevistadas, menciona que se implementan programas, pero que no hay un seguimiento a los mismos. Como se sabe una de

las características que se ha promovido para implementar la política pública es el de gobernanza, condición que implica la participación de la ciudadanía en todas las fases del ciclo de la política y además superar la participación de tipo informativo o consultivo para llegar al deliberativo y de control (Canto Chac, 2008). En este sentido, se plantea que un principio a incluir o fortalecer en los programas y políticas en salud, es de gobernanza, el cual puede contribuir al cumplimiento de las funciones de seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud, tanto en el nivel central como estatal, y por supuesto, con la inclusión de los trabajadores(as) del sector salud que gestionan, gobiernan e implementan los programas de salud en el nivel micropolítico de sus espacios de trabajo.

8.2.4 El trabajo médico: dimensiones y tensiones problemáticas

8.2.4.1 Dimensiones problemáticas del trabajo en salud

El trabajo es actividad remunerada

El trabajo es una categoría multidimensional. Al explorar qué es el trabajo para los profesionales de medicina que laboran en unidades de atención de la región de Valles Centrales de Oaxaca, los sujetos entrevistados refirieron que el trabajo es una actividad que les permite obtener una remuneración económica, les genera una sensación de gusto o agrado, el espacio donde lo desempeñan lo consideran su segunda casa, es algo que estructura sus vidas, pues hace parte de su cotidianidad, además de describirlo como una actividad cuya finalidad es responder a las necesidades de los pacientes que atienden. Entre estas asociaciones, la referencia al trabajo como un medio de remuneración económica fue la más frecuente.



gusta
pacientes
actividad
sentir
económica
realizar
gusto casa

“es algo que te hace sentir bien, a mí mi trabajo me hace sentir bien. Y lo hago con gusto, no me parece sea una cosa por la que tenga que esforzarme o una situación que me genere desgano o conflicto, sino que lo hago con gusto. Para mí es algo que hago cotidianamente y que me da una remuneración, económica”. (E5)

“yo estoy muy comprometido con mi trabajo, me gusta este trabajo, me gusta ser médico, porque hago cosas más allá de lo que nos tienen permitido realizar acá, me atrevo a hacer otras cuestiones más porque los pacientes los requieren, lo necesitan. Mandarlos a un hospital es muy complicado, entonces para mí el trabajo es, no sé, me desestreso, yo no me estreso aquí nunca en la vida. Me desestreso, lo disfruto mucho, es mi otra casa en sí.” (E6)

Respeto a lo referido por este último profesional, se observa que a diferencia de otros estudios que evidencian afectaciones negativas significativas para la salud y bienestar de los profesionales de medicina, el trabajo para el grupo de profesionales parecer ser también una fuente de bienestar. Aspecto positivo a resaltar y potenciar.

Proceso de trabajo en salud

En este apartado se retoman los elementos señalados en la conceptualización como referentes para analizar el proceso de trabajo en salud y las percepciones de los sujetos entrevistados.

Dimensión cuidadora

Los procesos explorados que se producen en la dimensión cuidadora del proceso de trabajo fueron: el proceso de acogimiento (relación médico-paciente), la generación de responsabilidades y la articulación de saberes.

- Relación médico paciente:

En relación con el proceso de acogimiento y vínculo, los profesionales entrevistados, asimilaron a este proceso 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.

“Bueno, yo, al menos en mi caso, no he tenido problemas. La única queja que me ponen es ¿tengo que ir hacerme los estudios hasta allá?” (E8)

De lo anterior llama la atención que, en un estudio de hace más de 20 años (Bronfman et al., 1997), la ausencia de quejas fue el criterio que refirieron trabajadores(as) de la SSA para estimar que la calidad de la atención prestada era buena, no obstante, no es un buen indicador de la calidad de la atención por varios aspectos. Hay quienes no interponen una queja porque no saben cómo hacerlo, consideran que no sirve, el proceso para interponerla es engorroso o no perciben que estén en condición de quejarse pues no se consideran sujetos de derechos, conciben la prestación como un apoyo, un auxilio y por lo tanto no están en condición de exigir algo. Se considera necesario avanzar la apropiación de los sujetos de atención de sus derechos, así como en facilitar las vías de comunicación para que expresen sus impresiones sobre la atención que reciben.

Por otro lado, cuatro profesionales refieren que la relación médico paciente no es adecuada o está limitada. Entre los factores que consideran afectan a la relación médico paciente se encuentran: las actividades administrativas que deben realizar, como llenar formatos, con reducción notable del tiempo de atención, la duración limitada de la consulta, las barreras administrativas que dificultan a las personas aseguradas por el SP acceder a los servicios, la falta de medicamentos y las largas distancias para la toma de exámenes, lo que generan molestia entre los pacientes.

Particularmente, la médica especialista, refirió que procura brindar una atención con respeto, digna y honesta, en cuanto a los alcances de lo que puede hacer por los pacientes en el contexto de las limitaciones del Seguro Popular.

“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.” (E5)

“yo digo que doy una buena atención. Obvio que hay algunos pacientitos que pues no les agrada me imagino ¿no? pero hasta ahorita no he tenido ningún problema, bueno es lo que yo siento (...) donde yo he sentido que a veces no es así, es con el personal de enfermería, siento que como ellos son la línea directa antes de pasar acá, a veces me dicen, no, pues fulanito de tal viene muy agresivo, doctora, ya yo llego, buenas tardes, buenos días, lo atiende y muy amable el paciente. Es raro el paciente que sí viene muy agresivo, yo también trato de calmarlo. A veces sí hay pacientes que vienen exigiendo mucho y uno trata de calmarlos, como disuadir para que no vaya a haber otra consecuencia.” (E4)

“yo siempre trato de brindar al paciente todo el apoyo que está en mis manos, es una atención respetuosa, digna y sobre todo de orientarle al paciente qué es lo que puede hacer, porque sabemos que el SP tiene muchísimas deficiencias, pues hasta ahí llegaba mi ayuda, porque ya si hablamos, en cuanto a la atención como tal en el hospital y del programa que es el SP, pues yo creo que ahí hay muchísima deficiencia, es demasiada burocracia, demasiado trámite, es demasiada gente con otro perfil administrativo que no tiene ni idea de qué es estar tratando a un paciente que tiene esa enfermedad. Para ellos es todo números, es otro enfoque.” (E2)

Además de las problemáticas referidas por los entrevistados sobre la relación entre el profesional médico y los pacientes, se identifica que dichas dificultades también se presentan con los demás miembros del equipo de salud que participa en la atención. Durante el trabajo de campo se observó que el primer contacto que los sujetos de atención tienen al llegar al centro de salud, es con el personal de vigilancia, posteriormente con el de enfermería y finalmente con el personal de medicina. Al estar todos involucrados en la ruta de atención que siguen los pacientes, se evidencia la necesidad de sensibilizar y fortalecer sus habilidades blandas, con particular atención a las estrategias de resolución de conflictos. Además, a partir de lo referido por la profesional especialista sobre el

desconocimiento del personal administrativo sobre las necesidades de atención, supone que el fortalecimiento de capacidades debe estar dirigido a todo el personal de salud, tanto administrativo como asistencial.

Por último, en relación con las barreras administrativas que afectan la relación médico-paciente y limitan el acceso a los servicios de salud, se evidencia que, si bien, la función del grupo de entrevistados es eminentemente asistencial, en lo práctico, parte de sus funciones son de gestión, las cuales toman todavía más tiempo por falta de sistemas de gestión de información, como ejemplo, una historia clínica digital. Por supuesto, también hay que mencionar que en los lugares donde se cuenta con mayores recursos tecnológicos, el tiempo ganado no se ha reflejado en la extensión de los tiempos de atención, por el contrario, se han intensificado pues las metas de productividad también se incrementaron. Lo cierto es que las dimensiones del proceso de trabajo en salud, tanto relacional y profesional, se precarizan por la limitación en el acceso y en los tiempos de atención.

- Generación de responsabilidades:

En relación sobre cómo se generan responsabilidades en el paciente, dos de los profesionales entrevistados refirieron que advierten a los pacientes sobre las complicaciones que se pueden presentar si no hay adherencia al tratamiento y no se procuran cuidados.

“yo nada más le doy un panorama para que ellos como que tomen conciencia de qué tan grave puede llegar su enfermedad si no se cuida. Hay unos que sí lo toman en cuenta y hay otros que no.” (E4)

Por lo referido por la profesional, se comprende que la estrategia de educación en salud por la que optan los profesionales, es la advertir sobre riesgos y complicaciones. Al respecto se puede decir que los profesionales no cuentan con otro tipo de estrategias de orientación, si bien, el “miedo” se acepta, por ejemplo en campañas de comunicación en salud para prevenir prácticas de riesgo, por ejemplo, el etiquetado de las cajetillas de cigarrillos o las pautas en televisión para la

prevención de accidentes asociados al consumo de alcohol, exceso de velocidad o uso del celular, se considera necesario fortalecer las capacidades de los profesionales para orientar y acompañar a sus pacientes, a través de estrategias que generen comprensión, reflexión y cambios de comportamiento en salud, adherencia a tratamiento, etc., a partir de estrategias de educación en salud basadas en experiencias significativas positivas.

- Articulación de saberes

Los pueblos originarios poseen un conjunto de conocimientos y prácticas en salud, y además, el estado de Oaxaca es la entidad federativa con la mayor proporción de población indígena, 32.2% (personas de tres años o más, hablan lengua indígena) (Dirección General de Población de Oaxaca, 2018). 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 cubierta por el SP, de los pueblos originarios.

En relación con las dificultades al momento de brindar atención a miembros de las comunidades indígenas, cuatro de los profesionales entrevistados refirieron que el desconocimiento de la lengua indígena y así como su diversidad en el estado, es una barrera de comunicación, también señalan dificultad para generar confianza en el tratamiento ofrecido, el bajo nivel de escolaridad, la distancia entre el lugar de residencia de las comunidades indígenas y los centros de atención, así como prácticas en salud 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. Esta práctica también estaría asociada a la falta de disponibilidad de agua potable en las viviendas. En el 2015, Oaxaca fue la segunda entidad federativa con menor porcentaje de viviendas con disponibilidad de agua entubada al interior de la vivienda, 85.6% (INEGI, 2015c) ,

“El lugar de la atención. Yo soy de un pueblo que se llama San José Tenango, que está aproximadamente siete horas de acá (la capital). Ellos tienen una clínica que es del 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.” (E4)

“(…) 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.” (E6)

Lo señalado por la profesional entrevistada, quien ubica como ejemplo al municipio de San José de Tenango para evidenciar las barreras de acceso geográficas a los servicios de salud, apunta a una situación que se repite en muchos otros municipios del estado. Además, el porcentaje de población afiliada al SP de este municipio, para el 2015, era del 96.6% (INEGI, 2015a), lo que para esta población implica, además de los problemas de acceso, los de falta de disponibilidad de insumos y medicamentos. Por otro lado, al revisar el porcentaje de viviendas que disponen de agua entubada, en el 2015 fue del 19.6% (INEGI, 2015a), dato que contrasta con el global para el estado, 85.6%.

Como se mencionó, el estado de Oaxaca tiene 570 municipios y existe una alta variabilidad en los aspectos de cada territorio, por ejemplo, en indicadores del nivel de educación, como lo mencionó otro médico entrevistado, aspecto a mejorar en términos de garantía de derechos, pero también porque como se sabe, a mayor nivel de estudios, mayor receptividad a los mensajes en salud, y en el caso de las mujeres, está demostrado que en ellas un mayor nivel de estudios retrasa la maternidad y disminuye el número de hijos. Así, habrá que hacer grandes esfuerzos para responder a las necesidades de salud y bienestar de cada municipio.

En cuanto a la variabilidad de las lenguas indígenas y los retos que supone para el profesional de medicina en términos de lograr una comunicación exitosa (contextualizada y reflexiva), situación que en algunos casos es mediada por un acompañante durante la consulta médica, que habla español y hace las veces de traductor, se considera necesario considerar implementar medidas de largo plazo.

Por ejemplo y teniendo en cuenta que durante las entrevistas se observó que varios de los profesionales son originarios del estado y han elegido ejercer en este como médicos(as), existe una alta de probabilidad de que si se implementa un programa de becas para el estudio de carreras en ciencias de la salud dirigido a jóvenes de las comunidades indígenas, ellos regresarán a su región a ejercer, lo que haría que se atiende en mejores condiciones a la población de los pueblos originarios, y además, se contaría con profesionales que comprenden la concepción de salud de los pueblos originarios.

Por último, en relación con el intercambio de saberes, es decir, la apropiación o reconocimiento de los saberes en salud que poseen las comunidades indígenas de los pueblos originarios, por parte de los profesionales en medicina, uno de los profesionales entrevistados refirió que procura asumir una actitud no conflictiva y respetar las prácticas en salud que refieren sus pacientes, no obstante, no se identifica una actitud de apoyo y disposición a comprender las prácticas de medicina tradicional indígena.

Dimensión profesional

- Objetivo del proceso de trabajo

De acuerdo con Merhy, el proceso de trabajo en salud es una actividad cuyo propósito es atender las necesidades en salud de los colectivos. Al explorar entre los profesionales sobre el objetivo del trabajo que realizan, la principal consideración fue que al ser profesionales, en su mayoría del primer nivel, el objetivo es prevenir la enfermedad entre la población que acude a las unidades de atención en salud para no generar mayor morbilidad y mayores gastos en salud, no obstante, también mencionaron que pese a ser la principal finalidad de las actividades que realizan,

las intervenciones en la cotidianidad están más dirigidas a la curación, además, señalan que hay un 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**.” (E7)*

Los señalado por ambos profesionales supone que, además de las barreras atribuidas a la falta de medicamentos e insumos para prestar los servicios incluidos en el SP, la falta de orientación hacia las acciones de prevención también se debe a la falta de implementación de una política pública que privilegie y garantice las acciones de prevención y promoción en el nivel de atención. Además, pese a que el plan sectorial de salud del estado contempla el eje de APS, este no se ha implementado.

Por otro lado, la falta de conocimientos y habilidades sobre prevención por parte de los profesionales, estaría relacionado con la presencia mínima de estos contenidos en los planes y programas de estudio. La formación de los profesionales en medicina debe garantizar tanto habilidades y conocimientos en prevención, como la capacidad resolutoria que se espera del profesional egresado.

En el caso de Colombia, la orientación de la política para el sector salud, con enfoque en APS, ha obligado a que las facultades de ciencias de la salud garanticen la rotación de los estudiantes en el primer nivel de atención. Si bien, habrá que esperar para ver el impacto de esta medida, por el momento se intenta dar respuesta a las brechas entre la formación de los profesionales de medicina y las necesidades de atención en salud de los colectivos, en términos de prevención y promoción en salud. Situación a ser resuelta también en México.

En relación a sí se cumplen los objetivos de prevención y promoción en salud, consideran que, en general, no se cumplen, salvo las actividades de vacunación.

*“En cuanto a los objetivos de prevención hay muchas carencias porque hay falta de información, de talleres autocuidado para los pacientes, entonces, más que nada, es (que) no hay información adecuada para los pacientes.”
(E8)*

En lo señalado por la profesional sobre las actividades de promoción de la salud, se identifica que las actividades de educación en salud no se realizan adecuadamente. Al revisar las acciones de promoción y prevención cubiertas en el CAUSES, se observan 27 intervenciones de los servicios de promoción y prevención (Comisión Nacional de Protección Social de Salud, 2019), y además, el documento también considera el “Paquete Garantizado de los Servicios de Promoción y Prevención” (Secretaría de Salud, 2011), el cual debe ser ofrecido en el primer nivel de atención, a toda la población, sin importar la condición de derechohabiente. Pese a contar con este marco normativo, la percepción de los profesionales es que el componente de educación no se lleva a cabo, con excepción de las acciones de vacunación, detección temprana de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y control prenatal, a los que consideran con mejor desempeño. Por último, si bien, bajo la implementación del SP, las acciones de prevención parecen no cumplirse, se comprende que el Paquete de Servicios de Promoción y Prevención, se esperaría que fuera el marco normativo para hacer exigible el cumplimiento de las intervenciones de prevención y promoción en salud.

- Generación de proyectos terapéuticos

Al explorar entre los profesionales si se cumplen los objetivos terapéuticos en las personas que se atienden por el Seguro Popular, tres profesionales señalan que no, pues no cuentan con los medicamentos que la personas requieren, faltan insumos y equipo médico, existe dificultad para la toma de exámenes paraclínicos, en ocasiones se agotan las alternativas de tratamiento que ofrece el CAUSES y, además, consideran los pacientes no tienen estilos de vida saludables, depositando la responsabilidad en las víctimas por situaciones aparentes, si indagar las razones o situaciones compulsivas para tal existencia de estilos no saludables.

Por otro lado, dos profesionales refirieron que en ocasiones sí se cumplen los objetivos terapéuticos porque los pacientes hacen el esfuerzo de comprar los medicamentos que no les pueden suministrar.

“Pero también es descuido de los pacientes ¿no? diabético, hipertenso, sin tratamiento, obeso, que no le importa su alimentación, no hace ejercicio, nada, entonces pues ahí es la situación.” (E5)

“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.” (E9)

- Condiciones de salud

Se exploró entre los profesionales entrevistados la contribución del SP para mejorar las condiciones de salud de la población cubierta, siete profesionales mencionan que la acción del SP es limitada, debido a la falta de medicamentos, que con los años ha sido progresiva, mejoró la atención de un grupo de padecimientos pero no de todos, solo los que cubre el CAUSES, permitió ofrecer atención médica a un grupo de personas que no contaba con 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 cérvico-uterino, 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.” (E6)

“Pero ahora que el SP solamente existe como tal, (que) ya no existe Prospera, yo la verdad veo bien difícil que las gentes vengan. Entonces ahora en los últimos veinte años ha sido así como que solo enfermos y se ha descuidado esta parte de promoción en salud. Entonces, en la atención de promoción de la salud, yo pienso que (el SP) es muy pobre.” (E3)

De lo referido en el último testimonio, se infiere que programas sociales como el de Prospera, no promueven el ejercicio del derecho a la salud con respeto a la autonomía y libertad de los sujetos en la toma de decisiones en salud. Estos programas focalizados, que se presentan bienintencionados para atenuar las condiciones de pobreza de la población, son de corte asistencial y no apuntan a modificar las causas estructurales que limitan el desarrollo de las capacidades de los sujetos. Se comprende que la valoración positiva de este tipo de programas por parte de los profesionales, ya que promovían la demanda condicionada de servicios de salud, es una forma de aceptación de las medidas por lo bajo porque las intervenciones de gran envergadura, es decir, aquellas que apuntan a los determinantes sociales de la salud, no son realizables. En este sentido, hay una conformidad por las acciones mínimas que se aplican en un contexto adverso para generar los cambios necesarios que mejoran las condiciones de salud de la población.

- Autonomía médica

Respecto a la autonomía médica, siete de los profesionales entrevistados consideran que sí tienen autonomía médica, principalmente porque pueden decidir cuál es el tratamiento que deben ofrecerle a sus pacientes, siempre y cuando haya adherencia a las guías de práctica clínica.

“Ah claro que sí. Nosotros tenemos un criterio, para manejar a los pacientes y en base a los conocimientos que tenemos, que hayamos adquirido.” (E8)

Por lo referido por la profesional y que además es algo en lo que coinciden los profesionales entrevistados, se comprende que se perciben autónomos en su trabajo a pesar de no poder controlar los tiempos de atención, ni el plan de cuidado a seguir. No obstante, se evidencia que el SP constituye un escenario restringido para el ejercicio de la autonomía médica, la cual comprende la toma de decisiones con base en un código de ética y una racionalidad técnico-científica, pues está limitada por el paquete de intervenciones, medicamentos y padecimientos cubiertos

por el SP. 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 pueden opinar sobre el manejo de sus pacientes, pero no son responsables de que se realicen o no los demás procesos de trabajo de los que dependen que su criterio de decisión se realice.

No obstante, una limitación con este aspecto es que no se preguntó sobre qué comprenden por autonomía médica, solo se hizo esta pregunta a una de las profesionales entrevistadas, quien refirió lo siguiente:

“autonomía médica es que nosotros pudiéramos decir qué programa puede funcionar más que otro. Desde el nivel nacional no conocen bien la situación cultura, de cada estado, a veces se implementan programas que no funcionan, entonces la autonomía en salud pudiera ser que cada estado tomara sus estrategias de prevención, de atención, de tratamiento, de acuerdo a lo que vayamos viendo, qué es lo más frecuente, en cuanto a morbilidad, mortalidad, todo esto en mi área de trabajo.” (E5)

Si bien, se observa que la consideración de la profesional sobre qué es la autonomía médica no coincide con su percepción de ser autónoma en su trabajo, se comprende que ve como necesidad que la autonomía escale de un nivel de intervención individual a uno colectivo, es decir, que el profesional también pueda decidir en el nivel colectivo, un nivel más general de la producción de servicios de salud.

- Tecnologías duras: equipos e insumos

Una de las herramientas con las que cuentan los profesionales en medicina para realizar actividades que suponen la dimensión profesional del trabajo en salud, son las tecnologías duras. Respecto a estas se exploró 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, tiras reactivas para la toma de glicemia y en el caso de 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.

“En el tiempo que yo estuve no se realizó ninguna cirugía, por ninguno de los médicos. O sea, no eres resolutivo en lo absoluto, no tanto porque no hubiera equipo (...) el problema es que no tienen insumos y así pasaron meses y años, y hasta a la fecha, ese hospital sigue sin operar nada.” (E2)

“Al menos en este centro de salud no contamos con (...) un equipo para atención de parto, que muchas veces, la mayoría vienen y se atienden acá. Entonces carecemos de ese material” (E6)

“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” (E8)

“hace como un mes, un paciente que venía a punto de infarto ¿un parche de nitro glicerina? ¡no hay! A veces cuando hay una crisis hipertensiva no hay el medicamento. Afortunadamente nosotros estamos cerca del segundo nivel, ya lo llevé al Hospital Civil.” (E5)

Por lo mencionado por últimos tres profesionales, que trabajan en centros de salud, se observa que existen dificultades para atender condiciones de salud y padecimientos que deber ser resueltos en el primer nivel de atención. Llama la atención que además las situaciones referidas involucran situaciones de interés en salud pública como son la salud materna, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, siendo estas últimas las principales causas de morbilidad entre la población adulta del Estado. La falta de medicamentos e insumos en el primer nivel de atención contribuye a que exista una alta demanda de servicios en el segundo

nivel de atención y que, por lo tanto, la capacidad resolutive del primer nivel de atención, por ejemplo, para la atención de un parto de bajo riesgo, esté disminuida.

“A veces que las tijeras ya no cortan, que las pinzas ya no pinzan (...) que no hay las suficientes gasas, o baja lenguas, o guantes o cubre bocas simplemente no (...) a veces ni agua, Sabemos todos los estudios que hay de lo del lavado de manos y todo lo que ayuda, después de cada paciente lavarse las manos y toda esta situación. A veces no hay agua entonces nos pasan una cubeta” (E5)

Respecto a lo mencionado por la profesional, se comprende que la falta de insumos y equipos médicos afecta la prestación de servicios, pero además la falta de los elementos básicos de protección personal para los trabajadores(as) los pone frente riesgos biológicos. Aunque ninguno de los profesionales refirió un accidente de trabajo por la falta de elementos de bioseguridad, esta es una carencia a resolver para proteger la salud de los trabajadores(as). Por último, la escasez de agua parece ser un problema que afecta a todo el Estado y es prioridad resolverlo.

Por otro lado, en relación con los equipos médicos, cuatro de profesionales mencionan que en ocasiones no cuentan con el equipo médico de exploración, el equipo de atención del parto y estetoscopio. Algunos de ellos señalan que optan por usar los equipos propios pues si se dañan los del consultorio no hay quien los repare.

“Pues cuento con el material necesario, pero porque es mío, porque lo he comprado yo. El material que dan acá, pues lo ocupan más los médicos de la mañana. Entonces así tener como tal, que me los den los servicios de salud no, pero me dan el uniforme” (E10)

Otras de las carencias mencionadas por dos de los profesionales entrevistados, fue el uso de máquinas de escribir para realizar la historia clínica y la falta de recetarios. Uno de ellos mencionó que, si bien, algunos consultorios cuentan con computador, otros no, por lo que, para agilizar el trabajo, lleva su computador e impresora. Una de los profesionales entrevistados también mencionó que hace falta contar con un

sistema de información de los pacientes que disminuya la necesidad de obtener de manera repetitiva información de los pacientes en los diferentes formatos que deben llenarse.

“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!” (E3)

“Hubo un tiempo que ni recetarios teníamos (...) teníamos que sacarle copia a la receta y ponerle, a parte de la original, dos copias: hoja de papel carbón y otra hojita, otra hoja de papel carbón y otra hojita, engrápala y sacarle copias, eso, si servía la copiadora” (E5)

De lo mencionado por los profesionales, se comprende que hay un déficit muy importante de elementos básicos de trabajo para la prestación de la atención, lo cual indica que los rubros para infraestructura, así como el de medicamentos, asignados por el SP son insuficientes. Durante las reuniones informales con el grupo de trabajadores(as) de la salud, en la fase de acercamiento, algunos de ellos mencionaron que además de los problemas de la falta de insumos, equipos, etc., observaban que en años anteriores se formularon iniciativas de nuevos hospitales, aspectos que hasta el momento no se han ejecutado pero que, en los datos oficiales de infraestructura, dichos proyectos se contaban como realizados. Son urgentes las mejoras de las condiciones infraestructura de los servicios de salud, así como las acciones de seguimiento y transparencia en la comunicación del estado de ejecución de los mismos.

- Relaciones de trabajo

En cuanto a la relación con el personal administrativo, tres de los profesionales entrevistados consideran que la relación es buena, que pueden acudir a ellos cuando tienen dudas sobre el manejo de sus pacientes, aunque uno de ellos considera que hace falta preparación y conocimiento entre los trabajadores con funciones administrativas.

Por otro lado, en relación con el trato con los compañeros de trabajo, seis de los profesionales entrevistados considera que hay trabajo en equipo, la relación es respetuosa y cordial, pero uno de ellos considera que en ocasiones los compañeros también pueden ser muy críticos cuando alguno manifiesta dudas o no ha hecho el manejo que se espera para una paciente.

“Creo que a nivel estatal hay mucha gente, que a lo mejor los colocaron (..) porque son amigos de gente de ahí, que están en las direcciones generales, pero que no tienen el conocimiento, ni actitud, entonces la situación gerencial sí está ¡muy mal! en el estado” (E5)

En la tabla 2 se resumen los principales problemas referidos por los profesionales entrevistados en relación con el proceso de trabajo en salud.

Tabla 2. Características del proceso de trabajo en salud.

Dimensión cuidadora: Tecnologías blandas	
Acoger-vincular (relación médico paciente)	<ul style="list-style-type: none"> • Buena: <ul style="list-style-type: none"> • Atención. • Confianza • Empatía. • Comunicación. • Limitada: <ul style="list-style-type: none"> • Procesos burocráticos que limitan el acceso a los servicios y limitan el tiempo para establecer la relación médico paciente. • Desconocimiento de funcionarios del nivel administrativo. • Falta de humanización en los servicios de salud. • Falta de recursos para atender las necesidades del paciente (medicamentos y exámenes).
Generación de responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Advierten de las complicaciones si no se sigue el tratamiento indicado.

Articulación de saberes	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades: <ul style="list-style-type: none"> • La lengua y su diversidad. • Lugar distante de residencia de las comunidades indígenas. • Nivel de escolaridad. • Generar confianza para lograr la adherencia al tratamiento. • Creencias que pueden causar daños a la salud. • Actitud: no entrar en conflicto con las prácticas en salud.
Dimensión profesional: Tecnologías duras	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> •Prevención: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del gasto. • Disminuir morbilidad. •En la práctica son curativos.
Mejoramiento de las condiciones de salud	<ul style="list-style-type: none"> •Limitado: <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubre un conjunto de padecimientos. • Hay falta de insumos y medicamentos. • Falta de estilos de vida saludables.
Proyecto terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> •Barreras: •Falta de medicamentos, biológicos, insumos, equipo médico. •Educación en salud, estilos de vida saludable. •Pocas alternativas de tratamiento en el CAUSES.
Autonomía médica	<ul style="list-style-type: none"> •Percepción de tener autonomía médica, siempre que haya adherencia a las guías de práctica clínica.
Tecnologías duras	<ul style="list-style-type: none"> •Falta de insumos, equipos médicos y de equipo de oficina. •Falta de un sistema de información de los pacientes.

El trabajo como proceso de valorización

- Salario

Se exploró la percepción de los profesionales sobre si el salario que devengan es suficiente para cubrir las necesidades de alimentación, vivienda, recreación, transporte, etc. Cinco profesionales consideran que el salario no es suficiente, que además no se les reconoce un mayor salario cuando tienen estudios de posgrado y que se les debería pagar más por las funciones que desempeñan.

En relación a los estudios de posgrado, cuatro de los profesionales realizaron estudios de maestría sin que esto signifique un mayor salario al que obtienen como médicos generales.

Por otro lado, dos profesionales consideraron que el salario que perciben si es suficiente para cubrir sus necesidades y consideran que el salario es alto si se les compara con otros salarios, como por ejemplo los que ganan aquellos trabajadores que están en el nivel administrativo.

“cuando tú haces un avance académico, por ejemplo, de médico general, si realizas alguna maestría, no hay un cambio en tu código. Sin embargo, sí sería muy importante que valoraran todas esas cuestiones. Yo tengo la maestría en administración de hospitales. Considero que (el salario) no es suficiente.” (E9)

Lo mencionado por el profesional se corresponde con una de las características de las profesiones, como es la expectativa de una remuneración alta, más aún cuando se han realizado estudios de posgrado, como es el caso de algunos de los profesionales. Si bien, se valora como positivo que el componente de desarrollo personal, que hace parte del trabajo decente y del que se hablará más adelante, se refleje en el acceso a oportunidades de posgrado, ya sea porque accedieron a tiempos de trabajo protegidos para poder realizarlos o se contó con oportunidades de becas, se evidencia que no se cumplen los supuestos de que a mayor grado de cualificación, mayores ingresos, los profesionales perciben salarios que no

corresponden con su nivel de preparación, situación que desincentiva los procesos de actualización y formación permanente entre los trabajadores(as).

- Productividad

Con respecto al cuestionamiento sobre cumplir metas de productividad, siete profesionales mencionaron que sí deben cumplir metas, la mayoría son del servicio de consulta externa, y ratifican que deben cumplir metas de número de consultas, no obstante, desconocen cuáles son estas metas, y que no se cumplen en la mayoría de los casos, solo cuando son exigidas a nivel estatal. Además no es suficiente el tiempo para cumplirlas, y en ocasiones, les dan más importancia a las metas de consultas resolutivas y no a las consultas de prevención.

Por otro lado, entre las limitaciones para cumplir las metas de consultas, tres profesionales refirieron que los quince minutos asignados por norma para la consulta no son suficientes y que las funciones de tipo administrativo restan tiempo. En el caso de la médica especialista, refirió que para cumplir las metas en ocasiones registraban como cirugías acciones que correspondían a procedimientos.

“Tienes que ver determinado número de pacientes de primera vez, determinado número de pacientes, también te dicen que tienes que cumplir metas de procedimientos o cirugías y ahí mismo, los mismos administrativos, como no estabas operando... o a lo mejor un procedimiento menor te lo ponías como cirugías o procedimiento para cumplir ese tipo de meta, cuando realmente no lo es (...).” (E2)

“La unidad sí tiene metas de atención, yo no las conozco. Todos: enfermería, médicos deberíamos conocerlas para saber en qué vamos de eficientes y echarle más ganas, o qué meta debemos cubrir de cada programa, pero actualmente eso lo maneja nada más el área directiva y yo las desconozco.” (E5)

De lo referido por las profesionales, se comprende que las exigencias de mayor productividad, pueden incentivar prácticas como las de manipular los datos para

mostrar resultados. Estas prácticas pueden estar motivadas porque los gobiernos buscan demostrar legitimidad ante la opinión pública. En el caso del SP, pudo generar información equivocada sobre los resultados de evaluación de su implementación. Aunque este tipo de situaciones son conocidas por los profesionales de la salud, parece que es una práctica que se ha normalizado. Si los gobiernos no priorizaran sus intereses particulares para prolongarse en el poder y reconocieran las fallas en la implementación de los programas en salud, o de otros sectores, se podría realizar seguimiento a la ejecución de manera transparente lo que sí ofrece oportunidades de mejora, reorientación, etc., pertinentes y a tiempo, que impacten positivamente las situaciones problemáticas a resolver.

Por último, para responder a las limitaciones para cumplir las metas de consulta, dos profesionales refirieron que la toma de signos vitales por parte de enfermería ayuda a optimizar el tiempo, también optan por abreviar datos en la historia clínica, realizan un examen físico dirigido a signos de alarma y omiten cosas que consideran no son importantes. En uno de los centros de salud, la directora implementó como medida extender el tiempo de consulta a veinte minutos, aun cuando la norma indica que lo mínimo son quince minutos.

“Si ya la enfermera me paso la frecuencia cardiaca de la mamá y el pulso, ya no lo vuelvo a checar; confió en lo que mi enfermera me anoto ahí. Entonces eso como que lo vamos obviando, y así nos va dando tiempo, porque de otra manera no da tiempo.” (E5)

En el proceso de trabajo existe una contradicción capital-trabajo, quien produce la riqueza, no es quien la acumula. Dicha contradicción genera tensiones, resistencia, que en el caso de los profesionales se expresa en acciones como las de negociación de los tiempos de atención, adopción de prácticas para optimizar el tiempo, examen físico dirigido, etc. Todas estas acciones constituyen actos de resistencia por parte del profesional por conservar el control sobre su proceso de trabajo, no obstante, con estas acciones no se deja de generar inconformidad por parte del profesional sobre las limitaciones en sus condiciones de trabajo, así como en los sujetos de

atención, quienes padecen las estrategias de adaptación: no son valorados integralmente y no reciben información completa.

- Organización de los trabajadores(as)

En relación sobre la vinculación a una organización de trabajadores y la percepción que tienen de ella, siete de los profesionales entrevistados mencionan pertenecer al sindicato de trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA). En relación con el desempeño, dos profesionales consideran que el desempeño de sus delegados es bueno, mientras que los demás consideran que el sindicato debe trabajar más, dadas las diferencias en las condiciones entre trabajadores formalizados, regularizados y de base, que el sistema sindical presenta problemas pues defiende a los trabajadores que menos trabajan y también generan cierres de los centros de salud, lo que afecta las metas de los centros de salud. Esta última situación, también fue referida por la exfuncionaria de la Secretaría de Salud de Oaxaca, quien considera que el sindicato es el que manda, genera cierres de centros de salud con lo que afecta las metas.

“Yo diría que es bueno. Al menos el delegado que nos representa es el único que puso interés en mi caso, lo comento porque esos ocho años que yo trabajé de contrato pude haber sido personal de regularizado en las dos etapas (...) y por insistencia (...) salí beneficiado en la tercera formalización.” (E11).

“Yo creo que es deficiente (la labor del sindicato). Se ha mal interpretado, a veces el sindicato defiende más a las personas conflictivas o no trabajadoras, o aquellas que han dado un poquito más de problemas. Y a veces cuando uno ha requerido que cumpla con todo lo que al él le corresponde, pues muchas veces el sindicato ha frenado el apoyo a esas personas. Entonces, considero que hay que trabajar un poquito más, yo no he necesitado mayor apoyo del sindicato, sin embargo, sí he visto situaciones en las que no ha sido justo y equitativo.” (E9)

En la tabla 3 se resumen los principales problemas referidos por los profesionales entrevistados en relación con el proceso de trabajo en salud como proceso de valorización.

Tabla 3. Características del proceso de trabajo en salud como proceso de valorización.

Salario	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente. • No es proporcional a las funciones desempeñadas. • No hay un cambio de salario cuando tienen estudios de maestría.
Productividad	<ul style="list-style-type: none"> • Metas de consulta que no se cumplen. • Limitada por el tiempo asignado para consulta.
Gestión de la fuerza de trabajo (organización)	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicato: <ul style="list-style-type: none"> • Actúa en defensa de los trabajadores. • Sistema sindical favorece a los que menos trabajan. • Falta trabajo para favorecer a los trabajadores formalizados y regularizados. • Los cierres de los centros de salud limitan el cumplimiento de las metas de consulta.

Trabajo decente

- Salario justo

Al explorar entre los profesionales entrevistados, si consideran que el salario percibido es justo, uno de los entrevistados refirió que sí es justo, mientras que dos entrevistados refirieron que no es justo, que debería tener un aumento, particularmente la profesional especializada refirió que, comparado con el sector privado, el salario es bajo.

“realmente si tú lo comparas (el salario), a lo mejor con algún otro tipo de trabajo, hasta en el mismo grupo, o sea, oftalmología, médico especialista en oftalmología de manera particular, pues obviamente los salarios de la institución (pública) están muy por debajo de lo que tú pudieras ganar en algún otro lugar, como la medicina privada.” (E2)

- Tipo de contrato

Los profesionales entrevistados refirieron tener diferentes tipos de contrato: regularizados, formalizados y de contrato. En general, manifestaron no tener claridad sobre las condiciones de estos tipos de contrato. Al respecto, ni la Ley General de Salud, ni la Ley Federal del trabajo precisan en qué consisten estos tres tipos de contratos y tampoco el documento de las Condiciones Generales del Trabajo para los trabajadores(as) de la SSA, lo que indica una exclusión de las condiciones de contratación que allí se contemplan, al sector de trabajadores que tienen este tipo de contratos. Lo que se conoce de estos últimos es que corresponden a modalidades de ajustes al contrato temporal de cinco meses y sin prestaciones, con los que se contrató inicialmente a los trabajadores(as) nuevos para garantizar la prestación del SP al inicio de su implementación. Como se indicó en un estudio (Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar Martínez, et al., 2012), en el 2006, el SNTSA inició una negociación con participación de Secretaría de Hacienda, la CNPSS y los trabajadores(as) temporales para ampliar los tiempos de duración de los contratos de los trabajadores temporales y reconocerles algunas prestaciones, precisando que no todos se beneficiaron de este proceso, a quienes sí, se les denomina “regularizados”. Por otro lado, en los últimos años se ha adelantado otro proceso de ampliación de prestaciones para los trabajadores regularizados, llamado formalización. Se comprende por lo referido por los profesionales entrevistados, que los trabajadores(as) regularizados pasar a ser pagados con recursos de la federación, lo que es su perspectiva confiere mayor regularidad en los pagos, a diferencia de quienes son regularizados y cuyas nominas se pagan directamente por la entidad federativa.

En la siguiente tabla se presenta las prestaciones a las que tienen derecho los trabajadores regularizados/formalizados y los trabajadores con contrato de base (Leal-Fernández, Ulloa Padilla, Sánchez-Pérez, & León-Cortés, 2017; Secretaría de Salud, n.d.).

Tabla 4 Prestaciones de los(as) trabajadores(as) regularizados/formalizados y aquellos con contrato de base de la SSA.

Contrato de base	Contrato regularizado o formalizado
<p>Amparados por la Ley federal de los trabajadores al servicio del Estado, que reglamenta el apartado B, del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son inamovibles con excepción de los trabajadores de nuevo ingreso, a quienes la SSA podrá remover en los primeros seis meses. • Escalafón: ascenso con base en conocimientos, merito, antigüedad, etc. • Salario por los días de descanso semanal, de descanso obligatorio, durante vacaciones, por licencia con goce de sueldo o por días económicos. • Cincuenta por ciento sobre el sueldo correspondiente a los días en que disfruten de vacaciones. • Pago adicional del veinticinco por ciento sobre el monto de su sueldo o salario de los días ordinarios de trabajo, cuando se labore en día domingo. • Aguinaldo anual equivalente a cuarenta días de sueldo libre de descuento, o la parte proporcional que corresponda, de conformidad con los días laborados. • Prima quinquenal: por cada cinco años de servicios efectivos prestados, hasta llegar a veinticinco, se tiene derecho al pago de una prima como complemento del salario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos económicos. • Descanso y pago en económico por alto, mediano o bajo riesgo. • Fondo de auxilio por defunción y fondo nacional de ahorro capitalizable. • Ahorro solidario de pensiones- ISSSTE. • Servicios sociales y culturales- ISSSTE. • Seguro de retiro por cesantía por edad avanzada- ISSSTE. • Seguro de invalidez y vida- ISSSTE • Seguro de salud- ISSSTE como trabajador activo, más pensionados y familiares. • Préstamo personal- ISSSTE y FOVISSSTE. • Derecho a votar y ser votados en procesos electorales sindicales. <p>Sin derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalafón. • Becas en tiempo para estudios. • Estímulos por puntualidad. • Participación en convocatorias para profesionalización en las ramas de enfermería, trabajo social, terapia física y rehabilitación.

<ul style="list-style-type: none"> • Vacaciones seis jornadas, por cada seis meses de trabajo ininterrumpidos. • Días económicos: seis jornadas al año. • Fondo de becas con beneficios económicos para los hijos de los trabajadores. • Licencias para desempeñar comisiones sindicales, desempeñar cargos de elección popular, disfrute de becas, por enfermedad no profesional, por razones personales del trabajador. • Prestaciones contempladas en la Ley del ISSSTE: seguro de salud (medicina preventiva, curativa, de rehabilitación, maternidad, riesgos del trabajo, retiro, invalidez y vida); préstamos hipotecarios para vivienda, préstamos personales y servicios sociales y culturales. 	
---	--

En la tabla anterior se documentan algunas de las prestaciones y derechos de los trabajadores(as) de la SSA con contrato de base, que contrastan con las de los regularizados/formalizados. Entre los trabajadores de base sobresalen, además de la estabilidad en el empleo, las diversas prestaciones a las que tienen derecho y que tienen efectos significativos sobre sus condiciones de vida, por ejemplo, poder acceder a préstamos para vivienda, ya que esta se considera un indicador importante para estimar calidad de vida. Por otro lado, llama la atención las licencias a las que tienen derecho, por ejemplo, desempeñar cargos sindicales, realizar estudios o ejercer cargos de elección popular. Respecto a esta última, se considera que esta puede ser una limitante para procesos de organización sindical democráticos y transparentes. Durante una experiencia de acompañamiento a un grupo de trabajadores de la SSA del Distrito Federal, se pudo observar las dificultades que tienen sectores de trabajadores(as) que no son cercanos a los delegados sindicales que tradicionalmente han ocupado estos puestos de

representación, además, se observó que los liderazgos de los trabajadores pueden ser cooptados por integrantes de partidos políticos. Se considera necesario generar mecanismos de participación sindical entre los trabajadores(as) con independencia de los partidos políticos. La licencia para desempeñar cargos políticos de elección popular, concentra recursos de participación política en un grupo de trabajadores/ciudadanos con menoscabo para aquellos ciudadanos que no tienen los mismos recursos políticos y garantías de participación política.

Continuando con lo mencionado por los entrevistados sobre el tipo de contrato, cinco profesionales mencionaron ser regularizados, no obstante, consideran que no existe como tal este tipo de contrato, desconocen sus condiciones de contratación, suponen que es casi lo mismo que el contrato de base, refieren que se pagan con recursos estatales lo que implica un incumplimiento en la regularidad de los pagos, consideran que están en mayor riesgo de ser despedidos y hacen aportes al sindicato pero no aparecen expresamente en las condiciones generales de trabajo.

Por otro lado, cuatro de los entrevistados refirieron que son formalizados, consideran que no hay claridad sobre la estabilidad de este tipo de contrato, los pagos de sus contratos se realizan con recursos federales y el salario es más bajo comparado con el salario que devengan los trabajadores con contrato de base.

Por último, dos profesionales refirieron ser de “contrato”, que son contratos temporales con una duración de tres meses y cuya continuidad está condicionada a una evaluación cualitativa de su desempeño por parte de jefe inmediato.

“Actualmente yo tengo un contrato que se llama: regularizado (...) hay algunas situaciones legales que honestamente yo no comprendo muy bien, antes el pago que nosotros teníamos era de nivel federal, pero como se hizo lo de la descentralización de servicios de salud, entonces nosotros pasamos a ser estatales. Entonces, en caso de que hubiese un despido, nosotros seríamos los primeros despedidos” (E10)

“yo soy médico regularizado. Se considera persona regularizada aquella que aparentemente es de base, sin embargo, no tenemos ningún documento oficial. Tenemos todas las prestaciones en cuanto a ISSSTE.” (E9)

- Pluriempleo

Si bien, no fue un objetivo explorar si los trabajadores entrevistados tenían un segundo empleo, durante las entrevistas, cuatro de los profesionales entrevistados refirieron tener un segundo empleo dando consulta particular. Como se sabe, las profesiones se caracterizan porque implican tiempos de estudio prolongados, altos costos para su financiación y altas expectativas de remuneración como retorno a la inversión. En el caso de la profesión médica, que se caracteriza por tiempos de preparación prolongados, tanto en la licenciatura como en los posgrados, que demandan dedicación exclusiva, lo que genera altas expectativas a futuro de salarios altos. Con la pérdida del valor adquisitivo de los salarios, el pluriempleo en la práctica de medicina privada o liberal, se presenta como alternativa para alcanzar las expectativas de remuneración. Contradicción que se presenta desde hace décadas (Jarillo-Soto, 1983) y que en lugar de mejorar parece agudizarse. Mientras en el mercado de trabajo crece rápidamente el número de profesionales y su distribución es inequitativa entre lo urbano y rural, los puestos de trabajo decente escasean.

- Protección social

Se exploró entre los profesionales entrevistados sobre las prestaciones a las que tienen derechos y que los protegen de contingencias e imprevistos como enfermedad, vejez, maternidad, entre otros.

Cuatro de los profesionales entrevistados refirieron que hacen aportes a PENSIONISSSTE y FOVISSSTE, mientras que dos refirieron hacer aportes a un fondo privado, *Profuturo*. En relación a este último, consideran que no confían en estos fondos y que no se ahorra lo suficiente.

“Me dejaron en Profuturo (...) pero de todos modos creo que te lo van dando de poco en poco, creo que te dan como trecientos pesos que tampoco sirve para nada.” (E4)

- Igualdad de oportunidades

Se preguntó a los profesionales si consideran que tanto hombres como mujeres tienen las mismas oportunidades en el trabajo. Dos profesionales consideran que sí hay igualdad de oportunidades, no obstante, una de ellas considera que no, pues a nivel de los cargos directivos son más los hombres que las mujeres los que ocupan estos cargos. Respecto a la carga de trabajo doméstico y de cuidado, si bien, no es algo que se haya explorado durante las entrevistas, dos mujeres profesionales en medicina refirieron que dejaron su segundo empleo para poder dedicar tiempo al cuidado de sus hijos.

“No, porque al menos aquí en la jurisdicción, siempre han sido más jefes jurisdiccionales hombres que mujeres, al igual que delegados, ha habido delegadas mujeres, pero son contadas (...) porque al final de cuentas sí sigue existiendo en Oaxaca el machismo.” (E12)

- Seguridad en el trabajo

Al explorar sobre las condiciones de seguridad en el trabajo, la percepción de la disponibilidad de los elementos de bioseguridad, como tapabocas o guantes, es variable. Una de las profesionales entrevistadas considera que sí se cuenta con los elementos de protección personal, mientras que otros profesionales refieren que en ocasiones hasta el agua hace falta, la cual es esencial para prácticas de higiene como el lavado de manos. En relación con los padecimientos de origen laboral, observan que son los mismos que se presentan entre la población en general, destaca la hipertensión, obesidad, síndrome de desgaste, estrés, ansiedad, entre otros.

Según lo mencionado, se observa que los profesionales entrevistados no consideran las enfermedades de origen laboral como una problemática importante, quizás porque sí se comparan las cargas de trabajo con trabajadores de los niveles más altos de atención, son en estos últimos donde se evidencian mayores daños en salud asociados riesgos psicosociales y ergonómicos (turnos prolongados, niveles altos de responsabilidad, posturas prolongadas, etc.).

No obstante, aunque parece que no es relevante para este grupo de trabajadores(as), es importante considerar que para algunos ellos las cargas de trabajo pueden aumentar por su segundo empleo o derivarse de las condiciones de empleo (inestabilidad), más que de la carga de trabajo, lo que puede generar síntomas de estrés, ansiedad, depresión, trastornos de alimentación o complicar una enfermedad crónica que se asocia a estos factores de riesgo.

- Desarrollo personal

En relación con el desarrollo personal que les permite obtener el trabajo, cinco profesionales refirieron que el trabajo les ha dado satisfacción al poder ayudar a otras personas, ser más sensibles antes las necesidades de las personas y realizar otros estudios como cursos, diplomados o posgrados. En relación con los tiempos para la formación, consideran que no siempre les garantizan el tiempo para poder asistir a estos espacios.

“Ahorita en mayo viene un curso, que es de tres días. Yo lo pago y todo, pero aquí el problema es el tiempo, que a veces no me autorizan porque no hay quién cubre.” (E4)

De lo mencionado por la profesional se comprende que, pese a que los profesionales se les exige la actualización de manera continua, no siempre los centros de trabajo garantizan los tiempos protegidos en su jornada de trabajo para poder llevar a cabo actividades de formación continua o asistencia a espacios de actualización.

En la tabla 4 se resumen los principales problemas referidos por los profesionales entrevistados en relación con los componentes del trabajo decente según la OIT.

Tabla 5. Características del trabajo en salud como trabajo decente

Salario justo	<ul style="list-style-type: none"> Bajo comparado con el sector privado. Debería tener un aumento. 	Igualdad de oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> Hay igualdad de oportunidades entre hombre y mujeres, pero no así en los cargos directivos, a estos acceden más los hombres que las mujeres.
Tipo de contrato	<p>Cuatro tipos de contrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> De contrato. Formalizados. Regularizados (mayor riesgo de ser despedidos, menor regularidad en los pagos). <ul style="list-style-type: none"> No hay claridad sobre las condiciones de cada tipo de contrato. 	Seguridad en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> Hay cumplimientos de las condiciones mínimas de bioseguridad.
Protección social	<ul style="list-style-type: none"> Aportes a PENSIONISSTE y FOVISSSTE, fondo Proturo. Poco ahorros a largo plazo. 	Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción profesionales. Acceso a educación continua o de posgrado. Desarrollar sensibilidad frente a las necesidades de la población.

Trabajo como florecimiento humano

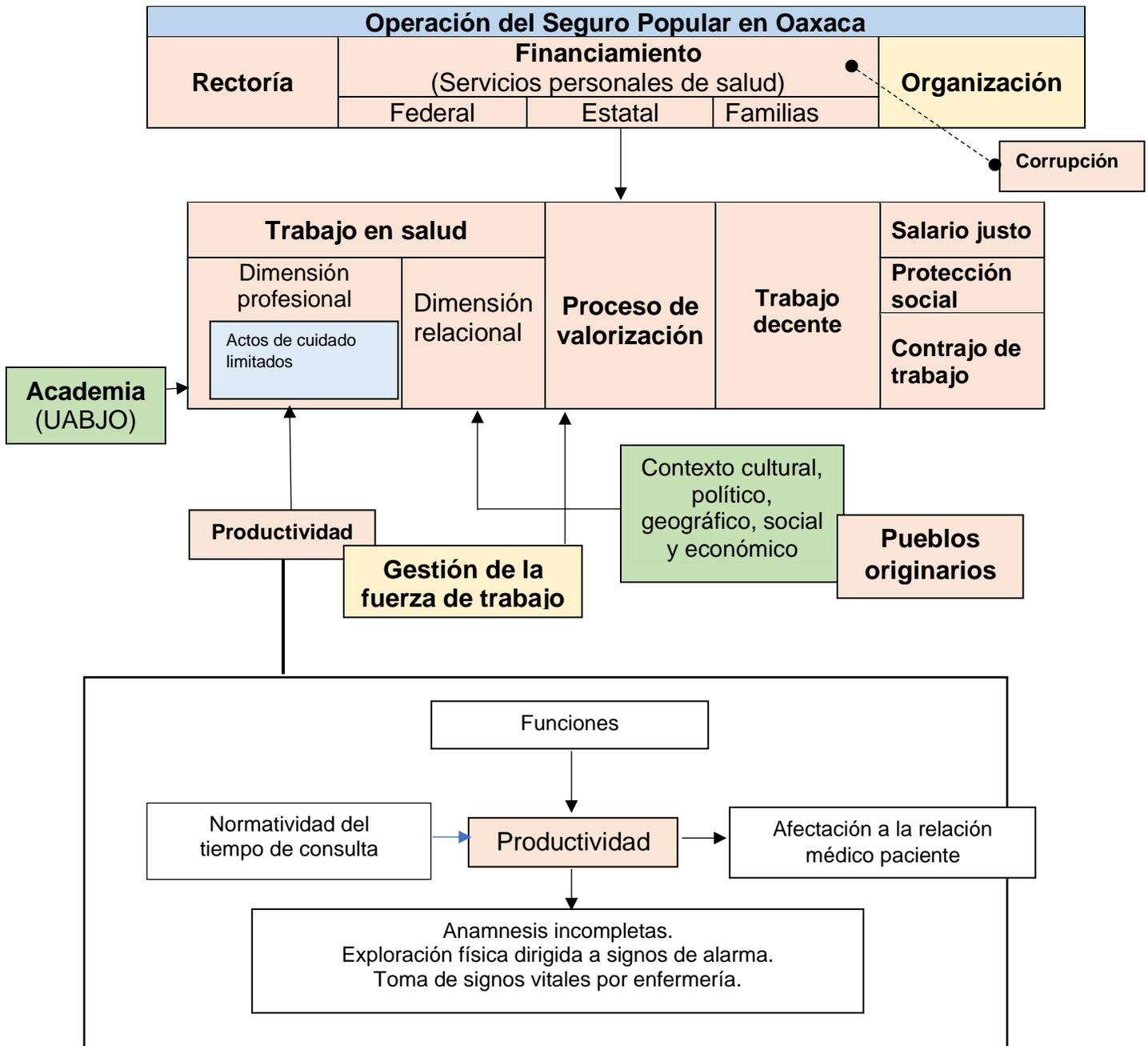
Se exploró entre los entrevistados sobre las capacidades que desarrollan a través del trabajo que realizan. En relación con las capacidades dos de los profesionales entrevistados consideran que el trabajo les ha permitido desarrollar más las capacidades de empatía y de percepción. Durante las entrevistas se observó que los profesionales no están familiarizados con el término capacidades, por lo que se recurrió a ejemplos para precisar a qué se refería la pregunta, no obstante, sus respuestas aludieron a capacidades del ser. Aunque se identifica una contradicción entre el desarrollo de capacidades como mayor percepción y empatía, y el no reconocimiento, por momentos, de los sujetos de atención como ciudadanos con autonomía, sujetos de derechos y comprensión de los procesos de nivel social de la determinación del proceso salud-enfermedad, se considera como oportunidad las capacidades referidas para fortalecerlas e incluirlas en las dimensiones del saber

ser en los programas de formación en ciencias de salud, a promover en la políticas para el sector salud y posicionar como relevante su fortalecimiento en las políticas laborales.

8.2.5 Tensiones del proceso de trabajo médico

En la siguiente sección se presentan las tensiones identificadas en los testimonios de los sujetos entrevistados asociadas al trabajo, proceso de trabajo en salud y características del trabajo decente. Se comprenden como tensiones aquellas relaciones consideradas como problemáticas e identificadas en los testimonios de los profesionales entrevistados y en las fuentes secundarias consultadas que analizan la operación del SP.

Figura 4. Tensiones del proceso de trabajo en salud de los profesionales de la medicina



En la figura anterior, los colores asignados a cada uno de elementos del esquema corresponden a una jerarquización de las tensiones identificadas en las dimensiones del trabajo analizadas. En color rojo se presentan las más relevantes, en naranja las intermedias y en verde aquellos elementos que emergieron del análisis, sin haberse planteados como parte del objeto de estudio pero que en las entrevistas emergen como relevantes. La jerarquización se realiza también como guía para el desarrollo de la discusión. La figura en la que terminan las fechas, representa el favorecimiento o no de las dimensiones del proceso de trabajo en salud analizadas.

9. Discusión

- El trabajo remunerado como medio de desarrollo de capacidades

Como se mencionó en el capítulo de resultados, los sujetos entrevistados asociaron el sentido del trabajo, de manera más común, empírica y limitada. Lo interpretan como la remuneración económica. No es para menos, teniendo en cuenta que en el capitalismo, el trabajo remunerado es el principal medio de subsistencia, pero siendo el salario un bien, como menciona Sen, su importancia no radica en su valor, sino en lo que la gente puede hacer con este (Sen, 1983). En este sentido la remuneración económica percibida por los trabajadores es un medio para satisfacer necesidades materiales, pero también lo es para alcanzar capacidades. Por otro lado, los sentidos del trabajo referidos a sensaciones de agrado, gusto, bienestar, disfrute, aplicación de conocimientos, podrían ser asimilados como las capacidades ubicadas en la esfera de las emociones, sensaciones y pensamiento, enunciadas por Nussbaum: poder usar el pensamiento y razonamiento y poder experimentar placer (Guichot-Reina, 2015). En el caso de los profesionales de la salud se considera positivo y valioso que puedan asociarlas a estas capacidades. Los sentidos atribuidos por este grupo de profesionales contrastan con los hallados en el estudio de Gallardo, en donde los profesionales asociaron al trabajo con sacrificio, compensaciones pequeñas, mano de obra barata, multitareas, en menor medida con algo que vale la pena y algo maravilloso (Gallardo & Ferrari, 2010). Esta diferencia sugiere los matices asociados al trabajo según las condiciones donde este se realiza para un mismo gremio de profesionales.

Por otro lado, a propósito de la importancia del trabajo como medio para el desarrollo de capacidades, la fragmentación del sistema de salud mexicano en distintos subsistemas, refleja también la fragmentación de la inserción de la población al trabajo, y con esto, las restricciones para alcanzar las capacidades a satisfacer que este permite o posibilita; a pesar del reconocimiento constitucional del derecho al trabajo. Así, los trabajadores(as) del sector informal no gozan de los mismos derechos de protección y servicios que establece la ley para los

trabajadores del sector formal (Loayza & Sugawara, 2009), mucho más acuciante en la actualidad cuando las políticas de pleno empleo han debido dejarse de lado y por lo tanto los sistemas de seguridad social como medio social bajo el supuesto de la mayoría, o totalidad, de la población en empleo formal. En este punto también es necesario precisar que la política de seguridad social tuvo su origen en el Estado capitalista (Moreno, 2014), y como se señaló antes, surgió como medida para contener los conflictos de la relación capital-trabajo, modelo que también se aplicó en la política de seguridad social en México y que solo ha tenido el alcance de “seguro social” y no de “seguridad social”, limitada a proteger a la clase trabajadora formal con un paquete de seguros (maternidad, incapacidad laboral, etc), sin avanzar hacia la seguridad social la cual supone la protección contra todos los riesgos sociales y es universal.

Esta situación que afecta a toda la sociedad, se observa con matices en el caso de los trabajadores de la salud, quienes presentan brechas más marcadas y contradictorias entre trabajadores(as) del sector público y del sector privado, como lo han documentado investigaciones sobre la condiciones de empleo de médicos(as) de consultorios adyacentes a farmacias en la Ciudad de México, (Díaz Portillo et al., 2017; Leyva Piña & Pichardo Palacios, 2012), que encontraron mejor remuneración en el sector público, sin embargo esa situación puede ser inversa para el caso de los especialistas, quienes estarían mejor remunerados en el sector privado, atribuible a la menor proporción de estos y por lo tanto supone una mejora en la negociación de las condiciones de empleo y particularmente de remuneración salarial.

En definitiva, el trabajo como una de las dimensiones de la actividad humana es resultado de procesos macroeconómicos y sociales, pero también con gran importancia para los sujetos (Arendt, 2009) y además, es uno de los medios por los cuales los sujetos se integran a la sociedad (Harribey, 2001), todo esto, aún en los procesos de flexibilización laboral y de la pérdida del poder sindical, entre otros,

implantados en las décadas recientes por las políticas económicas y sociales durante el neoliberalismo.

- **Dimensión cuidadora del trabajo médico: entre las habilidades sociales del médico(a), limitaciones externas y la apropiación de derechos de los sujetos de atención**

Al explorar cómo describen los profesionales entrevistados los procesos de dimensión relacional del proceso de trabajo en salud, hay tres elementos que tensionan la forma que adquiere.

Por un lado, las habilidades sociales del trabajador(a) de la salud. En los testimonios se identificó que, si bien, consideran que la relación que entablan con sus pacientes es buena, hay momentos definitivos como son el contacto inicial y la resolución de situaciones conflictivas. Sobre la importancia del primero en la relación médico paciente, y que además también suele ser definitiva en otros ámbitos como el trabajo en servicios, el estudio etnográfico de Goffman en instituciones psiquiátricas, menciona que el contacto inicial marca la dinámica de la relación en conjunto y está a su vez está permeada por prejuicios, ideas de quienes intervienen; en este sentido, el profesional de salud deberá aprehender al sujeto de atención, con sus particularidades e intentando comprender el contexto social y cultural del que proviene. Contar con marcos de referencia amplios desde las ciencias humanas y sociales, les brindan habilidades de comunicación, escucha, así como desarrollar capacidades de empatía y pensamiento crítico. Al margen, del subsistema de salud del que se trate: SP, Seguridad Social, Sector Privado; el fortalecimiento del personal de salud recae importantemente en las instituciones de educación superior por la formación de profesionales, y también por la relevancia que se otorgue al fortalecimiento de estas habilidades en las instituciones de salud se desde el nivel federal, estatal y local.

Como lo describió Durand, el trabajo en servicios, es en esencia comunicación y para que sea efectiva debe haber una contextualización y reflexión, por lo cual es indispensable que el profesional de la salud cuente con habilidades para permitirle establecer una comunicación exitosa, porque es quien guía este proceso. Estas habilidades y saberes, que corresponden más a áreas de las humanidades, se trabajan poco durante la formación universitaria y de actualización en los profesionales de la medicina, en particular y de la salud en general.

Por otro lado, están las limitaciones externas, es decir, aquellas no atribuibles al profesional, ni al sujeto de atención, pero a las que los profesionales también intentan resistir. Una muy importante referida por los participantes entrevistados es el poco tiempo disponible para la atención, y asociado a la carga de tareas administrativas lo acorta aún más sumado a las deficiencias en recursos y trámites.

Respecto al tiempo de atención de la consulta externa de medicina general, se ha documentado que los trabajadores(as) consideran que este tiempo es insuficiente (Ardila Sierra, 2017), no obstante, como indican Otomuro y Mariel, no hay muchas investigaciones que permitan establecer un indicador estricto del tiempo necesario para la atención en la medicina general, generalmente asociada al primer nivel de atención, en una revisión realizada al respecto, concluyen que en general el tiempo está normado entre los 10 a 15 minutos de atención, sin que exista una recomendación internacional sobre el tiempo, técnico y éticamente adecuado (Otomuro & Mariel Actis, 2013).

Ante la restricción del tiempo, los profesionales entrevistados también refirieron algunas de las acciones que llevan a cabo para optimizarlo, como son escribir de manera abreviada en la Historia Clínica, realizar un examen físico dirigido, o como en el caso del centro de salud de Pueblo Nuevo, extender la consulta a 20 minutos. Así, aunque no haya una recomendación sobre un tiempo óptimo, esto evidencia insuficiencia del tiempo para realizar todas las actividades a necesarias, con particular detrimento en acciones del acto médico. Con esto, como menciona Coriat, se aplican lógicas de la producción en masa, ocasionando la obstáculos y

deficiencias en la realización de saberes médicos tanto discursivos como prescriptivos. La inexistencia de una recomendación de un tiempo óptimo técnicamente sustentado y asumir un criterio administrativo, supone también la dificultad adecuarlo a la infraestructura insuficiente y cantidad suficiente de trabajadores(as) de la salud, para garantizar la disponibilidad de la atención. Otro aspecto a considerar es la diferencia de práctica profesional en Centros de Salud públicos en comparación con el tiempo de atención en los consultorios privados de Oaxaca, atribuyen a los primeros, restricciones en el tiempo de atención, y a los segundos mayor disponibilidad atribuible a la menor demanda de servicios y a las características mismas de la práctica profesional privada.

Ante una falta de evidencia concluyente que precise el tiempo óptimo, es pertinente considerar realizar experiencias piloto que evalúen tanto la calidad de la atención, la satisfacción del trabajador(a) de la salud y del sujeto de atención, pero también los resultados en salud a largo plazo, porque aumentar los tiempos de atención implica mayor gasto en infraestructura y nómina, en última instancia los resultados en salud para población podrían ser la mejor inversión a considerar.

En relación con la carga que implica la realización de tareas administrativas, también se ha documentado como una afectación para otros trabajadores del sector (Ardila Sierra, 2017). Un aspecto indispensable porque los sistemas de información en salud requieren el registro de los 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 la realización de actividades adicionales o de mayor detalle. Una indicación indirecta es el proceso de afiliación al SP, en el caso de los SESA y el SP el estudio de Flamand y Moreno documentó 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 (Flamand & Moreno Jaimes, 2016). Así los profesionales entrevistados señalan que en algunos consultorios hay

equipos de cómputo, mientras en otros hay máquinas de escribir, lo cual se corroboró durante la visita a los centros de salud. La falta o limitación de recursos tecnológicos para registrar información como una historia clínica digital, obliga a reorientar el quehacer del trabajo médico hacia actividades que restan centralidad a las acciones propias del cuidado de la salud.

Por último, están las tensiones en relación con la apropiación del derecho a la salud por parte de los sujetos de atención. Si bien, no se ubicó previamente en la dimensión cuidadora de salud el respeto a los derechos de los sujetos de atención, si está presente en los testimonios de los profesionales entrevistados, 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 prometió y promocionó el SP, sin duda un aspecto polémico porque en una vertiente tiene un atributo positivo al generar la capacidad de exigencia de sujetos sociales generalmente subordinados al profesional, y por otro para los profesionales les reta a modificar la interpretación preexistente desde el poder profesional. Por otro lado, programas como PROGRESA proporcionó incentivos monetarios a las familias, pero condicionado a la utilización de servicios de salud, obligando la asistencia a centros de salud de la población beneficiaria. Además, el Plan Sectorial de Salud del Estado incluye en uno de sus ejes del modelo de atención la promoción de la participación ciudadana, pero parece haber contraste con el interés referido por los profesionales de salud de contribuir con su trabajo a ayudar a la población. Durante las visitas a los centros de salud, se observó en las salas de espera carteles sobre los derechos de los pacientes.

Esos elementos evidencian la realidad contradictoria de avances en el diseño de políticas para instituir derechos normados, sin que los profesionales de la salud modifiquen su interpretación de los sujetos de atención como sujetos de derechos.

- **Dimensión profesional: se trabaja con lo que se puede**

Una de las condiciones para la adecuada atención en salud, son las condiciones de infraestructura y los elementos de trabajo. Los profesionales entrevistados refirieron falta de medicamentos, insumos y equipo de oficina en su lugar de trabajo.

En relación con 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-Latorre et al., 2008; López-Moreno et al., 2011; Wirtz et al., 2012). Las implicaciones son varias, no solo en las condiciones de trabajo de los profesionales, sino también en los sujetos de atención. A los primeros los afecta porque no se cumplen los objetivos de tratamiento y en consecuencia afecta a los sujetos de la atención; a los segundos, desincentiva la utilización de los servicios de salud y, como lo señalaron Ávila et al, los sujetos de atención deben incurrir en gastos en salud destinados a la compra de medicamentos (Ávila-Burgos et al., 2013).

Investigaciones como la de Contreras y Tetelboin, mencionan que las dificultades en la entrega de medicamentos se identificó en las etapas iniciales (piloto 2001 a 2003) de implementación del Seguro Popular, pero pese a estas, se continuó avanzando en la implementación de la reforma del 2003 (Contreras-Landgrave & Tetelboin-Henrion, 2009; Nigenda, 2005).

Por otro lado, en particular con las causas de esta situación y que conciernen a la operación del Seguro Popular y pueden generalizarse a todo el sistema, la exfuncionaria de gobierno señaló retraso en la transferencia de recursos financieros desde la federación hacia a los estados, mal manejo administrativo y corrupción. La investigación de López et al, sobre la organización del abasto de medicamentos, encontró que algunos de los funcionarios que participan en la cadena de compra y distribución de medicamentos, indicaron retrasos en la entrega de los mismos en las unidades de atención y subordinación de la toma de decisiones clínicas a

definiciones administrativas (López-Moreno et al., 2011). Los hallazgos en esta investigación estimó en 50%, el porcentaje de surtimiento de recetas completas en unidades de atención ambulatoria en el estado de Oaxaca, sumados a los testimonios de los profesionales entrevistados, contrasta con los hallazgos de otra investigación donde se considera el porcentaje de surtimiento de recetas completas cercano al 80% (Garrido-Latorre et al., 2008), esta investigación encontró que en los hospitales el porcentaje de recetas completas entregadas se estimó en el 44%. En el caso de Oaxaca, los profesionales entrevistados refirieron dificultades presentes en el Hospital Civil para atender a la población, como institución de segundo nivel a donde se remiten los pacientes atendidos en los centros de salud. Hasta noviembre de 2019, trabajadores del hospital informaron en medios locales de comunicación, la crisis de desabasto de medicamentos e insumos para atender a las familias que acuden allí, obligándoles a la compra de medicamentos e insumos para poder ser atendidos (ADN, 2019).

- El dilema del financiamiento en salud como reflejo de inequidad social

La reforma a la Ley de Salud de 2003 fue una reforma financiera al Sistema de Salud, con el principal objetivo de brindar protección financiera en salud a las familias más pobres. La reforma se inscribe en un proceso de descentralización de los servicios de salud en México iniciado en el gobierno de Miguel de Madrid a inicios de los años 80, no obstante, tal descentralización también 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 que vivió el país desde los años ochenta.

Los sujetos entrevistados refirieron falta de insumos, medicamentos, infraestructura, que denota falta de recursos para financiar la atención en salud, mientras que la exfuncionaria mencionó demoras en la transferencia de recursos y mal manejo administrativo. Respeto a esta última situación, Nigenda menciona que durante la fase inicial de implementación, año 2001, en algunos de los estados que participaron en el piloto se presentaron demoras en las transferencias de recursos,

lo que implicó subsanarlos con otras fuentes (Nigenda, 2005). Las dificultades para garantizar el derecho a la salud en la población del estado de Oaxaca, están estrechamente relacionadas con el desarrollo económico, político y social del estado. La ausencia de un proceso de planeación de la política pública, en todos los sectores de la población, se expresa en que los indicadores de salud del estado, que se encuentren entre los más bajos.

La política pública para el sector salud, tiene el reto de formularse ya no en el contexto de la planeación estratégica tradicional, que departamentaliza las problemáticas de la población por sector, sino desde una mirada transversal que integre a todos los sectores, para llegar a soluciones estructurales que deriven en mejores condiciones de salud de la población.

Como se mencionó, sobre las características del Estado, la población de Oaxaca presenta una mayoría pobre, más de 50% de los hogares tiene ingresos por debajo de dos salarios mínimos. Es una entidad rezagada en educación y la mayoría se emplea en el sector informal. Si bien, los indicadores en salud muestran una tendencia a la mejoría, la salud implica mucho más que evitar la muerte prevenible, es desarrollar capacidades.

El nuevo gobierno federal a partir de 2018, plantea como una oportunidad para poner bajo otra mirada la planeación de la política de salud, pero además comprender la complejidad de la dinámica territorial para alcanzar transformaciones en las condiciones de salud y de vida de la población. Una de las estrategias es la planeación estratégica pública, que introduce el análisis situacional, que reconoce las subjetividades de los afectados por las políticas de gobierno, elementos señalados con anterioridad (Huertas, 1996). Este trabajo de investigación tuvo la intención inicial de usar como referentes teóricos los planteamientos de investigadores como Carlos Matus, pero se optó por mencionar a manera de recomendación, su propuesta teórica y metodológica de la Planeación Estratégica Situacional.

Siguiendo con la lógica de que la formulación de la política pública debe integrar a todos los sectores de la sociedad, se identifica como una de las fallas en la definición de Seguro Popular a nivel local, como los indican Contreras y Tetelboin (Contreras-Landgrave & Tetelboin-Henrion, 2009), esas autoras también señalan la no deliberación de la adopción de la política, si bien el debate desde el nivel central contó con la participación de todos los sectores (académicos, trabajadores, políticos), no se dio la misma situación durante la implementación en los estados, fue una política vertical, esto, porque la implementación de la política en el nivel local está condiciona por la correlación de fuerzas de los diferentes grupos de interés en ese nivel. Así, en futuras formulaciones y procesos de implementación, se deben ofrecer espacios y recursos de participación para todos los actores involucrados, con particular énfasis en aquellos con menores recursos económicos y políticos.

En una eventual formulación de un plan de desarrollo territorial para el estado de Oaxaca se considera importante generar estrategias de corto, largo y mediano plazo, que garanticen el trabajo digno (el cual es medio para el desarrollo de capacidades), para toda la población con efectos en la fragmentación del Sistema de Salud de México. En el caso de Oaxaca cerca del 80% de la población está ubicada en el sector informal (PROCESO, 2019). Por lo que es necesario formular políticas que impacten procesos de determinación social de la salud.

El estado de Oaxaca, es un estado con diversidad cultural, con características en el territorio que suponen barreras para la representación social y participación en la agenda política de todos los grupos sociales. Tres de cada diez habitantes del estado, es considerado indígena, al menos en los términos definidos por el INEGI, no obstante, si se tienen en cuenta a las generaciones que no hablan lengua indígena, pero provienen de una comunidad de pueblos originarios, la proporción es mayor, siendo estos los de mayores dificultades para alcanzar el disfrute del derecho a la salud.

- El sindicato: entre la defensa de los trabajadores y la corrupción

El reconocimiento de los derechos de los trabajadores es, sin duda, producto de luchas sociales de sectores organizados de trabajadores. En el caso de México, hubo un periodo de bonanza en el reconocimiento de sus derechos particularmente, durante el gobierno de Lázaro Cárdenas. Durante este periodo en Europa hubo avance en el reconocimiento de las garantías laborales lo que generó un ambiente internacional a favor de los trabajadores y que, sumado a la concreción de conquistas heredadas de la revolución mexicana, generó conquistas para los trabajadores. A este acuerdo entre Estado y trabajadores se denominó Corporativismo sindical. Los liderazgos sindicales se vieron cooptados por el gobierno, al entregar fidelidades a partidos políticos a cambio del reconocimiento de derechos (Gatica Lara, 2007).

Uno de los problemas que afectan al desarrollo del proceso de trabajo en salud en Oaxaca, son las prácticas de asignación de permisos sindicales, ausentismo laboral y bloqueos en los centros de atención. Durante el trabajo de campo, realizado entre enero y abril de 2019, fue posible evidenciar cierres de centros de salud por parte de trabajadores de la salud pertenecientes a algunas secciones del sindicato estatal.

El derecho de asociación a los trabajadores es fundamental para protección de sus derechos, más aún cuando muchos trabajadores en México carecen de ese derecho, pero debido a falta de transparencia en acciones del Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud, se requiere la participación colectiva y desde la base trabajadora para reorientar la función y operación del Sindicato con base en principios de justicia y transparencia.

Sin embargo, pese a las dificultades de organización y funcionamiento del Sindicato de la Secretaría de Salud en Oaxaca, los trabajadores entrevistados también reconocen el rol de defensa de sus derechos. Como lo mencionan Nigenda et al, el Sindicato de la Secretaría de Salud tuvo un importante papel durante el periodo de regularización de trabajadores pagados con recursos del Seguro Popular (Nigenda,

Ruiz-Larios, Aguilar-Martínez, et al., 2012), logrando el reconocimiento de prestaciones y mayor continuidad en sus contratos. Ninguno de los trabajadores entrevistados es de base y por lo tanto no están amparados por las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, no obstante eso, pagan cuota sindical.

Para una adecuada implementación de la política en el estado de Oaxaca, la toma de decisiones deberá considerar la negociación y deliberación con los trabajadores de la salud, ya que como lo documentaron Nigenda et al, la implementación del Seguro Popular dejó como experiencia las resistencias y características diferentes de cada estado debido a las cuotas de poder de los actores involucrados (Nigenda et al., 2016). Como señala Batista y Merhy, un sistema de salud fundado en la universalidad y la calidad, supone la transformación de los procesos de trabajo en salud, lo cual obliga al trabajo colectivo de todos los trabajadores(as) de la salud o de lo contrario este no será posible (Batista & Merhy, 2016, p. 20).

- El enfoque de APS e intercultural ausente

Desde organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, se han generado recomendaciones para el funcionamiento de los sistemas de salud. Una de ellas es la inclusión del componente de Atención Primaria en Salud, debido al impacto en las condiciones de salud de la población, aun cuando esta no es exclusiva del primer nivel de atención, pero debido a que se estima que este tiene la capacidad de resolver hasta el 85% de los problemas más prevalentes (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011), se considera necesario fortalecer la capacidad resolutiva y de las acciones de prevención y promoción en este nivel. Por supuesto, al pertenecer la mayoría de los profesionales entrevistados a Centro de Salud eso explica porque en las entrevistas sobresalen las dificultades en este nivel. En este orden, una de las preocupaciones de los profesionales entrevistados es que la atención es de carácter curativo más que preventivo, además es matizada por los factores ya mencionados como falta de insumos y medicamentos, de equipo de oficina, así como la falta de formación en prevención en salud. En el marco de los

lineamientos del modelo de atención en salud, uno de sus principios fundamentales debe ser la Atención Primaria en Salud.

Uno de los ejes del Plan Sectorial de Salud es la APS lo que implica acciones preventivas y curativas según lo mencionó Arouca y tradicionalmente la prevención ha sido relegada y al margen de la crítica a su la viabilidad en tanto se mantengan las condiciones de inequidad (Arouca Da Silva, 2003), los sistemas de salud nuevamente hacen énfasis en esta para alcanzar la meta no lograda de Salud para todos en el 2000. No obstante esa y otras iniciativas y declaraciones, para los profesionales entrevistados médicos(as) de primer nivel, la práctica profesional que realizan es eminente curativa y en grado extremo, como precisa una de las médicas, no saben qué es la medicina preventiva. Cuando mayor alcance logran refieren la responsabilidad de los sujetos atendidos, reiterando lo que en su momento indicó a Arouca como crítica: delegar la responsabilidad del cuidado a las familias e individuos, así como la focalización a los más pobres.

Estas tensiones plantean más interrogantes que respuestas, porque la medicina preventiva está dirigida, entre otras, a propiciar la autodeterminación de los sujetos de atención sin ser medio para legitimar e invisibilizar las causas de las inequidades en salud.

Entre los principios a considerar en la APS, también está el enfoque intercultural, señalado en el plan sectorial de salud del Estado, así como en la Ley estatal de salud se indica que los SESA deben apoyar la práctica de la medicina indígena, de ello no se evidenció nada de su aplicación durante el trabajo de campo. Además los médicos(as) entrevistados no están familiarizados con tal enfoque y tampoco se ha incluido la medicina tradicional a la oferta de servicios.

Como lo mencionaron los profesionales entrevistados, entre las barreras de acceso a los servicios de salud que presenta la población de pueblos originarios son de tipo geográfico debido a la orografía del estado, la falta de recursos económicos y de

transporte que le impide desplazarse a los centros de atención y tener adherencia a los tratamientos, y la diversidad de lenguas indígenas. Sumado a esto, está la falta de disponibilidad de recursos, tanto de medicamentos como de trabajadores(as), ya que como lo refirió la exfuncionaria de gobierno de la Secretaría de Salud de Oaxaca, los profesionales de medicina que deben realizar su servicio social no desean ubicarse en centros de salud en lugares apartados, aun cuando la ley de salud del Estado señala que, de manera prioritaria, los pasantes de áreas de la salud deben desplazarse a los lugares más atrasados social y económicamente (Poder-Legislativo, 1994) .

En el estudio realizado por Leyva et al, sobre la utilización de los servicios de atención primaria en salud entre población indígena, a partir de la ENSANUT 2012 (Leyva-Flores, Servan-Mori, Infante-Xibille, & Pelcastre-Villafuerte, 2014), se estimó que la población indígena asegurada por el SP presenta barreras económicas para hacer uso de estos servicios. Además, al comparar la población indígena y no indígena afiliada al SP hay mayor proporción de asegurados de población indígena, lo cual corrobora a esta población donde se concentran las mayores inequidades de ingreso económico.

Para posibilitar soluciones, podría considerarse la creación de un sistema de incentivos para garantizar la disponibilidad de profesionales en lugares apartados del Estado, con condiciones de trabajo garantizadas para un trabajo decente y condiciones de vida adecuadas para los profesionales recién graduados. Como lo documentan Ramírez et al, la manutención de los pasantes descansa en el apoyo de sus familias, en ocasiones no tienen procesos inducción al puesto de trabajo y a veces son obligados a modificar datos de los informes de salud, entre otras problemáticas (Ramírez de la Roche et al., 2012).

- ¿Falta de planeación del talento humano en salud?

Uno de los estudios revisados sobre las condiciones actuales de los trabajadores(as) de la salud indica que hay escasez de profesionales (Pavolini &

Kuhlmann, 2016) y en el caso de Oaxaca, se estima que está por debajo del promedio nacional, no obstante, esta situación contrasta con el creciente desempleo y la gran cantidad de profesionales concentrados en las zonas urbanas. Esta situación ratifica considerar un sistema de incentivos para lograr mejor distribución de los profesionales en zonas rurales y de difícil acceso, complementado con políticas de selección, admisión y costos en los centros de educación superior que ofrecen la carrera de medicina, a fin de no transferir a las familias, los gastos de formación y sostenimiento de los profesionales en formación.

- Ausencias en la formación del profesional en salud

Si bien, tanto la Ley General de Salud como la Ley estatal de Salud de Oaxaca (Congreso de Oaxaca, 2019), precisan acciones de fortalecimiento de capacidades del talento humano en coordinación con instituciones de educación, existen vacíos en las estrategias para la planeación de la formación del talento humano en salud, tanto en el nivel de pregrado como de posgrado. Como se observó, en las características de los sujetos entrevistados, la mayoría son egresados de la UABJO, por lo que se considera un actor clave en el ámbito estatal para el diseño de planes y programas de formación que respondan a las necesidades en salud de la población del estado.

El fortalecimiento en tecnologías blandas se considera un área prioritaria a fortalecer, porque por ejemplo la calidad de la relación médico paciente tiene repercusiones en la calidad de la atención. Si bien, todos los profesionales entrevistados refirieron brindar un trato digno a los sujetos de atención, llama la atención que varios atribuyan una importante responsabilidad a ellos sobre sus resultados en salud y ante la falta de recursos, consideran que la población debería hacer pagos al momento de recibir atención y además, se debería dar continuidad a programas como el desaparecido *Prospera*, pues condicionaban beneficios a cambio de acudir a los centros de salud.

Estas situaciones sugieren que se requiere fortalecer las habilidades blandas de los profesionales de la salud, como son la empatía, la solidaridad y la comunicación, así como proveerles herramientas para comprender a los sujetos de atención, como sujetos de derechos, autónomos, asimilando el contexto social que determina socialmente la forma en la que viven el proceso salud-enfermedad. Por supuesto, esto supone avanzar en los procesos de formación de los profesionales de las ciencias de la salud, los marcos de contenido y las herramientas de valoración integral en salud, que no solo sirvan al médico(a) para documentar datos, sino también para gestionar intervenciones con los demás miembros del equipo de salud y las acciones intersectoriales a la que haya lugar (sector educación, trabajo, desarrollo social, etc.), según las necesidades que identifique.

Por otro lado, algo a considerar en el proceso de formación en salud son las experiencias de países como Cuba y Colombia, donde las universidades asignan cuotas de admisión especial para jóvenes de minorías étnicas que quieran formarse en salud y que posteriormente regresan a sus comunidades a prestar sus servicios. Es necesario explorar alternativas como estas, que por un lado democratizan el acceso a programas de formación en salud un tanto elitistas, y por otro generan incentivos para que jóvenes de las comunidades apartadas, de menores ingresos, de pueblos originarios; con interés en desarrollar un proyecto de vida en su comunidad, sea el talento humano sensible que brinde la atención en salud de acuerdo a las necesidades de las comunidades.

Por último, un aspecto importante es el reconocimiento de los estudios de posgrado en las escalas salariales. Cuatro de los profesionales entrevistados realizaron estudios de maestría en las áreas de salud pública, geriatría y administración sin repercusión de mejor salario. Parece inevitable reformular las escalas y tabuladores salariales, así como asignación de cargos y responsabilidades de gestión y dirección de los recursos humanos en puestos donde su formación pueda ser aplicada y reconocida. En trabajos de investigación para el sector en salud en Colombia, se ha evidenciado que uno de los efectos del no reconocimiento de

estudios de posgrado en áreas clínicas, para profesiones como enfermería y no reflejados en un mejor salario, ha incentivado la migración de estos profesionales a áreas administrativas donde encuentran una mejor remuneración económica (Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

- Trabajo decente: igualdad de oportunidades, protección social y estabilidad en el empleo

En los resultados se mostraron los testimonios de los profesionales entrevistados quienes asocian al trabajo con el significado de remuneración económica, es decir representa un salario y si bien la mayoría manifestó querer tener una remuneración mayor hay quienes consideran que el salario es suficiente. Por el contrario, la dimensión más problemática, en términos de condiciones de empleo, fue las condiciones de contratación.

Las condiciones de contratación están relacionadas con los rubros que se destinan de los recursos de Seguro Popular al pago de la nómina del talento humano relacionándose esta dimensión del trabajo con los problemas de financiamiento del Seguro Popular. La continuidad de los contratos parece condicionarse a los recursos financieros que se liberan año tras año para operar el Seguro Popular. Ninguno de los profesionales entrevistados tiene contrato de base, son de regularización o formalizados, sin que haya claridad jurídica sobre estas figuras de contratación.

La ambigüedad en estas modalidades de contratación genera incertidumbre entre los trabajadores entrevistados porque no tienen garantías en la continuidad de los contratos laborales. Las figuras de contratación: regularizada y formalizada, son precarias y responde a las políticas de flexibilización laboral del mercado de trabajo, en general. Además la Protección Social es deficitaria, porque por ejemplo, refieren realizar aportaciones a PENSIONISSSTE y otros a fondos privados, sin existir certeza de cubrir las necesidades de esta población cuando sea adulta mayor.

Por último, entre las consecuencias de la inestabilidad en la contratación, se encuentra mayor estrés laboral e insatisfacción laboral asociada a menor entrega de información a los sujetos de atención como lo han mencionado diversos autores (Martín-Payo et al., 2005; Pérez-Cárceles et al., 2006).

10. Conclusiones

Para estructurar las ideas sobre el análisis de las líneas de fuerza o tensiones del objeto de estudio propuesto, el proceso de trabajo de los profesionales de medicina en el marco de la prestación de servicios de salud de SP en Oaxaca, se hace bajo la perspectiva de los objetivos propuestos.

Antes de eso, hay que referir un objetivo de proceso que se cumplió durante el desarrollo de la tesis. La revisión de los marcos teóricos para el análisis del trabajo médico desde la Salud Colectiva y, por otro lado, los de la Sociología del trabajo sobre el trabajo productivo y en el sector servicios, permitió reconocer el camino andado para explicar el trabajo, sus dimensiones, elementos y transformaciones.

En el caso de la Salud Colectiva como corriente de pensamiento crítico que emerge en América Latina en los años 60, con el interés por explicar la relación entre las inequidades del proceso salud-enfermedad-atención de los colectivos y la práctica médica, asimilándola como proceso de trabajo ha encontrado en las Ciencias Sociales los marcos para su análisis, que a su vez estaban influenciados por el pensamiento marxista. El campo de la Sociología del trabajo permite enmarcar en sus desarrollos los cambios en el mundo del trabajo, los cuales también encontraron fundamento en la economía política de Marx, pero que, con el crecimiento del sector servicios desde la década de los años ochenta, se vio en la necesidad de generar nuevas teorías para superar las limitaciones del concepto de trabajo clásico, el productivo, industrial y asalariado.

Los elementos de ambas teorizaciones brindan marcos para aprehender y comprender al trabajo de los profesionales de la medicina, al considerar y permitir la reflexión sobre sus particularidades, también porque remite a otras dimensiones frecuentemente soslayadas y que son importantes para definir y abordar; por ejemplo, en la arena política, los objetivos, acciones y metas para una política laboral y de salud, que considere a los trabajadores(as) de la salud como fin y medio. Medio en tanto sujetos con capacidad de producir actos de cuidado en salud de los

colectivos, y como fin en tanto son ciudadanos, clase trabajadora, sujetos de derechos laborales. Para dar cuenta de las aspiraciones en este último rol, el concepto de trabajo decente de la OIT y la consideración del trabajo como fuente de florecimiento humano, de desarrollo de capacidades, sugeridos en esta investigación, son plataformas necesarias para pensar los derechos de los trabajadores(as) de la salud a ser incluidos en la política de salud, en particular para la producción de servicios de salud.

En cuanto a revisar los objetivos propuestos, el primero hace referencia a describir el proceso de trabajo en salud en el nivel macropolítico de la formulación del SP en México. La revisión de los antecedentes de la formulación del SP concebido desde el inicio como reforma financiera al sistema de salud, como parte del proceso de descentralización de los servicios de salud, y cuya financiación desde su instrumentación como programa piloto y durante todos los años de implementación presentó déficit. Los efectos de esa carencia financiera, ha afectado al trabajo médico principalmente en la dimensión profesional, por la ausencia de recursos, como tecnologías duras para la prestación del servicio: falta de medicamentos, equipos, insumos y hasta equipo de oficina, lo cual constituye una limitación para el desarrollo de los proyectos terapéuticos. En el caso de los sujetos entrevistados, tuvo como efecto secundario conflictos en la relación médico-paciente, por el incumplimiento en las expectativas en la atención que promocionó el SP, y además, tensiones entre lo que consideran como autonomía médica, porque si bien se perciben autónomos en su trabajo, reconocieron que las intervenciones autorizadas en el CAUSES eran limitadas, respecto de las necesidades de atención de la población.

Otra afectación al trabajo médico se expresa en las dimensiones del trabajo decente según la formulación de la OIT, como estabilidad en el empleo, protección social y organización de los trabajadores. Desde el inicio de la implementación del SP la contratación de los trabajadores(as) se dio en condiciones precarias, a través de contratos eventuales de tres meses y con extensión posterior. Si bien, se

implementaron los llamados procesos de “regularización” y “formalización” (con falta de claridad hasta el momento para los trabajadores y falta de acceso al marco normativo que los regula). Los trabajadores(as) participantes en el estudio, todos con contratos eventuales, formalizados y regularizados, no tienen las mismas garantías de continuidad en su trabajo como los trabajadores(as) de base. Además, no se les reconoce el derecho de organización, es decir de estar asociados al Sindicato y tampoco tienen las mismas prestaciones sociales que los trabajadores de base.

El problema de fondo es el presupuesto, tanto para garantizar a todos(as) los trabajadores(as) de los SESA, como mínimo, las condiciones de contratación y protección social, contempladas en las Condiciones Generales del SNTSA, así como para abastecer las tecnologías duras, incluyendo la infraestructura, para la prestación de los servicios de salud. Esta situación remite a reconsiderar reformas estructurales, para permitir la financiación de un sistema de salud universal, con mecanismos de solidaridad, para cumplir el adagio “de cada quien según sus capacidades y a cada cual según sus necesidades”, es decir, que la contribución se haga según capacidad, pero el ejercicio del derecho a la salud sea según necesidad y especialmente con base ciudadana.

La dificultad, o incluso incapacidad de algunas entidades federativas para realizar las aportaciones marcadas en la legislación se identificó desde la fase piloto y aun así se avanzó en la instrumentación de la propuesta, sin garantizar tampoco la infraestructura suficiente para ofrecer la atención a la población que progresivamente se fue afiliando. Como lección a futuro, el ejercicio piloto de implementación de cualquier programa debería plantearse en el escenario más adverso, a fin de considerar y ofrecer soluciones frente a las dificultades y replantear lo necesario antes de avanzar en la implementación definitiva. Además, habría que analizar si los resultados favorables del SP, son atribuibles al propio seguro popular o son explicables más por las condiciones ya existentes en infraestructura y recursos con los que contaban los estados, porque se observan resultados

positivos, pero parecen concentrarse en áreas urbanas y rurales que contaban con mayor disponibilidad de infraestructura en salud.

El segundo objetivo de investigación fue identificar las particularidades de la micropolítica del proceso de trabajo de los profesionales de la medicina. Uno de los ejes que orientaron el análisis del proceso de trabajo de los profesionales de medicina fue la política del SP, en principio por lo lesiva que fue para los trabajadores en términos de contratación, y como se evidenció con la revisión del impacto del SP, en cuanto a la falta de tecnologías duras, no obstante, hay elementos del contexto sociohistórico y cultural de Oaxaca, de la formación médica, el nivel de atención, la política local de salud, del sindicato y de las normas para el sector salud, que matizan el modo en el que se realiza el proceso de trabajo en salud en el caso de los sujetos de estudio.

El contexto sociohistórico y cultural de Oaxaca y la formación médica tienen repercusiones sobre la dimensión relacional del trabajo en salud, dos elementos destacan: dos tercios de la población del estado de Oaxaca vive en condiciones de pobreza multidimensional y un tercio de población indígena. Las causas del empobrecimiento están en el desarrollo histórico desde el mismo periodo de colonización y la diversidad de las etnias que han resistido y sobreviven a la expropiación, plantean tensiones que repercuten en la dimensión relacional del trabajo en salud.

El trabajo médico no es producción de bienes materiales, es transformación, implica comunicación, reflexión y contextualización. El profesional de la medicina, guía ese proceso, debe intentar aprehender al sujeto de atención asimilando su contexto e historia y el sujeto de atención debe contar con herramientas para llevar a cabo los procesos de reflexión sobre la información que recibe. Los profesionales entrevistados refirieron que la diversidad de lenguas indígenas así como el bajo nivel de educación de la población a la que atienden, son dos factores limitantes de la relación médico paciente y del flujo de información entre ambos. Además,

respecto a lo que piensan los profesionales de la salud sobre los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios en un estado con gran presencia, mencionan actitud de respeto sin prestar ningún tipo de crédito a su incidencia favorable en la salud.

Las habilidades y disposición del profesional de medicina sobre cómo actuar ante estas situaciones están relacionadas con su formación ¿Qué tanto se han desarrollado capacidades para incorporar el enfoque intercultural en salud? Si bien, la política sectorial de salud del estado contempla la APS con enfoque intercultural, el programa de medicina de la UABJO incluye la asignatura en Antropología Médico Social y la ley estatal de salud indica que los SESA deben apoyar la medicina tradicional, la integración del enfoque intercultural en la atención en los sujetos de estudio no parece fuerte, es decir, que además de respeto, sugiera interés, conocimiento y apoyo. Además, el plan sectorial de salud del estado contempla la incorporación de servicios de medicina tradicional en la oferta de servicios y un cuadro de medicamentos herbolarios, dos cosas que hasta el momento no se han dado.

Otro elemento, más general y que afecta la dimensión relacional del proceso de trabajo en salud, es el tiempo de consulta en el servicio de salud ambulatorio. El tiempo de 15 minutos aplica para el sector salud y lo relacionan más con medidas justificadoras para cumplir las metas de cobertura de servicios ajustadas a las posibilidades de financiamiento, que con criterios para la atención médica óptima. En otra investigación (Ibáñez-Sastoque, 2015), se intentó establecer el momento cuando el indicador número de pacientes/hora médico se comenzó a instrumentar, pero no fue posible; no obstante es posible suponer que con el incremento gradual de la demanda de atención y ante la falta de infraestructura y de trabajadores(as) de la salud el indicador se fue reduciendo. En el caso del IMSS una alternativa de atención de consulta externa fue la creación de la especialidad de Medicina Familiar, para dotar al médico(a) de mayor capacidad resolutive, así como prácticas como la de delegar la toma de signos vitales al personal de enfermería o auxiliar médico(a),

que se aplica tanto en el IMSS como en los centros de salud de los SESA donde se realizó el trabajo de campo. Esto significa no valorar exclusivamente el tiempo asignado para la consulta, sino la intervención de otros profesionales y las actividades de otro personal de salud.

El origen de estas formas generalizadas y de normalización del proceso de atención se encuentra en técnicas de producción en masa y una justificación para implementarlas ha sido la falta de recursos. En una experiencia de trabajo realizada en Colombia con reuniones con actores del sistema de salud para adoptar rutas integrales de atención, las cuales incluyen acciones de detección temprana, protección específica y educación en salud, para toda la población, se estimó en 40-60 minutos el tiempo para llevarlas a cabo en consulta por medicina general; los gerentes de los hospitales advirtieron que si bien la intención de aumentar las acciones de prevención y promoción es importante y pertinente, carecen de los recursos para contratar a más médicos(as) y habilitar más consultorios. Es decir, un tema recurrente de suficiencia de recursos financieros, con tensión para el tiempo técnico y éticamente estimado para la consulta ambulatoria, en contraste, sí hay evidencia de que acotar el tiempo genera anamnesis incompletas, insatisfacción en los pacientes, y saberes no realizados. Un recurso sería valorar el impacto de la medicina basada en la evidencia en los resultados de la salud, en la calidad en la atención y en la satisfacción tanto del trabajador(a) de la salud y el sujeto de atención, en comparación con las lógicas actuales de productividad y de reducción de gastos. La prevención en salud como medida de contención del gasto en salud y no como medio para la producción de salud también permea la percepción de los profesionales de la medicina.

Otro elemento que matiza el proceso de trabajo en salud de los profesionales entrevistados, es el nivel de atención, sobresalen tensiones entre la medicina preventiva y curativa. Del primer nivel de atención en salud se esperan se concentren acciones de prevención en salud, pero los entrevistados consideran que son más resolutivos, hay evidencia del beneficio de la promoción del autocuidado y

de las redes sociales de cuidado comunitario en la salud de la población. No solo implica las acciones de prevención de la enfermedad como un nivel de intervención, también implica la formación en prevención del profesional en medicina, y parece insuficiente incluir asignaturas relacionadas con la prevención y promoción de la salud, como ocurre en plan de estudios e la UABJO que son: educación en salud, medicina preventiva y medicina familiar.

Al margen de considerar su cantidad se propone como alternativa integrar a otros “monopolios de saberes” a las acciones de prevención de la salud. Sergio Arouca, citando a Foucault menciona que la medicina es un monopolio de saberes y que el sujeto enfermo necesita del médico(a) porque es el único que lo puede curar (Arouca, 2003). En un contexto donde la tendencia es la hiperespecialización, valdría la pena pensar en un profesional en medicina con habilidades sociales, para el trabajo en equipo con profesionales de otras disciplinas y con agentes comunitarios, que de manera conjunta se piensen los problemas locales en salud y desarrollen las acciones de prevención en salud.

Otro elemento que matiza el proceso de trabajo en salud de los sujetos entrevistados, son los conflictos sindicales. El estado de Oaxaca es conocido por ser lugar de movimientos sociales, particularmente por el movimiento de los maestros de educación básica, y los trabajadores del sector salud también generan procesos de lucha, resistencia y dinámicas propias del actuar del sindicato que repercuten en las actividades que desempeñan los profesionales de la salud.

Con relación al tercer objetivo de investigación acerca de las tensiones del proceso de trabajo de los sujetos de estudio, pueden polarizarse en cinco confrontaciones: a) medicina preventiva versus curativa, b) Autonomía médica versus paquetes de intervenciones, c) producción de actos de cuidado versus financiamiento, d) trabajo decente versus financiamiento, e) enfoque intercultural versus formación médica. De ellas pueden destacarse elementos significativos de la profesión médica tradicional como un proceso de resistencia al cambio y anclaje en elementos

identitarios de la profesión, así el enfoque curativo de recio raigambre, y la autonomía como rasgo distintivo operado en el acto terapéutico.

Por último, el cuarto objetivo de investigación se relaciona con los aportes al análisis del proceso de trabajo en salud, se concluye por un lado que los desarrollos de la Salud Colectiva, por autores como Arouca, Donnangelo, Ricardo Bruno y Elías Merhy, tienen una capacidad explicativa para poner en evidencia y problematizar las dimensiones del trabajo en salud en un contexto particular. Por otro, los estudios laborales desde el campo de la Sociología del Trabajo aportan y enriquecen la comprensión del trabajo médico a partir de la teoría del trabajo de servicios.

11. Referencias bibliográficas

- Acevedo, G., Farias, A., Sánchez, J., Astegiano, C., & Fernández, A. (2012). Working Conditions of Health Personnel in Primary Care Centers from the Perspective of Decent Work. *Rev Argent Salud Pública*, 3(12), 15–22.
- Acosta F, M., Torres L, T. M., Díaz E, D. G., Aguilera V, M. de los Á., & Pozos R, B. E. (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. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, 181–191.
- ADN. (2019). Para labores en el hospital civil Dr. Aurelio Valdivieso, solo atienden emergencia. Retrieved from <https://www.adnsureste.info/paran-labores-en-el-hospital-civil-dr-aurelio-valdivieso-solo-atienen-emergencias-0935-h/>
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México D.F.: Paidós.
- Ardila Sierra, A. (2017). Límites y contradicciones al intentar humanizar la atención en una realidad de explotación laboral. In E. Díaz Amador (Ed.), *La humanización de la salud, conceptos, críticas y perspectivas* (p. 422). Bogotá, DC: Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética.
- Arenas, E., Parker, S., Rubalca, L., & Teruel, G. (2015). Evaluación del Programa del Seguro Popular del 2002 a 2005. Impacto en la utilización de servicios médicos , en el gasto en salud y en el mercado laboral. *EL Trimestre Económico*, 82(4), 807–845.
- Arendt, H. (2009). *La condición humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Arouca Da Silva, S. A. (2003). *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Lugar Editorial.
- Ávila-Burgos, L., Serván-Mori, E., Wirtz, V. J., Sosa-Rubí, S. G., & 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*, 55(2), 91–99.
- Ayres, C. M. (2015). Ricardo Bruno : history , social processes and health practices. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 905–912. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.00112015>
- Batista, T., & Merhy, E. E. (2016). *Trabajo , producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bernaldo De Quirós Aragón, M., & Labrador Encinas, F. J. (2008). Fuentes de estrés laboral en los servicios de urgencia de atención primaria. *Atencion Primaria*, 40(2), 104–105. <https://doi.org/10.1157/13116161>

- Berry, C. R. (1989). *La reforma en Oaxaca 1856/1876*. México, DF: Ediciones Era.
- BM. (2020). Médicos (por cada 1.000 personas). Retrieved from <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS?locations=MX>
- Boltvinik, J. (2005). Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. *Papeles de Población*, 44, 9–42.
- Breilh, J. (2014). Cecília Donnangelo y el ethos tecnocrático de la salud pública actual. In I. de S. S. Pablo (Ed.), *O Social na Epidemiologia. Um legado de Cecília Donnangelo* (pp. 85–98). São Paulo.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). “Hacemos lo que podemos”: Los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Publica de Mexico*, 39(6), 546–553. <https://doi.org/10.1590/s0036-36341997000600008>
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2018). *Cámara de Comercio de Bogotá Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Servicio Nacional de Aprendizaje , SENA*. Bogotá, DC.
- Canto Chac, M. (2008). Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. *Política y Cultura*, (30), 9–37.
- Carrasco-Gómez, M., & Argüello-Avendaño, H. E. (2017). Del dicho al hecho: El seguro popular, su presupuesto y la atención a la salud materna en Chiapas. *EntreDiversidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1(9), 209–244. <https://doi.org/10.31644/ed.9.2017.a06>
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. In I. Szasz & S. Lerner (Eds.), *Para comprender la subjetividad .Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. (pp. 57–85). México: El colegio de México.
- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12(1), 71–83. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.859>
- Celaya Nández, Y. (2016). Oaxaca: su tierra y su gente. En Romero, M. d., Sánchez, C., Mendoza, J., Bailón, J., Ruiz, F. , Arrijoa Díaz, L.A. Oaxaca. Historia Breve. Ciudad de México: FCE.
- Comisión Nacional de Protección Social de Salud. (2019). *CAUSES 2019. Catalogo Universal de Servicios de Salud*. México.
- CONEVAL-SEDESOL. (2016). OAXACA - Oaxaca de Juárez. Retrieved from <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM20oaxaca/municipios/20067a.html>
- CONEVAL. (2020). Cuadro resumen evolución nacional y por entidad federativa (Medición de la pobreza). Retrieved from <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

- Congreso de Oaxaca. DIRECCIÓN DE INFORMÁTICA Y LEY ORGÁNICA MUNICIPAL DEL ESTADO DE OAXACA, GACETA PARLAMENTARIA § (2019).
- Contreras-Landgrave, G., & Tetelboin-Henrion, C. (2009). El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10(21), 10–32.
- Coriat, B. (2013). *El taller y el cronometro. Ensayo sobre el Taylorismo, el fordismo y la producción en masa*. (S. XXI, Ed.), *Journal of Chemical Information and Modeling*. México. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- De la Garza Toledo, E. (2000). El concepto de trabajo en la teoría social del siglo XX. In *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo* (pp. 511–539). México D.F.: Fondo de Cultura Económica. Retrieved from <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/51932.pdf>
- De la Garza Toledo, E. (2001). Problemas clásicos y actuales de la crisis del trabajo. In CLACSO (Ed.), *El futuro del trabajo. El trabajo dle futuro* (p. 123). Buenos Aires.
- De la Garza Toledo, E. (2009). Hacia un concepto ampliado (Vol. I).
- De la Garza Toledo, E. (2012). La metodología Marxista y el configuracionismo latinoamericano. In *Tratado de Metodología de Las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales* (pp. 229–255). <https://doi.org/PDF>.
- DGIS. (2020a). Razón de mortalidad materna 1990-2018. Retrieved from <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- DGIS. (2020b). Sistema de información de la Secretaría de Salud. Retrieved from <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- DGIS. (2020c). Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Retrieved from <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Díaz Portillo, S. P., Reyes Morales, H., Cuadra Hernández, S. M., Idrovo, Á. J., Nigenda, G., & Dreser, A. (2017). Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México : perspectiva del personal médico. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 459–465. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.016>
- Dieterlen, P. (2007). Cuatro enfoques sobre la idea del florecimiento humano. *Desacatos*, 23, 147–158.
- Dirección General de Población de Oaxaca. (2018). Población indígena. *Nueva Época*, (41), 1–84.
- Durand, J.-P. (2011). *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, UAM.
- Dussel, E. (1966). *Hipótesis para el estudio de Latinoamérica en la historia universal : (investigación del mundo donde se constituyen y evolucionan las*

- weltanschauungen). Retrieved from <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/otros/20120408102154/latino.pdf>
- Eklöf, M., Törner, M., & Pousette, A. (2014). Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. *Safety Science*, 70, 211–221. <https://doi.org/10.1016/J.SSCI.2014.06.007>
- Fernández Moreno, Y. S. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 59–76.
- Flamand, L., & Moreno Jaimes, C. (2016). El Seguro Popular de Salud Desafíos en la implementación de una política intergubernamental. *Chapter*, (August), 1–37.
- Frenk, J., González-Pier, E., & Gómez-Dantés, O. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49(4809), 23–36.
- Galárraga, O., Sosa-Rubí, S. G., Salinas-Rodríguez, A., & Sesma-Vázquez, S. (2010). Health insurance for the poor: Impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *European Journal of Health Economics*, 11(5), 437–447. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0180-3>
- Gallardo, S., & Ferrari, L. (2010). How doctors view their health and professional practice: An appraisal analysis of medical discourse. *Journal of Pragmatics*, 42(12), 3172–3187. <https://doi.org/10.1016/J.PRAGMA.2010.07.008>
- García-Díaz, R., Sosa-Rubí, S. G., Serván Mori, E., & Nigenda, G. (2018). Welfare effects of health insurance in Mexico : The case of Seguro Popular de Salud. *Plos One*, 1–18. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.5913352>
- García Cadena, C. H., & Piña Lopez, J. A. (2012). Políticas públicas en materia de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000. *Salud & Sociedad*, (2), 194–209.
- García, J. C. (2008). Las ciencias sociales en medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 0–0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Garrido-Latorre, F., Hernández-Llamas, H., & Gómez-Dantés, O. (2008). Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Pública de México*, 50(1), 429–436.
- Gatica Lara, I. (2007). El corporativismo sindical mexicano en su encrucijada. *El Cotidiano*, 22(143), 71–79.
- Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. *Revista Internacional Del Trabajo*, 122(2), 125–160.

- Gilly, A. (1977). *La revolución interrumpida. México, 1910-1920: una guerra campesina por la tierra y el poder*. México D.F.: Ediciones el caballito.
- Jimenez Carvalho, B., Peduzzi, M., Teixeira Mandú, E. N., & Carvalho Mesquita Ayres, J. R. (2012). El trabajo y la intersubjetividad : una reflexión teórica sobre su dialéctica en el campo de la salud y enfermería. *Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), 1–8.
- Gobierno de Oaxaca. (n.d.). *Plan estratégico Sectorial Salud 2016-2022*. Oaxaca de Juárez. Retrieved from <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/plan-estrategico-sectorial-salud-2016-2022/>
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, S220–S232.
- González-Block, M. Á. (2017). ¿ Qué compra , cómo y de quién el Seguro Popular de México ? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera. *Salud Pública de México*, 59(1), 59–67.
- Guabiroba Coelho Barros, N. M., & Honório, L. C. (2015). Riscos De Adoecimento No Trabalho De Médicos E Enfermeiros Em Um Hospital Regional Mato-Grossense. *Revista de Gestão*, 22(1), 21–39. <https://doi.org/10.5700/rege549>
- Guichot-Reina, V. (2015). El «enfoque de las capacidades» de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: Hacia una pedagogía socrática y pluralista. *Teoría de La Educación*, 27(5), 45–70. <https://doi.org/10.14201/teoredu20152724570>
- Harribey, J. M. (2001). *El fin del trabajo: de la ilusión al objetivo*. (E. De la Garza T & J. C. Neffa, Eds.), *El futuro del Trabajo-El Trabajo del Futuro*. Buenos Aires: CLACSO. Retrieved from <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101102085140/garza.pdf>
- Homedes Beguer, N., & Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano : una experiencia para analizar. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 7(15), 25–43.
- Huertas, F. (1996). El metodo PES - Planificación Estratégica Situacional (entrevista a Carlos Matus), 138.
- Huk Sponholz, T. C., Thais Sartori, M., Sellucio Marques, A. P., Cavalcanti de Albuquerque, G. S., De Souza e Silva, M. J., & De OliveiraPerna, P. (2016). Processo De Trabalho Na Residência Médica: a Subordinação Do Ensino-Aprendizagem À Exploração Da Força De Trabalho Dos Residentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(suppl 1), 67–87. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025>
- Ibáñez-Sastoque, S. (2015). *Condiciones sociales que determinan la relación salud/trabajo en personal de salud de la unidad de medicina familiar N° 20 del Instituto Mexicanos del Seguro Social, en Cuernava, Morelos*. Instituto Nacional de Salud Pública de México.

- INEGI. (2018). *División municipal de Oaxaca*. Retrieved from http://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/oaxacacampios_color.pdf
- INEGI. (2020a). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Retrieved from <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html#Tabulados>
- INEGI. (2020b). Grado promedio de escolaridad por entidad federativa 2015. Retrieved from <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/oax/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=20>
- INEGI. (2020c). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Retrieved from <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- INEGI, I. N. de G. y E. (2009). *Encuesta sobre el Seguro Médico para una Nueva Generación. Plan de tabulados básicos*.
- INEGI, I. N. de G. y E. (2015a). Banco de Indicadores. Retrieved March 4, 2020, from <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ag=20171#divFV3114005001>
- INEGI, I. N. de G. y E. (2015b). Porcentaje de la población derechohabiente usuaria de servicios de salud por Entidad federativa y Institución de afiliación. Retrieved from https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=857b90d2-9e40-4741-8e2e-a5655d78437e&db=Derechohabiencia&px=Derechohabiencia_03
- INEGI, I. N. de G. y E. (2015c). Vivienda. Retrieved March 4, 2020, from https://www.inegi.org.mx/temas/vivienda/default.html#Informacion_general
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana : aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*, 12(2), 128–136.
- Jarillo-Soto, E. C. (1983). *Elementos teórico-metodológicos para el diseño curricular de medicina: una propuesta para la UAM-X*. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Jarillo Soto, E. C., Casas Patiño, D., & Contreras Landgrave, G. (2016). La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina, una lectura crítica desde la Salud Colectiva. *Entreciencias: Diálogos En La Sociedad Del Conocimiento*, 4(11). <https://doi.org/10.21933/j.edsc.2016.11.187>
- Kerrien, M., Pougnet, R., Garlandézec, R., Pougnet, L., Le Galudec, M., Loddé, B., & Dewitte, J.-D. (2015). Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *La Presse Médicale*, 44(4), e84–e91. <https://doi.org/10.1016/J.LPM.2014.06.042>

- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Wong, R., Lugo-Palacios, L., & Méndez-Carniado, O. (2018). Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. *Salud Pública de México*, *60*(2), 130–140.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ... Tapia, R. (2013). Hacia la cobertura universal en salud : protección social para todos en México. *Salud Pública de Méxicoblica de Mexico*, *55*(2), 207–235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X).Comparten
- Lanari, M. E. (n.d.). Trabajo decente: significados y alcances del concepto. Indicadores propuestos para su medición Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales.
- Leal-Fernández, G. (2013). ¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular.” *Estudios Políticos*, *28*, 163–193. [https://doi.org/10.1016/s0185-1616\(13\)71444-6](https://doi.org/10.1016/s0185-1616(13)71444-6)
- Leal-Fernández, G., Ulloa Padilla, O., Sánchez-Pérez, H. J., & León-Cortés, J. L. (2017). La seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado: “crónica de una muerte anunciada.” *Estudios Políticos*, *41*, 105–126. <https://doi.org/10.1016/j.espol.2017.05.002>
- Lepe-Zúñiga, J. L., Méndez-Cigarroa, A. O., Jerónimo-López, F. J., & Hernández-Orantes, J. G. (2018). Sobrevida global de pacientes con leucemia aguda en el Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas, México. *Bol Med Hosp Infant Mex.*, 338–351. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.18000013>
- Leyva-Flores, R., Servan-mori, E., Infante-Xibille, C., & Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2014). Primary Health Care Utilization by the Mexican Indigenous Population : The Role of the Seguro Popular in Socially Inequitable Contexts. *Plos One*, *9*(8), 6–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102781>
- Leyva Piña, M., & Pichardo Palacios, S. (2012). Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis. Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, *8*(1), 143–175.
- Loayza, N., & Sugawara, N. (2009). EL SECTOR INFORMAL EN MÉXICO Hechos y explicaciones fundamentales. *EL Trimestre Económico*, *LXXVI*(4), 887–920.
- López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. C. (2017). Reforma neoliberal de um sistema de saúde: Evidencia do caso Mexicano. *Cadernos de Saude Publica*, *33*, 1–13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087416>
- López-Moreno, S., Martínez-Ojeda, R. H., López-Arellano, O., Jarillo-Soto, E., & 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*, *53*(SUPPL. 4), 445–457.
- Luker, K. (2008). *Salsa Dancing into the Social Sciences*. Cambridge: Harvard

University Press.

- Mancoksky, V. (2009). ¿Qué se espera de una tesis de doctorado? Breve introducción sobre algunas cuestiones y expectativas en torno a la formación doctoral. *Revista Argentina de Educación Superior*, 1, 201–216. Retrieved from [http://www.untref.edu.ar/raes/documentos/Que se espera de una tesis de doctorado.pdf](http://www.untref.edu.ar/raes/documentos/Que%20se%20espera%20de%20una%20tesis%20de%20doctorado.pdf)
- Martín-Payo, R., Fernández-Fidalgo, E., Hernández-Mejía, R., & Fernández-López, J. A. (2005). Evaluación del grado de estrés laboral en los profesionales sanitarios de los centros de salud del Área IV de Asturias. *Atencion Primaria*, 36(8), 468–470. <https://doi.org/10.1157/13081066>
- Marx, K. (2002). KarlMarx y Friedrich Engels Biblioteca de Autores Socialistas, 691–955. <https://doi.org/10.1109/WDDC.2009.4800352>
- Marx, K., & Engels, F. (1978). *El Capital. Libro primero. El proceso de producción del capital.* (S. X. Editores, Ed.).
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo en acto.* Buenos Aires: Lugar Editorial. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/28.salud.cartografia_del_trabajo_vivo.pdf
- Merton, R. K. (2002). La división del Trabajo social de Durkheim. *Reis*, (99), 201. <https://doi.org/10.2307/40184406>
- Montero Mendoza, E. (2014). Control de Diabetes mellitus e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular . El caso de habitantes de las localidades rurales en Tabasco , México. *Población y Salud En Mesoamérica*, 12(1), 1–15.
- Morales Domínguez, M. del C., Sánchez Ramírez, G., & Kauffer Michel, E. F. (2011). Elementos del presupuesto del Seguro Popular en Chiapas desde el enfoque de género. *Política y Cultura*, (35), 161–182.
- Moreno Salzar, P.H. (2014). La política de seguridad social en México. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social 1940-2006. México, DF: Plaza y Valdez Editores.
- Nieto, H. A., Consiglio, E., Itati Iñiguez, M. J., Balladore, F., Sapoznik, M. M., Iriatti, I., ... Gilardi, J. (2008). Formación de dirigente gremiales médicos de la ciudad de Buenos Aires en condiciones y medio ambiente de trabajo. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 54(213), 67–73. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2008000400007>
- Nigenda, G. (2005). *El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro.*
- Nigenda, G., González-robledo, L. M., Juárez-ramírez, C., & Adam, T. (2016). Understanding the dynamics of the Seguro Popular de Salud policy implementation in Mexico from a complex adaptive systems perspective.

- Implementation Science*, 11, 12. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0439-x>
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Aguilar-Martínez, M. E., & Bejarano-Arias, R. (2012). Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Publica de Mexico*, 54(6), 616–623.
- Nunes, E. D. (2016). La salud colectiva en Brasil : analizando el proceso de institucionalización. *Salud Colectiva*, 12(3), 347–360. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.894>
- Oficina de Países de la OIT para México y Cuba. (2013). Indicadores Del Trabajo Decente En México. *Boletín Semestral*, 1(1).
- OIT. (1999). Trabajo Decente. *Memoria Del Director General. Conferencia Internacional Del Trabajo, 87ª Reunión*. [https://doi.org/Doi 10.1159/000224636](https://doi.org/Doi%2010.1159/000224636)
- OPS. (2007). La Políticas Públicas y los sistemas y servicios de salud. *Salud En Las Americas*, 2007, 314–405.
- Ordóñez, M. D. J. (2000). El territorio del estado de Oaxaca: una revisión histórica. *Investigaciones Geográficas*, 1(42), 67–86. <https://doi.org/10.14350/rig.59115>
- Oslak, O. (2014). Capitulo Final Una Interpretación Comparada De Los. *América Latina: Hacia La Inclusión Social:Avances, Aprendizajes y Desafíos*, 1–29.
- Outomuro, D., & Mariel Actis, A. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chile* 2013;, 141, 361–366.
- Parker, S. W., Saenz, J., & Wong, R. (2019). Health Insurance and the Aging: Evidence From the Seguro Popular Program in Mexico. *Demography*, 55(1), 361–386. <https://doi.org/10.1007/s13524-017-0645-4>.Health
- Pavolini, E., & Kuhlmann, E. (2016). Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions. *Health Policy*, 120(6), 654–664. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2016.03.002>
- Pérez-Cárceles, M. D., Pereñíguez-Barranco, J. E., Osuna-Carrillo De Albornoz, E., & Luna-Maldonado, A. (2006). Derecho de información de los pacientes: Influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. *Atencion Primaria*. <https://doi.org/10.1157/13084501>
- Pérez Cruz, E. (2006). Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex*, 22(4), 282–286.
- Poder-Legislativo. Ley Estatal de Salud (1994). Oaxaca de Juárez: Periódico Oficial del Estado de Oaxaca.
- Préteceille, E. (1977). Necesidades sociales y socialización del consumo. In J. P. Terrail (Ed.), *Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual* (pp. 36–90). México: Grijalbo.

- PROCESO. (2019). Con empleo formal, solo 2 de cada 10 personas en Oaxaca, Guerrero y Chiapas Coparmex - Proceso. Retrieved from <https://www.proceso.com.mx/591293/con-empleo-formal-solo-2-de-cada-10-personas-en-oaxaca-guerrero-y-chiapas-coparmex>
- Quiroz Trejo, J. (2010). Taylorismo, fordismo y la administración científica en la industria automotriz. *Gestión y Estrategia*, (38), 75–87.
- RAE. (2020). Trabajo. Retrieved from <https://dle.rae.es/?w=trabajo>
- Ramírez de la Roche, O. F., Hamui Sutton, A., Reynaga Obregón, J., Varela Ruiz, M., Ponce de León, M. E., Díaz Villanueva, A., & Valverde Luna, I. (2012). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos*, 34(138), 92–107.
- Reynoso-Noverón, N., Villarreal-Garza, C., Soto-Perez-de-Celis, E., Arce-Salinas, C., Matus-Santos, J., Ramírez-Ugalde, M. T., ... Mohar, A. (2017). Clinical and Epidemiological Profile of Breast Cancer in Mexico: Results of the Seguro Popular. *Journal of Global Oncology*, 3(6), 757–764. <https://doi.org/10.1200/jgo.2016.007377>
- Rivera-Hernández, M., Rahman, M., & Galárraga, O. (2019). Preventive healthcare-seeking behavior among poor older adults in Mexico : the impact of Seguro Popular , 2000-2012. *Salud Publica de Mexico*, 61(1), 46–53.
- Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., & Casas Patiño, D. (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave*, 18(5), e7266. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264>
- Roth Dubel, A. N. E. (2017). Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos. In U. N. de Colombia (Ed.), *Enfoques para el análisis de políticas públicas* (p. 372). Bogotá, DC. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Andre_Roth/publication/294261058_Enfoques_para_el_analisis_de_las_politicas_publicas_Roth_D_A-N_Ed/links/56c2719308aee5caccf9d2dd/Enfoques-para-el-analisis-de-las-politicas-publicas-Roth-D-A-N-Ed.pdf
- Ruano, A., & Villamarin, F. (2015). Condiciones sociolaborales de los médicos generales en pasto (colombia): una aproximación descriptiva y explicativa *. *Semestre Económico*, 18(37), 71–102.
- Sánchez López, J. (2019). *Aliados o enemigos. Tierra y campesinos en la disputa por la construcción del Estado en los Valles Centrales de Oaxaca, 1917-1979*. CIESAS.
- Schraiber, L. B. (1993). Liberdade , o pressuposto do trabalho. En Hucitec (Ed.), *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. (pp. 147–177). São Paulo.
- Secretaría de Salud. (n.d.). *Condiciones generales de trabajo*.
- Secretaría de Salud. (2011). *Manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud*. México.

- Secretaría de Salud, D. O. de la F. (2018). Ley General de Salud.
- Sen, A. (1983). Los bienes y la gente. *Comercio Exterior*, 33(12), 111–115.
Retrieved from
<http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/241/7/RCE7.pdf>
- Servan-Mori, E., Heredia-Pi, I., Monta, J., Avila-Burgos, L., & Wirtz, V. J. (2015). Access to Medicines by Seguro Popular Beneficiaries : Pending Tasks towards Universal Health Coverage. *Plos One*, 1–13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136823>
- Sigüenza Orozco, S. (2013). Oaxaca: historia Breve. *Secuencia*, (85), 181–185.
Retrieved from <http://biblat.unam.mx/es/revista/secuencia/articulo/romero-frizzi-maria-de-los-angeles-sanchez-carlos-mendoza-jesus-bailon-jaime-ruiz-francisco-arrijoa-luis-oaxaca-historia-breve-mexico-fcecolmex-2011>
- Smith, D. R., Wei, N., Zhang, Y.-J., & Wang, R.-S. (2006). Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among physicians in mainland China. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 36(6), 599–603.
<https://doi.org/10.1016/J.ERGON.2006.01.014>
- Sosa-Rubí, S. G., Salinas-Rodríguez, A., & Galárraga, O. (2011). Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano , 2005-2008. *Salud Publica de Mexico*, 53(2), 2005–2008.
- Tamez, S., & Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Rev. Salud Pública.*, (1), 133–145.
- Trejo Ramírez, M., & Andrade Robrles, A. (2013). Evolución y desarrollo de las reformas estructurales en México (1982-2012). *El Cotidiano*, 177, 37–46.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33(1), 11–14.
<https://doi.org/10.1016/j.surg.2012.11.023>
- Wirtz, V. J., Santa-Ana-Tellez, Y., Servan-Mori, E., & Avila-Burgos, L. (2012). Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico. *Value in Health*, 15(5), 593–603.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.01.006>
- Zavala Gamboa, Ó. (2011). El trabajo por honorarios en México. Una visión jurisprudencial. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (12), 207–213.
- Zoio Portela, G., Cavada Fehn, A., Sarmiento Ungerer, R. L., & Dal Poz, M. R. (2017). Human resources for health: Global crisis and international cooperation. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(7), 2237–2246.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>

Anexo 1

Guía de entrevista para personal médico de los Servicios de Salud del estado de Oaxaca

Objetivo: explorar las percepciones sobre las dimensiones a analizar del proceso de trabajo en salud en el marco de la prestación de los servicios del Seguro Popular

Introducción

Buenas tardes mi nombre es Sandra Ibáñez, soy estudiante del doctorado en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco y el objetivo de realizarle esta entrevista es conocer sus percepciones sobre algunos aspectos de su trabajo.

Comenzaremos con preguntas generales, si usted no desea responder a alguna o algunas de ellas, las podemos omitir y continuar con la siguiente. En caso de que usted quiera ampliar alguna respuesta, siéntase con la libertad de hacerlo. Recuerde que en la entrevista no hay respuestas buenas o malas y tampoco será juzgado. La entrevista será grabada.

Tema: Introducción

1. Bueno, para comenzar me gustaría que me comentara un poco sobre usted: dónde nació, qué edad tiene, su estado civil y con quién vive.
2. Ahora podría comentarme sobre su escolaridad: en dónde estudio el bachillerato y la universidad.

Tema: Trabajo

Bueno, ahora vamos a hablar sobre su trabajo.

3. ¿Para usted qué es el trabajo?
4. ¿Cuál considera que es el propósito u objetivo del trabajo que usted desempeña?
5. ¿Cómo contribuye su trabajo a la prestación de servicios médicos del SP?

Tema: Proceso de trabajo en salud

6. ¿Cuál es nombre de su puesto de trabajo?
7. ¿Cómo llegó a este trabajo?
8. ¿Puede contarme cómo es un día normal en su trabajo, sobre las actividades que realiza?
9. ¿Considera que se cumplen los proyectos terapéuticos que usted define para la población asegurada por el Seguro Popular?
10. ¿Y de otro tipo, prevención de la enfermedad, promoción de la salud?
11. ¿Considera que las poblaciones atendidas por el SP, hoy están más sanas o mejor cuidadas que antes de su entrada en vigor?
12. ¿Cómo describirá la relación que entabla con sus pacientes?
13. Durante la atención de los pacientes ¿qué acciones realiza para generar confianza en su paciente durante el primer momento de contacto con él?
14. ¿Qué acciones realiza para generar autonomía y responsabilidad en el paciente con su proceso de atención?
15. ¿Considera que tiene autonomía para decidir sobre cómo realizar la atención de sus pacientes?
16. ¿Cuáles son las dificultades que presenta la población de los pueblos originarios al momento de atenderse a través del Seguro Popular?
17. ¿Cuáles son los conocimientos más importantes y que aplica durante su actividad laboral?
18. ¿Considera que en algunas áreas es más fuerte? ¿Cuáles serían las áreas para mejorar o en las que considera debe recibir capacitación?
19. ¿Cuentan con los equipos tecnológicos para realizar la atención de sus pacientes?
20. ¿Cuáles son los equipos que con mayor frecuencia utiliza?
21. ¿Cómo describiría que es la relación de trabajo con su jefe inmediato?
22. ¿Y con sus compañeros?
23. ¿Conoce dónde consultar sobre las normas que rigen su trabajo?
24. ¿Conoce dónde consultar sobre las normas de los procedimientos que realiza en su trabajo?

Temas: El trabajo como proceso de valorización

Ahora vamos a hablar sobre aspectos económicos de su trabajo.

25. ¿Considera que el salario que percibe cubre las necesidades de alimentación, vivienda, vestido, recreación, de usted y su familia?
26. ¿Existe un espacio de negociación de su salario y el de sus compañeros?
27. ¿Qué beneficios adicionales tiene por su trabajo?
28. ¿Cómo se mide en su puesto de trabajo la productividad, por ejemplo, número de pacientes por hora?
29. ¿Debe cumplir metas de productividad?
30. ¿Qué tipo de limitaciones presenta para alcanzarlas?

Tema: Elementos del trabajo decente

En esta parte de la entrevista vamos a hablar sobre algunas de las condiciones que internacionalmente se han aceptado sobre cómo deben ser las condiciones de trabajo.

31. ¿Considera que el ingreso que obtiene por su trabajo es justo?
32. ¿De qué tipo es su contrato de trabajo?
33. ¿En qué consiste?
34. ¿Cómo se aplican las normas de seguridad en su puesto de trabajo?
35. ¿Cuáles son los accidentes más frecuentes en su puesto de trabajo?
36. ¿Cuáles son las enfermedades de origen laboral más frecuentes en su puesto de trabajo?
37. ¿Cuáles son las prestaciones sociales a las que tiene derecho?
38. ¿Actualmente realiza aportaciones para pensión? ¿A que instancia (AFORE, PENSIONISSSTE, otra)?
39. ¿De qué manera la actividad de trabajo que realiza le permite desarrollarse profesionalmente?

40. ¿Cómo se promueve el aprendizaje en su puesto de trabajo?
41. ¿Cómo desarrolla su creatividad en el trabajo?
42. ¿Considera que puede expresar libremente sus opiniones y dificultades relacionados con su trabajo?
43. ¿Pertenece a un sindicato o agremiación de trabajadores?
44. ¿Cuál ha sido la importancia de esta organización para la defensa de los derechos laborales?
45. ¿Cuáles son los conflictos laborales más frecuentes de sus compañeros de trabajo? ¿Cómo se resuelven?
46. ¿Ha participado en alguna huelga o movimiento relacionado con su trabajo recientemente?
47. ¿Cuáles son las instancias de participación de usted y sus compañeros en las que pueden opinar y decidir sobre sus condiciones de trabajo?
48. ¿Cuáles son los mecanismos a través de los cuales usted y sus compañeros pueden ascender?
49. ¿Considera que existen diferencias entre las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres?
50. ¿Considera que tanto hombres como mujeres tienen las mismas oportunidades de ascenso en el trabajo?

Tema: El trabajo como florecimiento humano

En esta última parte de la entrevista, vamos sobre los alcances de su trabajo.

51. ¿Qué capacidades desarrolla a través del trabajo que realiza cotidianamente?
52. ¿Cuáles les gustaría desarrollar a través de su trabajo pero que actualmente no desarrolla?
53. ¿Qué aprendizajes profesionales y personales ha obtenido a través de su trabajo?
54. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
55. ¿Qué necesidades satisface a través del trabajo que realiza cotidianamente?

56. ¿Qué necesidades le gustaría satisfacer pero que actualmente su trabajo no satisface?

57. ¿Cuáles metas le gustaría alcanzar a partir de la experiencia que ha tenido en su trabajo?

Por último, ¿desea comentar algo más?

¡Gracias por colaboración!

Guía de entrevista para exfuncionaria de los Servicios de Salud del estado de Oaxaca

Objetivo: explorar las percepciones sobre la operación del Seguro Popular en el estado de Oaxaca.

Introducción

Buenas tardes mi nombre es Sandra Ibáñez, soy estudiante del doctorado en Salud Colectiva de la UAM-Xochimilco y el objetivo de realizarle esta entrevista es conocer sus percepciones sobre algunos aspectos de su trabajo.

Comenzaremos con preguntas generales, si usted no desea responder a alguna o algunas de ellas, las podemos omitir y continuar con la siguiente. En caso de que usted quiera ampliar alguna respuesta, siéntase con la libertad de hacerlo. Recuerde que en la entrevista no hay respuestas buenas o malas y tampoco será juzgado. La entrevista será grabada.

Tema: Introducción

1. Para comenzar, me gustaría que me comentara cuántos años tienes, cuánto tiempo lleva trabajando en los SS de Oaxaca. Durante cuánto tiempo y en qué periodo se desempeñó como Secretaría de Salud del estado de Oaxaca.

Tema: Función de Rectoría de la Secretaría de Salud

2. ¿Cómo describiría la función de regulación de la Secretaría de Salud, federal, en la regulación del Régimen estatal de Protección Social en Salud de Oaxaca?
3. ¿Se cumplen las metas de salud pública de la población cubierta por el Seguro Popular?

Tema: Función de Financiamiento de la Secretaría de Salud

4. ¿Cómo fue el desempeño del cumplimiento de la transferencia de las aportaciones para instrumentar los REPSS?
5. ¿Cómo fue el rol de la SSF en la fiscalización del uso de los recursos destinados al REPSS?
6. ¿Qué dificultades había?

Tema: Prestación de Servicios de Salud

7. ¿Cómo describe la función de protección de los derechos de los beneficiarios del SPSS a cargo Secretaría de Salud Federal?

Tema: Operación del Seguro Popular

- Organización
8. ¿Cuáles son las dificultades de la organización de los REPSS en Oaxaca?
- Prestación:
9. ¿Cuáles son las dificultades de los REPSS en la prestación de los servicios de salud?
- Financiamiento
10. ¿Cuáles son las dificultades de los REPSS en cuanto al financiamiento?
 11. ¿Cuáles son las dificultades en la incorporación e identificación de beneficiarios del REPSS?
 12. ¿Cuáles acciones realiza los REPSS para mejorar la atención en salud dirigidos al personal de salud por ejemplo, capacitación y contratación?
 13. En cuanto a la población indígena ¿se implementó algún programa de salud que tuviera en cuenta las dificultades y las particularidades de atención en salud para esta población?
 14. ¿Cuáles son las dificultades en la ejecución de los recursos del estado y de la federación para financiar el REPSS?

Por último, ¿desea comentar algo más?

¡Gracias por colaboración!



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-UNIDAD
XOCHIMILCO**

Consentimiento informado escrito dirigido a profesionales de la medicina y personal de los servicios de salud del Seguro Popular del estado de Oaxaca

Título de proyecto de investigación: El proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestan servicios del Seguro Popular en Oaxaca

Estimado(a) trabajador(a):

Como parte de mi tesis doctoral estoy realizando un estudio sobre el trabajo que realizan los prestadores de servicios del Seguro Popular. El objetivo de este estudio es analizar las particularidades del trabajo que realiza el personal médico en el marco de la prestación del Seguro Popular en los centros de salud del estado de Oaxaca.

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Se realizará una entrevista donde se le harán preguntas sobre su historia laboral, su percepción sobre sus condiciones de trabajo, entre otros. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente dos horas. Se requiere grabar la entrevista por

lo que le solicitamos su autorización para hacerlo. Las entrevistas serán realizadas por mí y preciso que he recibido preparación para este tipo de actividades previamente.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando a la generación de posibles vías de mejoramiento de las condiciones de trabajo del personal. En este trabajo se dará voz a los trabajadores que viven cotidianamente los embates de la prestación de servicios de salud, lo cual es fundamental para pensarse estrategias de mejoramiento.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. En la presentación de resultados su nombre no aparecerá. Para referirse a usted se usará otro nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, no se presentarán datos que permitan ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en su lugar de trabajo.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio

Nombre del participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma:



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-UNIDAD XOCHIMILCO

Título del proyecto de investigación: *El proceso de trabajo de profesionales de la medicina que prestan servicios del Seguro Popular en Oaxaca*

Agradecemos mucho su participación.

Para aclarar dudas o expresar comentarios en relación con el estudio puede comunicarse con el Dr. Edgar C. Jarillo Soto y la Mtra. Sandra Ibáñez, del equipo responsable del proyecto a los correos electrónicos: jsec6322@correo.xoc.uam.mx, smibanez@unal.edu.co, o con la coordinación del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, en Ciudad de México: 54-83-70-00. ext. 73-57

Anexo 3

Operacionalización de categorías de análisis

Objetivo	Categoría	Concepto	Dimensión/ elemento	Indicador
<p>2. Identificar las particularidades de la micropolítica del proceso de trabajo de profesionales médicos que prestan servicios del Seguro Popular</p>	<p>Trabajo</p>	<p>“El proceso de trabajo, tal como lo hemos presentado en sus elementos simples y abstractos, es una actividad orientada a un fin, el de la producción de valores de uso, apropiación de lo natural para las necesidades humanas, condición general del metabolismo entre el hombre y la naturaleza, eterna condición natural de la vida humana y por tanto independiente de toda forma de esa vida, y común, por el contrario, a todas sus formas de sociedad.”(Marx, 2002)</p> <p>“los factores necesarios para efectuar un proceso laboral: los factores objetivos, o medios de producción, y el factor subjetivo b o fuerza de trabajo.”</p>	<p>Subjetiva</p>	<p>¿Para usted qué es el trabajo? ¿Cuál considera que es el propósito u objetivo del trabajo que usted desempeña? ¿Cómo contribuye su trabajo en la prestación de servicios médicos del SP?</p>

	Proceso de trabajo en salud	<p>“Actividad que incorpora herramientas tecnológicas (blandas, duras-blandas y duras), cuyo compromiso objetivo es producir el cuidado en salud para impactar en necesidades que los individuos, y/o los grupos aportan o expresan como necesidades en salud.”(Merhy, 2006)</p>	Actividad laboral	<p>¿Cuál es nombre de su puesto de trabajo? ¿Cómo llegó a este trabajo? ¿Puede contarme cómo es un día normal en su trabajo, sobre las actividades que realiza?</p>
			Producción de cuidado	<p>¿Considera que se cumplen los proyectos terapéuticos que usted define para la población asegurada por el Seguro Popular? ¿Y de otro tipo, prevención de la enfermedad, promoción de la salud? ¿Considera que las poblaciones atendidas por el SP, hoy están más sanas o mejor cuidadas que antes de su entrada en vigor?</p>
			Tecnologías blandas: producción de vínculo, autonomización, acogimiento, gestión (gobierno) del proceso de trabajo	<p>¿Cómo describirá la relación que entabla con sus pacientes? Durante la atención de los pacientes ¿qué acciones realiza para generar confianza en su paciente durante el primer momento de contacto con él? ¿Qué acciones realiza para generar autonomía y responsabilidad en el paciente con su proceso de atención? ¿Considera que tiene autonomía para decidir sobre cómo realizar la atención de sus pacientes? ¿Cuáles son las dificultades que presenta la población de los pueblos originarios al momento de atenderse a través del Seguro Popular?</p>
			Tecnologías blandas-duras: saberes estructurados que operan en el proceso de trabajo en salud.	<p>¿Cuáles son los conocimientos más importantes y que aplica durante su actividad laboral? ¿Considera que en algunas áreas es más fuerte? ¿Cuáles serían las áreas para mejorar o en las que considera debe recibir capacitación?</p>

			Tecnologías duras: equipos, normas, estructuras organizacionales (relaciones entre compañeros, relaciones con superiores)	<p>¿Cuentan con los equipos tecnológicos para realizar la atención de sus pacientes?</p> <p>¿Cuáles son los equipos que con mayor frecuencia utiliza?</p> <p>¿Cómo describiría que es la relación de trabajo con su jefe inmediato?</p> <p>¿Y con sus compañeros?</p> <p>¿Conoce dónde consultar sobre las normas que rigen su trabajo?</p> <p>¿Conoce dónde consultar sobre las normas de los procedimientos que realiza en su trabajo?</p>
	Proceso de valorización	“El salario del obrero se pone de manifiesto como precio del trabajo , como determinada cantidad de dinero que se paga por determinada cantidad de trabajo .” (Marx, 2002)	Valor de la fuerza de trabajo	¿Considera que el salario que percibe cubre las necesidades de alimentación, vivienda, vestido, recreación, de usted y su familia?
Gestión de la fuerza de trabajo			<p>¿Existe un espacio de negociación de su salario y el de sus compañeros?</p> <p>¿Qué beneficios adicionales tiene por su trabajo?</p>	
Productividad			<p>¿Cómo se mide en su puesto de trabajo la productividad, por ejemplo, número de pacientes por hora?</p> <p>¿Debe cumplir metas de productividad?</p> <p>¿Qué tipo de limitaciones presenta para alcanzarlas?</p>	
	Trabajo decente	“Sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e	Empleo productivo	<p>¿Considera que el ingreso que obtiene por su trabajo es justo?</p> <p>¿De qué tipo es su contrato de trabajo?</p> <p>¿En qué consiste?</p>
Seguridad en el trabajo			<p>¿Cómo se aplican las normas de seguridad en su puesto de trabajo?</p> <p>¿Cuáles son los accidentes más frecuentes en su puesto de trabajo?</p> <p>¿Cuáles son las enfermedades de origen laboral más frecuentes en su puesto de trabajo?</p>	
Protección social			<p>¿Cuáles son las prestaciones sociales a las que tiene derecho?</p> <p>¿Actualmente realiza aportaciones para pensión?</p>	

		integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones , se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas , y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres.” (OIT, 1999)		¿A qué instancia (AFORE, PENSIONISSSTE, otra)
			Desarrollo personal	¿De qué manera la actividad de trabajo que realiza le permite desarrollarse profesionalmente? ¿Cómo se promueve el aprendizaje en su puesto de trabajo? ¿Cómo desarrolla su creatividad en el trabajo?
			Libertad de expresión	¿Considera que puede expresar libremente sus opiniones y dificultades relacionadas con su trabajo?
			Organización	¿Pertenece a un sindicato o agrupación de trabajadores? ¿Cuál ha sido la importancia de esta organización para la defensa de los derechos laborales? ¿Cuáles son los conflictos laborales más frecuentes de sus compañeros de trabajo? ¿Cómo se resuelve? ¿Ha participado en alguna huelga o movimiento relacionado con su trabajo recientemente?
			Participación	¿Cuáles son las instancias de participación de usted y sus compañeros en las que pueden opinar y decidir sobre sus condiciones de trabajo?
			Igualdad de oportunidades	¿Cuáles son los mecanismos a través de los cuales usted y sus compañeros pueden ascender? ¿Considera que existen diferencias entre las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres? ¿Considera que tanto hombres como mujeres tienen las mismas oportunidades de ascenso en el trabajo?
	Trabajo como fuente de floreceamiento humano	“(…) Floreceamiento humano como desarrollo de capacidades y necesidades	Dimensión capacidades	¿Qué capacidades desarrolla a través del trabajo que realiza cotidianamente? ¿Cuáles le gustaría desarrollar a través de su

		humanas, entendida como una unidad del lado pasivo y activo del ser humano.”(Boltvnik, 2005)		trabajo pero que actualmente no desarrolla? ¿Qué aprendizajes profesionales y personales ha obtenido a través de su trabajo? ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
			Dimensión necesidades	¿Qué necesidades satisface a través del trabajo que realiza cotidianamente? ¿Qué necesidades le gustaría satisfacer pero que actualmente su trabajo no satisface? ¿Cuáles metas le gustaría alcanzar a partir de la experiencia que ha tenido en su trabajo?