



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

González González, Norma

Médicos del primer nivel de atención. Reforma y recursos humanos en México
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 32, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 171-177
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432212>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

 redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. REFORMA Y RECURSOS HUMANOS EN MÉXICO*

Physicians at the primary healthcare level. Reforms and human resources in Mexico

Norma González González¹

RESUMEN

En el marco del conjunto de transformaciones en que se halla inmerso el sector salud, resulta indispensable realizar un análisis en el que se recupere la importancia y el papel que se ha dado a los recursos humanos, ya que el rol de estos es determinante para el logro de las metas y las expectativas generadas entorno a la reforma, y la descentralización que le acompaña. Desde una perspectiva anclada en la Sociología y en la Administración pública, el trabajo se centra en realizar una aproximación a la manera en que el proceso de reforma ha "impactado" al personal médico de referencia; y asimismo, se intenta rescatar la visión e interpretación que el médico general hace respecto a los cambios y ajustes a que ve sometida su práctica profesional. En ambos casos, se trata de reconstruir el contexto de un proceso y relación social que más allá de las lecturas y dimensiones macroeconómicas o administrativas, en su caso la dimensión política; parece haber relegado el estudio de la reforma en términos organizacionales, siendo precisamente, las organizaciones el eslabón clave desde el que se interpretan y se implementan las acciones, y asimismo se movilizan las personas, haciendo suya la serie de objetivos y metas de trabajo cuyo logro fortalece las sinergias generadas al interior de esa organización más grande que es la sociedad.

Palabras clave: Reformas sanitarias, recursos humanos, atención primaria de salud.

SUMMARY

In the context of the changes taking place in the health care sector, it is indispensable to make an analysis that considers the importance and the role of human resources since they play a determining role in meeting the targets and expectations derived from the reform and the accompanying decentralization in this sector. From a Sociology- and Public Administration-based perspective, this paper focused on an approach to the way in which the reform process has had an "impact" on the medical staff and also tried to reflect the vision and interpretation of the general practitioner about the changes and adjustments to which his/her professional practice is being subjected. In both cases, the objective is to reconstruct the context of a process and social relation that, beyond the possible readings and macroeconomic or administrative dimensions, including the political dimension, seem to put aside the study of the reform from the organizational viewpoint; however, it is just the organizations the key link where actions are construed and implemented and people are mobilized, thus allowing the fulfillment of working objectives and targets that strengthen synergies generated inside a bigger organization which is the society.

Key words: Health reforms, human resources, health primary care.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Desde los años ochenta a la fecha, a nivel regional o bien al interior de cada país de la América Latina, se ha escrito y discutido mucho en torno a la reforma del sector salud. La refor-

ma ha transcurrido por diferentes momentos (todos ellos acompañados de polémica), que la sitúan como un tema ineludible que al paso de los años y dados los hilos y los espacios relacionales tan sensibles que toca, ha mantenido y asegurado su actualidad.

Además de tocar un ámbito de la naturaleza social, económica y psico-

lógica que entraña la salud; la reforma transcurre en un escenario de grandes transformaciones macroeconómicas cuya tendencia apuesta por la rectoría del mercado: privatización de la salud, y a nivel laboral por el desmantelamiento de los sindicatos, y con ello la desaparición de los contratos colectivos de trabajo: la flexibilización del trabajo.

* El presente trabajo, es parte del proyecto de investigación: "Tecnología y cultura en la actual redefinición del concepto de salud y de las políticas sanitarias. Atención primaria de la salud", el cual se desarrolla actualmente en la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

¹ Profesora investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México.

En México, y sin duda puede extenderse esta afirmación a la región latinoamericana, el énfasis puesto tanto a nivel gubernamental como por los diferentes estudios y reflexiones hechos en torno a la reforma, ha dirigido su atención a recuperar el proceso en términos de una lectura e implicaciones macro; ya sea a nivel económico, por los impactos tan fuertes que directa e indirectamente tiene el sector salud en términos del desarrollo económico, y del destino del gasto público en el manejo de indicadores que dan cuenta del “progreso” y del “nivel de bienestar” en una sociedad; sobre todo, en un escenario en el que lo económico, es decir, la economía representada por las relaciones que propician y determinan las fuerzas del mercado, concluye que es necesario introducir cambios en los esquemas bajo los cuales se había venido trazando la política y las acciones en salud. De esta manera, el proceso de privatización de los servicios de salud, representa una de las principales salidas que en el discurso oficial son presentadas como estrategias de cambio, capaces de asegurar el sano funcionamiento de la macroeconomía.¹⁻³

El proyecto también ha sido abordado en relación con la política nacional, que inmersa en un proceso de “democratización”, recupera al sector salud como un referente obligado, en función del cual se entretene un discurso que retoma al federalismo, se le llama “nuevo federalismo”,^{4,5} como bandera para argumentar en favor del proceso de reforma y la descentralización que le acompaña (*Gallegos Ramírez M. Reforma del estado y política fiscal en México. Ponencia presentada en el seminario La Reforma del Estado y la Nación en América Latina. Sinaloa, México; 1999*), (*Martínez Juárez JD s/f. El federalismo en México. Universidad Abierta. México*).

Así, al interior de su propio proceso, la descentralización cobra vida incorporando modelos organizacionales y administrativos venidos de la reflexión y praxis de la empresa privada (identificada como más eficiente y responsable en la determinación y logro de sus metas organizacionales); y a

partir de los cuales se pretende superar los problemas de tamaño, costo y eficacia del gobierno,^{6,7} en alusión a las críticas que se han hecho al llamado período “Del Estado de Bienestar”, y a los problemas que en términos de administración pública ha venido destacando la ineficacia y el creciente costo de operación de un tipo de actuación gubernamental propio del modelo económico keynesiano, el cual operó como fundamento teórico “Del Estado de Bienestar”.

La adopción del término *gerencia pública*, está marcado por la necesidad de la administración pública de incorporar estrategias y valores de trabajo venidos de la empresa privada: eficiencia, eficacia, calidad, relación costo-beneficio, entre otros; en un período marcado por una crisis de la administración pública que debe hacer frente al arribo de un modelo económico que impacta y transforma no sólo la economía misma, sino todas las escalas y procesos de relación y articulación social a los que, desde luego, no puede estar ajena la operación y el funcionamiento del gobierno.

En cuanto a la recuperación de lo social, donde se incluye lo económico y lo político, el discurso se ha mantenido en la vía de la pertinencia de un proyecto de sociedad que pese a las abiertas contradicciones documentadas a nivel de informes y evaluaciones sobre combate a la pobreza, generación de empleo, inversión económica, debilitamiento de la política social, falta de correspondencia entre crecimiento económico y desarrollo social;⁸⁻¹⁰ así como de percepciones en torno a: la inseguridad, las largas colas en busca de atención de servicios de salud (que terminan siendo malos y de mala calidad), el bajo poder adquisitivo; entre los problemas vividos cotidianamente y más sentidos por la población. Se insiste en ignorar la posibilidad de reorientar decisiones de política económica y social que, sin caer en la idealización del pasado, sean capaces de hacer frente a la realidad de los problemas nacionales, a contrarriorrente de recomendaciones e imposiciones venidas de organismos financieros internacionales.

En cada caso, se encuentran trabajos de investigación que hacen un valioso análisis del rumbo y la situación actual de los cambios por los que transita el sistema de salud; se alude a los desafíos de la reforma, a la descentralización a nivel municipal, se discute en torno al federalismo fiscal, a la conveniencia que para la correcta operación del modelo económico y por ende de la prosperidad y el equilibrio social, representa el avance y consolidación de la reforma en el campo de la salud,^{3,11-13} (*Gallegos Ramírez M. Reforma del estado y política fiscal en México. Ponencia presentada en el seminario La Reforma del Estado y la Nación en América Latina. Sinaloa, México; 1999*) sólo por mencionar a algunos de los temas que pueden ser considerados como ejes sobre los cuales se ha edificado el discurso, y la acción entorno a esta importante transformación por la que se mantiene y transcurre la vigencia de los servicios institucionales de salud.

El camino seguido hasta el momento, tanto a nivel de investigación como de medidas y acciones gubernamentales en relación con la salud, ha sido determinante, dado que nos remite a espacios y escenarios particulares del proceso, no obstante, lo que aquí se pretende es llamar la atención sobre un eslabón de la cadena: los recursos humanos (RH), que no parecen haber recibido la atención ni el seguimiento que se esperaría, dada la trascendencia de los cambios por los que atraviesa la atención y el cuidado institucional de la salud, y en esta lógica, la importancia que adquiere el papel de quienes se desempeñan como trabajadores del sector salud en sus diferentes niveles y áreas de organización, administración y prestación de servicios. En este caso, el interés se centra en conocer cuál ha sido el impacto que la reforma ha tenido sobre el médico que presta sus servicios en el primer nivel de atención. Un primer recuento y revisión general del tema, su abordaje y tratamiento, deja al descubierto un vacío que ha empezado a ser identificado como “el talón de Aquiles” de la reforma (*Homedes N, Ugalde A. ¿Qué ha falla-*

do en las reformas de salud de América Latina? Ponencia. VII Congreso Internacional del CLAD. Lisboa, Portugal;2002).

Recursos humanos

Sin duda, a nivel gubernamental como de investigación científica, a lo largo de la presente década se ha producido un creciente interés por abordar el tema de los RH. En este sentido, es muy importante seguir el tipo de discusión que se genera ya que los matices pueden ser no sólo variados sino contradictorios en sus posiciones.

Vale mencionar que en el marco de la administración de los servicios de salud, el rubro de RH se ha mantenido presente bajo la tradicional óptica que da cuenta del número total de personal que labora en el sector salud, de acuerdo con las variables como el tipo de médico (general o por tipo de especialidad), número de enfermeras, técnicos en salud, entre las variables más referidas. Esta manera de referirse a los RH, muestra una visión limitada respecto a un rubro que desde una perspectiva organizacional juega un papel central para el logro de los objetivos de la reforma.

Son aún limitados los estudios que recuperan y problematizan la importancia de los RH en el marco de la reforma, aquellos trabajos en los que se muestra interés por el tema, mantienen en común el destacar y reconocer su rectoría para el logro, no sólo de las metas y objetivos que desde los años ochenta dan vida a este proceso,¹⁴⁻¹⁶ sino que la discusión en torno a la temática ha venido ganando espacio a raíz de las evaluaciones hechas en relación con los cambios logrados, y al momento por el que en la actualidad atraviesa un proyecto que no es privativo del terreno de la salud sino que, hay que insistir, involucra un importante replanteamiento del paradigma, y de los esquemas en que había venido operando la organización y la administración de servicios y facultades que corresponden al nivel y al ámbito de la acción gubernamental.¹⁷⁻¹⁹

Los RH ocupan una centralidad que no sólo tiene que ver con el plan-

teamiento de metas soportadas por un manual de organización, sino sobre todo, con el proceso mismo del trabajo desarrollado y de su periódica y sistemática evaluación en cada uno de los espacios institucionales de gobierno, donde por cierto, laboran individuos y grupos con intereses y concepciones muy particulares de un accionar que logra atravesar y definir el “rumbo” y el “rostro” de la institución en la que prestan sus servicios. Son finalmente, personas y sus actitudes las que enfrentan y atienden a personas (con actitudes y expectativas), que en el carácter de demandantes de servicios de salud, acuden a las diferentes instancias e instituciones en busca de algún tipo de atención que tiene que ver con la recuperación de la salud, o bien con acciones que apoyen la promoción y la educación para su conservación. En un discurso más reciente, inmerso en la tendencia privatizadora de los servicios de salud, se habla de clientes/usuarios en un marco económico definido, precisamente, por la “oferta” de este tipo de servicios.

Bajo el nuevo modelo de gestión de los servicios de salud, hay que decir que el tema de los RH, atraviesa el manejo en paralelo de una doble agenda. Por un lado, la vieja agenda que debe resolver los problemas de “personal” heredados de un modelo de administración fordista: relaciones estables y protegidas que garantizaban la duración del puesto de trabajo; pero que al mismo tiempo y dados los cambios más recientes que apuntan hacia la transformación económica y social que hace crisis en México en la década de los años ochenta, se convierte en una carga para la operación del aparato de Estado. Por otro lado, una nueva agenda marcada por la necesidad de un trabajo flexible, esto es, un modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la desaparición de los contratos colectivos, y la sustancial modificación de las prestaciones sociales, que a su vez enfrenta la precariedad del trabajo, la “pérdida” de beneficios laborales que descorporativizan al trabajo, fragmentado de igual forma su capacidad de negociación en el logro de mejores salarios y condiciones de trabajo (*Brito*

Quintana PE. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. OPS/OMS, 2000), (*Estefanía J*. La nueva economía. La globalización. Temas de Debate. Madrid, España; 1997).

En el caso de los médicos del primer nivel de atención en salud el impacto ha sido doblemente desgastante, ya que a una presencia profesional ya de por sí débil en el esquema de organización y administración de la atención en salud, se suma ahora la modificación de condiciones de trabajo que bajo la operación de un referente de calidad, condiciona y supervisa un trabajo sometido a controles periódicos de los que depende su frágil vínculo institucional. Como veremos a continuación, al interior de la estructura organizativa y jerárquica, el médico general (es decir aquel en el que recae la responsabilidad y el trabajo del primer nivel de atención), ha sido históricamente relegado y subordinado a los cauces y pautas de un mercado que sobredimensiona el papel de la medicina y de las innovaciones tecnológicas propias de este campo.

Primer nivel de atención en salud

En el caso de la salud, el complejo de transformaciones que oficialmente se plantean desde la década de los años ochenta, obliga a recuperar el énfasis puesto en un proyecto de reforma que invariablemente alude a ésta en términos de “equidad”, de una “respuesta integrada a las necesidades de la comunidad”,²⁰ de tal forma que implícita y explícitamente se produce la recuperación de un tipo de trabajo para el que, desde el discurso gubernamental, el primer nivel de atención en salud se erige como un frente básico de actuación que, en principio, estaría apostando por una administración de los servicios de salud que sin renunciar al servicio y cuidado hospitalario, se muestra interesada en redefinir la política en salud, con capacidad de explotar el potencial que se encierra en el primer nivel de atención, y en consecuencia estar en posibilidad de responder a los requerimientos planteados al interior de los diferentes espacios so-

ciales que conforman al municipio, o a los estados que integran al país; de ahí el sentido de la descentralización y del presentar a la reforma como parte fundamental del proceso de democratización por el que atraviesa el país, y en general la región latinoamericana.

No es gratuito que el vigente Plan Nacional de Salud 2001-2006, maneje como epígrafe “La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud”. ¿Cuál es, en esta lógica, el renovado papel del médico general? ¿Existe un compromiso institucional para “rescatar” al médico del primer nivel de atención; esto como garantía para el éxito de los cambios anunciados en el marco del programa de reforma?

Así, antes de seguir adelante, es muy importante destacar el dominio que sobre las sociedades ha tenido la medicina curativa, como el referente por excelencia para pensar, hablar y actuar, en relación con la salud; se trata sin duda de una asunción implícita y explícita acerca del saber de la medicina como un conocimiento sobre la enfermedad y su ámbito de acción: la persona enferma; de tal forma que algunos autores han llegado a afirmar que “...esta precisión metodológica y conceptual, ha sido probablemente una de las razones del éxito de la medicina”,²¹ además, en un contexto propicio en el que la actuación institucional presenta a las clínicas y a los hospitales como los lugares a los que razonable y lógicamente recurre el enfermo (la familia del enfermo), en busca de la recuperación de las condiciones anatómicas y funcionales reconocidas socialmente como salud, y cuya pérdida llamamos enfermedad.²²

Frente a la llamada medicina curativa, existe otra práctica en el ámbito de la salud, la cual ha sido menos reconocida (identificada) por la colectividad, y que en el escenario de la reforma del sector salud, pareciera intentar recuperarse: se trata de un tipo de atención en salud que conceptualmente y en la práctica, es identificada con el trabajo en el primer nivel de atención en salud. A este nivel de atención corresponde ofrecer servicios de medicina

general a pacientes que, en principio, no requieren de hospitalización, también le corresponde un trabajo de prevención y promoción de la salud aunque en realidad, el trabajo que más le ha identificado a lo largo del tiempo es la atención en el consultorio al paciente ambulatorio.

La mínima inversión económica en este nivel (de cara a las fuertes inversiones en tecnología médica de punta y en recursos humanos calificados, “especialistas” que demandan el segundo y el tercer nivel de atención), abre la puerta y redirecciona los reflectores hacia las potencialidades de un tipo de política en el ámbito de la salud capaz de hacer frente a la crisis de un sector que mucho se ha dicho, tiene que ofrecer respuestas a la población que demanda servicios y atención en salud, en un escenario económico de fuertes restricciones presupuestales. El discurso hace énfasis en la necesidad de hacer más y mejor con menos. El proyecto de reforma que arranca en los años ochenta, a partir de un trabajo que pondera su bajo costo de operación, recupera la importancia del primer nivel de atención para enfrentar los problemas viejos de la sociedad mexicana: enfermedades infecciosas y parasitarias, problemas de nutrición, entre otros, y a su vez asumir el reto de los nuevos padecimientos que se inscriben en un espectro epidemiológico dominado a su vez por las conocidas como enfermedades del primer mundo o crónico degenerativas: cánceres, problemas del corazón, así como el incremento del número y tipo de accidentes.

El papel de los RH en el primer nivel de atención en salud se convierte entonces en un referente crucial para el control y seguimiento del trabajo realizado a nivel de la llamada “hechura de las políticas públicas” en salud. Vale la pena recordar que ese lugar más amplio en el que se manejan los cambios en el sector salud, acaba remitiendo a una reforma del Estado en la que se cuestiona el papel de éste en procesos y ámbitos particulares del desarrollo económico y social. La salud es, sin duda, uno de los referentes de la política social en los que más se ha resenti-

do el modelo económico identificado como neoliberal, y el que ha servido de motor no sólo a los “cambios en general”, sino al “tipo de cambios” que se instrumentan en el terreno económico, encaminados a una abierta rectoría del mercado y a la privatización del mayor número de espacios y relaciones sociales, en tanto que a nivel de organización y administración de los servicios públicos, y como contraparte necesaria para acercarse y ajustarse a los estándares de calidad que se manejan a nivel de mercado, ha sido imprescindible optar por un modelo de administración diferente al desgastado modelo burocrático que operó en todo el período del llamado “Estado de Bienestar”, o también llamado modelo de gobiernos populistas para el caso de la América Latina.

El camino hasta ahora recorrido por las sociedades latinoamericanas, da cuenta de un proceso pletórico de promesas y expectativas, pero pobre aún en resultados. Una de las quejas recurrentes en el campo de la salud, ha sido el reconocer que de parte del personal que labora en las instituciones públicas de salud, no ha habido ni un involucramiento real con las metas y los objetivos de la reforma, ni tampoco se ha trabajado en aras de contar con un perfil profesional que se haga cargo de dar vida y contenido al proceso. En el caso del primer nivel de atención, se habla de una falta de personal de atención primaria, frente al exceso de especialistas que conforman el mercado laboral y, que de hecho dominan los espacios al interior de las instituciones públicas y privadas de salud.

Es de señalar que la formación de los RH para la salud, ha estado determinada por una política nacional que desde el período de consolidación de las instituciones mexicanas (período ubicado hacia el final de los años cuarenta), ha operado bajo una visión clínica del proceso salud/enfermedad. Esta manera de concebir a la salud, a partir de una lectura que toma como referente a la enfermedad, ha favorecido el desarrollo de un mercado de trabajo que económica y socialmente reconoce y recompensa al especialis-

ta, al tiempo que minimiza y margina al médico general. Se apuesta así por una visión tecnológica, clínica e individual de la salud, la que resta prestigio y muestra rechazo hacia el trabajo de promoción y de prevención que se realiza en el marco de la salud pública y con la contribución de la medicina general^{23,24} (Pera C s/f. El humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina. Documento de trabajo No. 6. Universidad de Barcelona, España).

No es gratuito que la formación de médicos en las diferentes instituciones de educación superior que funcionan en el país, haya venido operando bajo un modelo curricular que, en la lógica de los requerimientos de un mercado que demanda y reconoce al médico especialista y subespecialista, ha dimensionado y fundamentado la formación y ejercicio profesional en términos del desarrollo y el uso de la tecnología médica²⁵⁻²⁷ (Byrne N, Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para educación médica en América Latina s/e. México, 1994).

Destaca, sin duda, una profunda contradicción, ya que en los documentos rectores de la reforma,^{20,28} se plantean expectativas y preocupaciones cuyas estrategias y herramientas de trabajo no están en el hospital ni en la especialización o subespecialización, sino en la recuperación del vasto campo de trabajo que ofrece la salud pública, y que ha sido subexplotado ante el dominio del modelo médico. En este sentido, es dado afirmar que en las diferentes agendas políticas de los países latinoamericanos, y en el caso de lo que corresponde a México, a casi 20 años del inicio del proceso, no ha habido un proyecto que como estrategia administrativa, aborde de manera integral un tema de la sensibilidad y el alcance político y económico, además del reto administrativo, que representan los RH.

Es fundamental no dejar de lado que en el presente trabajo, cuando se alude al vasto campo de actuación de la Salud Pública, se recupera a uno de sus actores fundamentales que es el

médico general; aunque por otro lado, la Salud Pública sea al mismo tiempo un espacio abierto a la participación de actores sociales cuya formación profesional sea ajena al currículo médico/clínico.

Recursos humanos y Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS 2001-2006)

En el caso específico de México, cuando se busca información sobre lo que actualmente se realiza al interior de la Secretaría de Salud (SSA), encargada del diseño de la política nacional en salud, respecto al papel de los recursos humanos y las acciones que a nivel de política federal se están realizando para incorporar a este factor fundamental en la generación de los servicios de salud, es común toparse con posiciones discordantes. Por un lado, parece mantenerse el dominio de una perspectiva para la que al aludir a los RH, se refiere a un exhaustivo y detallado recuento y clasificación del personal que labora en la SSA: número de médicos generales, de especialistas (de acuerdo al tipo de especialidad/subespecialidad), el total de enfermeras que laboran en la institución, número de técnicos administrativos, entre las variables más comunes. La información se puede presentar a nivel nacional y por Estado de la república mexicana.²⁸

Mientras que por el otro lado, derivados del mismo PNS 2001-2006, se presentan programas de trabajo, formalmente llamados "Programas de acción" estrechamente vinculados a lo que se denomina "Estrategias sustantivas", mediante las cuales operativamente se pretende abordar aquellos problemas que en el escenario del proyecto de reforma son reconocidas como retos del sistema de salud mexicano. Existen dos grandes proyectos a partir de los cuales se propone trabajar con el tema de los RH, y su participación en el contenido de la reforma. Por un lado, el Programa de Acción número 4 que lleva por título: *Desplegar una Cruzada por la calidad de los servicios de salud*²⁹ y el Programa de Ac-

ción número 10, que lleva por título: *Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud*.³⁰

En el primer caso, el abordaje de los RH es considerado en función de la consecución de la calidad de los servicios que presta la SSA y donde se reconocen las carencias que en este sentido dominan al interior de la misma. Dos párrafos del Programa de Acción número 4 lo confirman:

"...el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos los esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado".

*"Tal es la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como verdadera cruzada rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema..."*²⁹

La búsqueda de la calidad de los servicios de salud, sirve de pretexto para establecer un vínculo con la atención que se presta a los RH, destacándose la consideración de los trabajadores como el eje de la factibilidad en el logro de los objetivos de la misma. De igual manera, se establece un estrecho vínculo entre la calidad y la consolidación del proyecto que pugna por la operación de un arbitraje médico al cual ajustar la práctica médica en términos de requisitos y condiciones que avalan la calidad de los servicios que se prestan, y que el usuario puede recurrir como opción de inconformidad.

Así, aunque en varios momentos del documento se mantiene la referencia a la importancia del trabajo pendiente con los RH, el peso del planteamiento recae sobre una serie de puntualizaciones que deben ser consideradas para el logro de una atención con calidad en el ámbito de la salud: se refiere a la necesidad de una mayor equidad, de la dimensión técnica e interpersonal vinculada a la calidad, a su vez, en la dimensión interpersonal se reconoce su importancia en términos de ser una ventana a partir de la cual, entre la población usuaria, se construye la aceptabilidad y la percepción de la

calidad del servicio. En realidad lo que se hace es remitir (de nueva cuenta), al discurso que se ha venido manejando y en el que a nivel de documentos oficiales, no ha dejado de reconocerse la importancia de los RH para el logro de los cambios que trae aparejado el proceso de cambio por el que transcurren las instituciones de salud. Vuelve a caerse en el vacío en el que se carece del puente que remita a las estrategias concretas a partir de las cuales, con una identidad propia, abordar y dar cuenta del trabajo que se realiza sobre un tema que es reconocido como crucial a la reforma, pero en relación con el cual, en el trabajo cotidiano domina la apatía y en no pocos casos (a cuatro lustros de iniciado el proceso), el desconocimiento respecto a lo que significa la reforma. Situación que con crudeza permite leer las posibilidades reales del llamado cambio en salud, en cuanto posibilidad de superación tanto de los rezagos, como de los nuevos retos que se presentan en este campo de relación y actuación social.

El programa de acción número 10, mencionado arriba, se divide a su vez en cinco subprogramas, tramita a un escenario en el que el énfasis cae nuevamente en una búsqueda de calidad que prescinde de la participación real de los RH. Debido a la estrecha relación con el tema aquí tratado y para efecto de los objetivos de este documento, se hace particular referencia a dos subprogramas del programa de acción número 10. En el caso particular del Programa 10.2. *Enseñanza: formación y capacitación del personal de salud*; título que en principio resulta atractivo por el contenido a que parece remitir, al intentar darle seguimiento ya sea electrónico o bien a partir de la búsqueda del programa en las oficinas de la SSA, nos topamos, en el primer caso, con el hecho de que más allá de la enunciación del programa, no existe documento alguno que pueda consultarse en la página de Internet de la SSA. En el segundo caso, al requerimiento del documento en las oficinas centrales de la SSA, la respuesta es que es un documento en el que se está trabajando y no hay fecha para poder

consultarlo ya que por el momento existen otras prioridades a nivel federal, como lo es la operación del seguro popular.

En cuanto al subprograma 10.5. *Servicio civil de carrera para profesionales de la salud*. Se plantea la necesidad de incorporar una serie de procedimientos que permitan un mejor control de los servicios ofrecidos por las instituciones públicas dedicadas al otorgamiento de servicios de salud. Para tal efecto, se pretende echar a andar un servicio civil de carrera, que rompa con una serie de vicios presentes en la organización y administración de los servicios de salud. Aquí, es muy importante destacar que el indicador de calidad se halla relacionado con el cumplimiento de un proceso de selección de personal que remonta la asignación discrecional y patrimonial de los puestos de trabajo. Para tal efecto, el documento remite también a la consecución de una serie de expectativas que debe tener como requisito el profesional médico de la salud para considerar como viable su participación en alguna institución de salud. Salvo excepciones, que es posible ubicar en el caso de los mandos medios y superiores,³¹ el trabajador de las instituciones de salud debe ocuparse individualmente (y con cargo a sus ingresos personales directos), de su preparación y actualización a fin de ser considerado como candidato a ocupar o a mantener una plaza en el sistema de salud.

A nivel de estrategias concretas, vinculadas a la difusión de información entre el personal médico, se han venido realizando una serie de ejercicios, cuya finalidad es capacitar a los RH del primer y segundo nivel, al tiempo que se responde a los requerimientos marcados por la acreditación o bien por el criterio más amplio de certificación. La acreditación ha venido funcionando como un procedimiento interno de control de calidad, que a través de una entidad administrativa creada por la propia SSA, tiene el propósito de llevar a cabo la verificación del cumplimiento de criterios y variables de calidad, para así apoyar con recursos a los diferentes programas y unidades

administrativas de la Secretaría. En el caso de la certificación, el proceso de revisión del cumplimiento de estándares de calidad es llevado a cabo por una entidad externa, generalmente privada y de operación a escala internacional.

Se ha trabajado a partir de las llamadas "Unidades de demostración de calidad", que representan el instrumento mediante el cual se certifican los procesos que se llevan a cabo en las unidades médicas, y que involucran el trabajo del médico en cada una de las fases y momentos en que desarrolla sus actividades laborales desde todo aquello que tiene que ver con la atención directa a los pacientes, como actividades de tipo administrativo a las que también se halla sujeto. Es así como a partir de una serie de acciones y ejercicios de "formación" se ha tratado de instalar el proyecto de reforma entre quienes cotidianamente representan y conforman la cara de la institución (en este caso de la SSA), ante la población que demanda servicios y atención.

COMENTARIOS FINALES

Para ser congruente con sus propios programas y objetivos de trabajo, es dable pensar que la reforma del sector salud debiera contemplar un programa de formación y capacitación para el grueso del personal que labora en este sector, y en particular para quienes con desempeño en el primer nivel requieren sumar información y elementos de formación en estrecha correspondencia con las expectativas generadas por la reforma. Desde la perspectiva organizacional, son las personas (seres humanos de carne y hueso, con aspiraciones e intereses particulares y de grupo), quienes se identifican con metas y objetivos de la organización a la que pertenecen (en la que prestan sus servicios), dando vida y haciendo posible, en este caso, la administración y la organización de los servicios de salud.

La manera en que en el primer nivel de atención ha sido abordado el tema de los RH presenta las características siguientes:

- Como resultado de una primera lectura, es viable afirmar que como parte de la reforma del sector salud se plantea un claro reconocimiento e impulso a las potencialidades de este nivel; aunque, es claro que a lo largo de ya casi 20 años de iniciado el proceso, no ha habido una iniciativa seria (que se sostenga a lo largo del tiempo y que ofrezca resultados), que halla retomado el reto de informar y capacitar al personal médico que labora en este nivel, de tal forma que se pueda garantizar el cumplimiento de objetivos y metas que en sus inicios justifican el arranque de las transformaciones propuestas por los sistemas de salud en México y América Latina: trabajar por la equidad y la democratización de los servicios de salud, mejorar la calidad, promover la atención de la salud más que la atención de la enfermedad.
- El punto anterior, está muy relacionado con el hecho de que cualquier intento por incorporar y explotar las ventajas del primer nivel de atención, y en este sentido propiciar una estrategia de trabajo que facilite la integración de los RH a la consecución de lo establecido por la reforma, pasa, sin lugar a duda, por una serie de consideraciones sociales, económicas y culturales que han marcado la dinámica laboral y política de los RH en ese nivel de atención, por lo que deberán tenerse en cuenta aquellos factores que han venido influyendo en el descrédito del personal y del espacio laboral que representa el nivel de atención en salud al que aquí se hace referencia. Mostrándose la urgencia de un programa estratégico que desde sus diferentes ángulos recupere y reposicione al médico general con facultades de decisión a las que se vincula un reconocimiento económico y social.
- Finalmente, aunque no necesariamente todo intento por mejorar un servicio, en este caso público, pasa por la inversión económica, ha sido históricamente reconocida la mínima inversión destinada a la atención primaria, frente a los montos con que

se soporta el funcionamiento del segundo y tercer nivel de atención, por lo que de manera obvia existe un marcado reclamo en favor de la inversión económica en este nivel de atención; una inversión que suponga la disponibilidad de una mayor cantidad de recursos y que al mismo tiempo implique una reorganización de las acciones y los servicios en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arteaga Basurto C, Solís San Vicente S. La política social en la transición. México DF: UNAM; 2001.
2. Coraggio JL. Política social y economía del trabajo. Alternativas a la política neoliberal para la ciudad. Madrid: Universidad Nacional de General Sarmiento; 1999.
3. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México DF: Fundación Friedrich Ebert-ERA; 1996.
4. Ayala Espino J. Economía del sector público mexicano. México DF: UNAM; 2001.
5. Arellano Cadena R. México, hacia un nuevo federalismo fiscal. México DF: Gobierno de Estado de Puebla/ FCE; 1996.
6. Lhérisson Hugues H. Estudio introductorio. En: Lynn, Naomí y Wildavsky, editores. Administración Pública. El estado actual de la disciplina. México DF: FCE; 1999.
7. Hood C, Jackson M. La argumentación administrativa. México DF: FCE; 1997.
8. Ramírez B, Arancibia J. Seguridad social, reformas y retos. México DF: Porrúa-IIIE; 1999.
9. Guillén Romo H. La contrarrevolución neoliberal. México DF: Ediciones ERA; 1997.
10. Stavenhagen R. Democracia, modernización y cambio social en México. Venezuela: Revista Nueva Sociedad; 1993(124).
11. Abrantes Pego R, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Saúde Pública. 2000;18(4):971-89.
12. Gutiérrez Arriola A. México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina. México DF: UNAM/S.XXI; 2002.
13. Ornelas C. La descentralización de los servicios de educación y de salud en México. En: Di Gropello E, Cominetti R, editores. La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Santiago de Chile: CEPAL; 1998.
14. Brito P, Granda E, editores. Observatorio de recursos humanos de salud. Ecuador: OPS/OMS; 2000.
15. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos. Madrid: Unidad de desarrollo de recursos humanos, OPS; 2003.
16. Organización Panamericana de la Salud. Programa de desarrollo de recursos humanos. Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en salud. Washington DC: OPS; 1997.
17. Arellano D, Cabrero E, Del Castillo A, editores. Reformando al gobierno. Una visión organizacional del cambio gubernamental. México DF: Porrúa/CIDE; 2000.
18. Cardozo Brum M. El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993). En: Cabrero Mendoza E, editor. Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993). Logros y desencantos. México DF: Porrúa/CIDE; 1998.
19. Bañón R, Carrillo E, editores. La nueva administración pública. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1997.
20. Secretaría de Salud. Programa de reforma del sector salud 1995-2000. México DF: SSA; 1994.
21. López Moreno S. Salud Pública y medicina curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinarias. Salud Pública de México. 2000;42(2):88-9.
22. Conti L. Estructura social y medicina. En: Aloisi Berlinger, editor. Medicina y Sociedad. Barcelona: Fontanella; 1972.
23. Rodríguez Ortega G. Relación médico-paciente. Interacción y comunicación. México DF: UNAM/ Miguel Ángel Porrúa; 2000.
24. Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México DF: FCE/SSA; 1991.
25. Rivero Serrano O, Tanimoto M, editores. El ejercicio actual de la medicina. México DF: SXXI/UNAM; 2000.
26. Rivas Vilchis JF. Variables del diseño curricular en medicina. México DF: UAM-X; 1994 (División de Ciencias Biológicas y de la Salud).
27. Córdova A, Leal G, Martínez C. El discurso académico sobre la salud en México. México DF: UAM-X; 1989 (Temas Universitarios No. 13).
28. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México DF: SSA; 2001a.
29. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud [serie en Internet]. [citado en 2001b]. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>
30. Secretaría de Salud. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud [serie en Internet]. [citado en 2001c]. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>
31. Secretaría de Salud. Programa de acción: capacitación gerencial. Versión preliminar [serie en Internet]. [citado en 2001e]. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>

Recibido: 26 de noviembre de 2004. Aprobado: 19 de agosto de 2005.
Norma González González. Calle Mexxtli No. 115. Residencial el Parque V. Casa 21. Colonia Azteca. Toluca Estado de México. CP 50180. E-mail: gogn@uaemex.mx, gogn66@yahoo.com.mx