

SEGUIMIENTO AL ARRANQUE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA EL BIENESTAR

INFORME PRELIMINAR

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN Y CALIDAD

Mayo, 2024



GOBIERNO DE
MÉXICO



IMSS
BIENESTAR

Unidad de Atención Médica a la Salud

Coordinación de Educación e Investigación

División de Investigación Médica Subdirección de Gestión de la Investigación Jefatura de Seguimiento y Difusión de la Investigación

SEGUIMIENTO AL ARRANQUE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA EL BIENESTAR

Septiembre de 2024

Índice

1. Directorio	4
1. Participantes	8
2. Resumen	9
3. Preámbulo	11
4. Justificación	12
5. Objetivos	13
6. Métodos	14
7. Perfil de los informantes	14
8. Principales hallazgos	16
9. Recomendaciones	29
10. Propuesta de estudio complementario	31

1. Directorio

Alejandro Antonio Calderón Alipi

Dirección General

Célida Duque Molina

Unidad de Atención a la Salud

Rosbel Toledo Ortiz

Coordinación de Educación,
Investigación y Calidad

División de Investigación Médica

César Raúl González Bonilla

División de Investigación Médica

Jessica Margarita González Rojas

Subdirección de Gestión de la
Investigación en Salud

José Arturo Ruiz Larios

Subdirección de Regulación de la
Investigación en Salud

Leonardo Hernández Ledesma

Jefatura de Departamento de
Fomento de la Investigación

Andrés Palacios Ramírez

Jefatura de Departamento de
Seguimiento y Difusión de la
Investigación

Raúl Ramírez Carreto

Jefatura de Departamento de
Análisis y Evaluación de la
Investigación

Marcela López Pacheco

Jefatura de Departamento de
Planeación de la Investigación

Marcela Hernández Ruiz

Jefatura de Departamento de
Vinculación de la Investigación

Mederick Andrade Moreno

Jefatura de Departamento de
Organización de Comités

Abner René Varela Andrés

Analista de la División de
Investigación Médica

Griselda María Villafaña Rivera

Analista de la División de
Investigación Médica

Uriel Covarrubias Constantino

Analista de la División de
Investigación Médica

Massiel Díaz Herrera

Analista de la División de
Investigación Médica

Saret Bazán Cuervo

Analista de la División de
Investigación Médica

José Luis Nápoles Munguía

Analista de la División de
Investigación Médica

Gabriela Marisol Cruz Miranda

Analista de la División de
Investigación Médica

Juan Carlos Salazar Santiago

Analista de la División de
Investigación Médica

Sally Castillo Jaimes

Enlace Administrativo

División de Educación y Formación en Salud

Fausto Sarabia Díaz

División de Educación y
Formación en Salud

Paola Julieta Zarco Chin

Subdirección de Educación
Continua y Permanente en Salud

Ivonne Lizeth Carpio García

Subdirección Desarrollo del
Proceso Educativo en Salud

Pedro Sandoval Castillo

Subdirección de Formación de
Recursos Humanos para la Salud

Sergio Bojalil Parra

Subdirección de Planeación
Educativa

Gisela Edith Vallejo De la Cruz

Jefatura de Departamento de
Formación Personal de salud con
actividad docente en Educación
en Salud

Frida Ximena Santos Acuña

Jefatura de Departamento de
Vinculación Educativa

Suemy Dinay De la Rosa Olivares

Jefatura de Departamento de
Evaluación Educativa

Julia Alejandra Chávez Navarro

Analista de la Coordinación de
Educación e Investigación

Jorge Alberto Hernández**Cadenas**

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Gabriel Alfonso Orive Santander

Jefatura de Departamento de
Medios y Tecnologías para la
Educación

Luis Antonio Cruz Reyes

Jefatura de Departamento de
Educación a Distancia

Sergio Aarón de la Rosa Cruz

Jefatura de Departamento de
Educación Presencial en Salud

Christian Omar Plácido García

Jefatura de Departamento de
Formación de Personal de
Pregrado

Rocío Carolina García Rivera

Jefatura de Departamento de
Programas Educativos de
Posgrado

Susana Robles Chavira

Jefatura de Departamento de
Enfermería y Técnicos en Salud

Luz Alejandra Cano Collado

Jefatura de Departamento de
Gestión del Conocimiento

Jorge Diego Gaona López

Jefatura de Departamento de
Calidad Educativa

Bruno París Romero

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Diana Saray Torres Alvarado

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Raúl Salazar Jasso

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Alain Sánchez Álvarez

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Erick Aldair Ayala Pulido

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Paulina Jiménez Hernández

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Ileana Skarlette Flores

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Bryan Daniel Ibarra Saucedo

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Jesús Barrientos Hipólito

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Miguel Ángel Figueroa Fajardo

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Nayadé Herrera García

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Brenda Becerra Jiménez

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Luis Alberto Aguilera Guerrero

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Rogelio Velázquez Hernández

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Leticia Estrada Sánchez

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Mónica Gisselle González Solano

Analista de la División de
Educación y Formación en Salud

Zyanya Esperanza Macedo**Rodríguez**

Enlace Administrativo

División de Calidad y Certificación Médica**Arturo González Ledesma**

División de Calidad y Certificación
Médica

Elias Flores Castellanos

Subdirección de Gestión de la
Calidad y Seguridad

Abigail Meza Chávez

Subdirección de Certificación
Médica

Aline Ariola Miranda Espinoza

Jefatura de Departamento de
Calidad Técnica e Interpersonal

Rebeca Belinda Campos Olayo

Jefatura de Departamento de
Seguridad de la Atención

Concepción Grajales Muñiz

Jefatura de Departamento de
Sistemas Críticos para la
Seguridad

Erika Estrada Olea

Jefatura de Departamento de
Atención Centrada en la Persona

Luis Ángel Hernández Gutiérrez

Jefatura de Departamento de
Gestión Directiva

Montserrat Rodríguez Brizuela

Jefatura de Departamento de
Regulación y Seguimiento

Josué Dircio Galdamez

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Omar Antonio Sánchez Pérez

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Eduardo Javier López Jiménez

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Javier Burgos Montiel

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Brenda Nayeli Velázquez

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Ana María Chávez Hernández

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Alma Griselda Díaz Martínez

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Alfonso Maldonado Gutiérrez

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Elena Gutiérrez Lamadrid

Analista de la División de Calidad y
Certificación Médica

Luz Andrea Sánchez Bolaños

Enlace Administrativo

1. Participantes

Rosbel Toledo Ortiz

Titular de la Coordinación de Educación, Investigación y Calidad

Cesar Raúl González Bonilla

Titular de la División de Investigación Médica

José Arturo Ruíz Larios

Titular de la Subdirección de Regulación de la Investigación en Salud

Marcela López Pacheco

Titular de la Jefatura de Departamento de Planeación de la Investigación

Uriel Covarrubias Constantino

Analista de la División de Investigación Médica

Griselda María Villafaña Rivera

Analista de la División de Investigación Médica

Mayo de 2024

“El modelo [MAS-Bienestar] no lo conoce nadie, con todo respeto, nadie incluido yo... No hemos entendido cuál es realmente el sentido de este modelo.”

“Es un modelo que se pensó para hoy y para mañana, y tenemos que irlo aprendiendo y remando contra corriente.”

“El modelo realmente no ha funcionado como quisiéramos porque las fuentes de financiamiento se han estado complicando.”



2. Resumen

Justificación. Conocer la recepción que ha tenido la implementación del MAS-BIENESTAR dentro de las unidades médicas de tres de los nueve estados que están en fase de planeación y arranque, brinda una idea general que sirve de parteaguas para reorientar las estrategias y asentadas en este modelo y atender a las necesidades emergentes, con la finalidad de cumplir con los objetivos estipulados.

Planteamiento del problema. Se ha dado inicio de la transferencia de los Servicios Estatales de Salud al nuevo OPD Servicios de Salud IMSS. En ese marco se está arrancando la implementación del MAS en nueve de los 23 estados comprometidos. Esto último implica la adopción de un nuevo paradigma de atención a la salud, junto con la reorganización de los servicios y el reforzamiento con recursos humanos, medicamentos, insumos e infraestructura, Por ello es importante recopilar las percepciones del personal que está participando en estos cambios.

Hipótesis. La implementación del MAS implica, entre otros aspectos, un nuevo paradigma de atención, la mejora de la infraestructura, la dotación de insumos y de personal capacitado, del cual se tendrá un efecto positivo sobre la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios de salud.

Objetivo. Dar seguimiento y sistematizar el inicio de la implementación del MAS-BIENESTAR (fase Planeación-arranque) en unidades médicas, en una muestra de entidades federativas.

Material y Métodos. Se trabajó con métodos cualitativos mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas con el personal de los Comités Estatales de Implementación, los Equipos Regionales y Zonales de Implementación, así como integrantes de cuerpos de gobierno de hospitales de 2º nivel, directores y encargados de centros de salud.



Recomendaciones. Establecer canales de comunicación formales y expeditos entre todos los niveles a nivel nacional, estatal, regional, zonal y unidades médicas, con el fin de responder todo tipo de dudas sobre el MAS y su proceso de implementación (desde conceptuales, de procesos, operativas y/o administrativas)

En la continuidad de la implementación del modelo en los estados restantes, poner énfasis y mayor detalle en la parte conceptual de la APS (más allá de promoción de la salud), su importancia y su concreción en la prestación de servicios integrales de salud. Esto a todos los niveles, desde el nacional hasta el operativo.



3. Preámbulo

En el contexto de la transferencia de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud (SESA) a los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, se ha iniciado la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) en unidades médicas de los tres niveles de atención. Esta transferencia ha implicado múltiples y complejos factores relacionados directamente con la gobernanza y la operación cotidiana de las unidades médicas, lo cual debe ser considerado en el análisis del arranque de la implementación del MAS-BIENESTAR para conocer las necesidades y las condiciones que caracteriza a cada estado, así como para construir estrategias mejor enfocadas que las atiendan.

Es importante reconocer que este inicio presenta grandes desafíos para todos los actores involucrados. Por ello, se considera de vital importancia dar seguimiento al proceso, específicamente a la fase de arranque de la implementación de este nuevo modelo.

El uso de estudios de satisfacción para evaluar la calidad de los servicios es coherente con la opinión internacional, pues sostiene que los sistemas de salud basados en Atención Primaria de la Salud (APS) con altos estándares de calidad requieren profesionales capacitados en métodos cuantitativos y cualitativos, así como sistemas de información en tiempo real sobre las cadenas de oferta y demanda de servicios. Por lo tanto, se hace latente la necesidad de realizar estudios específicos sobre la percepción de los prestadores de servicios de salud, como el que se presenta a continuación.



4. Justificación

Determinar la percepción de los trabajadores de la salud respecto al MAS-BIENESTAR puede tener impacto en los siguientes aspectos de la atención a la salud:

Calidad de la atención: Es esencial entender cómo perciben los trabajadores de la salud el MAS-BIENESTAR, ya que su percepción influye directamente en la efectividad y la eficiencia del modelo.

Aceptación y adaptación: Comprender cómo las percepciones pueden revelar las causas de aceptación y de posibles resistencias o barreras que enfrentan los trabajadores, lo cual es vital para realizar ajustes y capacitaciones adecuadas.

Satisfacción y bienestar laboral: Un modelo que sea percibido positivamente puede mejorar la moral y reducir el estrés laboral, mientras que uno percibido negativamente podría tener el efecto contrario.

Identificación de necesidades formativas: Evaluar las percepciones puede ayudar a identificar áreas donde los trabajadores de la salud necesitan más formación o recursos. Esto puede incluir la capacitación en nuevas prácticas, el uso de tecnologías específicas o el manejo de nuevos protocolos.

Evaluación de la implementación: Conocer la percepción de los trabajadores permite evaluar la implementación del MAS-BIENESTAR desde una perspectiva interna. Esto puede proporcionar información valiosa sobre qué aspectos del modelo funcionan bien y cuáles necesitan mejoras.

Política y toma de decisiones: Los resultados del estudio pueden guiar la toma de decisiones. Esto puede incluir modificaciones en el diseño del modelo, estrategias de implementación o políticas de apoyo a los trabajadores.



Mejora continua: Un estudio de percepción es parte de un proceso de mejora continua. Proporciona retroalimentación directa de los actores principales del sistema de salud, permitiendo ajustes en tiempo real y contribuyendo a la evolución constante del modelo de atención.

Relación con los pacientes: La percepción de los trabajadores de la salud también puede influir en la relación con los pacientes. Un modelo bien recibido puede mejorar la comunicación y la confianza entre pacientes y proveedores, lo cual es fundamental para el éxito de la atención primaria.

5. Objetivos

General

Dar seguimiento y sistematizar el inicio de la implementación del MAS-BIENESTAR (fase Planeación-arranque) en unidades médicas, en una muestra de entidades federativas.

Particulares

- Indagar sobre el conocimiento del MAS-BIENESTAR entre distintos actores involucrados en estados donde inició la implementación del modelo.
- Identificar las principales barreras en la implementación del MAS-BIENESTAR en las primeras tres entidades federativas en fase de planeación y arranque.
- Conocer las mejores prácticas en la implementación del Modelo en los estados en cuestión.



6. Métodos

Se trabajó con métodos cualitativos mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas con el personal de los Comités Estatales de Implementación, los Equipos Regionales y Zonales de Implementación, así como integrantes de cuerpos de gobierno de hospitales de 2º nivel, directores y encargados de centros de salud. Los estados seleccionados fueron BCS, Nayarit y Tlaxcala, tres de los 23 estados donde se implementará dicho modelo.

Previo a su ejecución, las guías de entrevistas se pilotearon en dos unidades médicas de la CDMX para, posteriormente, en un periodo aproximado de un mes (19 de marzo al 25 de abril) realizar 29 entrevistas a informantes clave en los tres estados seleccionados.

Los criterios de inclusión de los estados fueron dos: a) mayor periodo de tiempo preparando la transferencia de los servicios de salud y la implementación del Modelo; b) diferencias en el porcentaje de su población **sin** seguridad social (BCS 37.1%; Nayarit 52%; y Tlaxcala 68%)¹ lo cual muestra distintos retos en la cantidad de personas a cubrir con atención médica.

7. Perfil de los informantes

El cargo de los informantes que conformaron este corpus de estudio fue variado, aunque equitativo entre los tres estados. El personal del Cuerpo de Gobierno del Hospitales de 2º nivel como los Directivos o Responsables de Centros de Salud fueron quienes más participaron como informantes. Los integrantes de los equipos estatales, los equipos regionales y zonales participaron de manera equitativa con cinco entrevistas por región, tal y como se aprecia en la distribución del siguiente cuadro.

¹ INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2020



Cuadro 1. Cargos de informantes por estado

Cargos	BCS	Nayarit	Tlaxcala	Total
Equipo Estatal Implementador	1	2	2	5
Equipo Regional	1	2	2	5
Equipo Zonal	1	2	2	5
Cuerpo de Gobierno de Hospitales de 2º Nivel	3	2	2	7
Directivos o Responsables de Centros de Salud	3	2	2	7
Total	9	10	10	29

Fuente: Elaboración propia, 2024.

La antigüedad en los cargos ocupados por cada uno de los informantes oscila entre un mes y más de tres años. Diez de ellos tienen máximo medio año; no obstante, el personal operativo más de dos años en el cargo, como el caso de una responsable de un centro de salud que aseguro tener once años en dicho puesto. La mayoría de los entrevistados revelan que a mayor jerarquía corresponde una menor antigüedad, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Antigüedad de informantes en el cargo

Cargo	1 a 6 meses	7 a 12 meses	2 a 3 años	Más 3 años
Equipo Estatal Implementador	3		1	
Equipo Regional	3		2	
Equipos Zonal	2	2	1	
Cuerpo de Gobierno de hospitales 2º Nivel	2	1	3	1
Directores o responsables de Centros de Salud		1	3	4
Total	10	4	10	5

Fuente: Elaboración propia, 2024.



8. Principales hallazgos

1. Componentes relevantes del MAS

Las evidencias indican que en la implementación del MAS ha predominado una concepción pragmática con énfasis en cuestiones administrativas, de procedimientos rutinarios y acciones de “reacomodo, orden y limpieza” en distintas áreas de unidades médicas. Para la mayoría de los informantes fue difícil identificar de manera puntual lo que desde su perspectiva son los componentes más relevantes del MAS. No se mencionan temas medulares del Modelo, generalmente se identifican tópicos comunes tales como prevención, acción comunitaria, gratuidad y cuestiones administrativas o procesos muy puntuales de la atención o gestión. Uno de los entrevistados que pertenece al equipo implementador de nivel estatal afirmó que:

El arranque conlleva a la investigación de todo, desde cómo está conformada la unidad, hasta cuáles son sus necesidades sentidas y reales. Lo más difícil es determinar las reales, porque las sentidas tú vas y preguntas: ¿Qué hace falta?, inmediatamente te sacan veinte mil oficios, un listado, fotos. Pero ya cuando te vas a ver por qué hace falta, las necesidades reales son tremendas. La necesidad sentida es que me hace falta personal, pero la necesidad real es que si me voy a plantilla encuentro que el 10% de personal está comisionado a algo que no tienen nada que ver con el hospital, el otro 10% está en capacitaciones [Tlax. 3].

Estas dificultades se extienden a los distintos niveles de atención a la salud, donde aparecen una serie de cuestionamientos por parte del personal operativo que resultan complicados para el equipo implementador.

En los hospitales es muy difícil y complejo que el personal entienda la APS. Se tiene que explicar muy bien que se trata de un paso adelante y que se debe aplicar en el 1er, 2º y 3er nivel de atención. Pero eso se nos cuestiona por parte de médicos y enfermeras especialistas, se les hace extraño que en un hospital de deba hacer promoción a la salud [BCS 7].



La implementación de este modelo también ha significado una posibilidad de cambio. Varios informantes, principalmente del nivel zonal y operativo de las unidades médicas, relacionan el nuevo modelo **principalmente** con la expectativa de contar con más personal, mejor abasto de medicamento e insumos, así como superar los problemas de infraestructura.

Un aspecto que llama la atención es la nula referencia a la Atención Primaria en Salud (APS) por parte de la gran mayoría de los informantes, ya que ésta es pilar conceptual y operativo esencial del MAS-BIENESTAR. Si bien existieron varias menciones sobre la importancia de la prevención, esto no implica asumir y aplicar la perspectiva más amplia de APS.

La prevención de enfermedades, que el servicio de salud llegue a toda la población y que sea gratuito. En un modelo que llegará al nivel más bajo de población. Ya no llenar los hospitales gracias a la prevención [Tlax 1].

Un esquema donde todo se concentra en un ciclo de vida y la atención centrada en la persona, en la familia y el gran componente de la acción comunitaria que es como la cereza del pastel [BCS 7].

2. Capacitación en los estados

En el tema de la capacitación que el personal operativo ha recibido en cada uno de los estados estudiados, la percepción varía. Se identificaron dos resultados antagónicos entre quienes la consideran una oportunidad de capacitación y quienes consideran lo contrario.

La verdad es que las facilidades las hemos tenido, en un inicio poco a poco se nos ha difundido la capacidad de capacitarnos en línea, poco a poco por la plataforma de SIESABI, y aunque a lo mejor no se hizo una sensibilización tan profunda de la importancia que tenía este seminario permanente de atención primaria a la salud o del IMSS-BIENESTAR...el curso que está en línea que tiene estos módulos nos ha permitido una forma más práctica hacérselos llegar a los operativos, que de alguna manera ellos han tenido en sus tiempos la ventaja de que, como es asincrónico, poderse capacitar [Tlax. 2].



En los testimonios recabados, se identificó énfasis en dos tópicos relativos al tema de capacitación: la modalidad y el porcentaje obtenido por nivel.

a) Modalidad

Informantes de los tres estados coincidieron en que la capacitación recibida fue muy breve e intensa, y que dejó lagunas acerca de sus componentes y objetivos. La directora de un hospital afirmó que dicha capacitación no le permitió conocer los contenidos esenciales del MAS:

Nos avisaron de un día para otro. Se abordan muchos temas que son nuevos para nosotros y se les dedica muy poco tiempo. Éramos muchos y no había oportunidad de preguntar dudas. Debería haber una instancia donde podamos acudir para responder nuestras preguntas [Nay 1].

Por otro lado, se señala la falta de sensibilidad en el personal de capacitación, lo que demerita los objetivos y alcances en la implementación del modelo.

Entender que estamos rompiendo un paradigma de atención y que hay viejos vicios que van a costar mucho trabajo. Entonces, que el área capacitadora venga con espíritu franciscano diríamos, porque una de las primeras quejas que yo he tenido, es de una mala presentación de los que van a hacer la capacitación o los que van a hacer supervisión, hay que enseñarles un poquito de educación básica, el “buenos días”, ¿cómo están? Eso rompe cadenas, pero de que, soy fulano y a partir de este momento casi casi yo soy su dueño, no. No porque en frente esa gente que dominan el ambiente, dominan hasta la comunidad y eso, en una vuelta que nos dan, pues hacen que se nos compliquen más las cosas [Nay 6].

Varios de los entrevistados no pudieron identificar algún tema relevante abordado durante la capacitación sobre el MAS-BIENERSTAR. A una pregunta concreta se respondía con opiniones muy generales, sin llegar a identificar tópicos específicos.

b) Porcentaje obtenido por nivel

Este fue un aspecto con respuestas muy variadas, dependiendo del perfil del informante; es decir, los porcentajes de avance señalados sobre la



capacitación son relativos, ya que derivan de la óptica del informante y su área de responsabilidad. Si se refiere a un centro de salud con poco personal, el informante de esa unidad médica puede reportar una capacitación al cien por ciento del personal, pero desde la óptica de un integrante de equipo regional, el porcentaje será menor por el volumen de actores involucrados que abarcan varias unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.

Ejemplo de ello es el caso del personal de conducción, quienes generalmente anotaban un porcentaje cercano al cien, mientras que el personal operativo mencionaba una cobertura menor al cincuenta por ciento, por ejemplo. Una barrera referida en Tlaxcala y BCS fue la oposición de los dirigentes sindicales para impedir o desmotivar al personal para que tomaran la capacitación:

En el primer nivel un 10% y en el segundo nivel se llevan capacitado 25% debido a la resistencia del sindicato y de algunas autoridades de los SESA que maneja mala información entre el personal operativo [Tlax 1].²

3. Integración de equipos (estatal, regional, zonal)

Para la integración de equipos se identificaron dificultades relacionadas a la búsqueda y selección de perfiles adecuados para la cobertura de las especialidades requeridas, las cuales surgen ante una falta de personal que, como es el caso de Baja California Sur, este rasgo adquiere notoriedad:

Aquí la problemática es que no tenemos todas las especialidades, todo lo que se requiere, o no lo podemos tener en el mismo número como si estuvieran en el centro [ciudades]. “¡Oye, necesito un internista!”. “Te voy a dar una lista de cien a ver quién se quiere venir acá”. Aquí no, porque de acuerdo con los siete criterios para contratar a alguien, no debe de estar bajo ningún contrato del ISSSTE; que, si nos pudieran apoyar porque al final de cuentas esto siempre ha sido, los médicos siempre hemos sido saltimbanquis, hemos sido chapulines, tres trabajos –eso somos los de la vieja escuela–. Entonces, hay compañeros que quisieran pasarse a IMSS-

² Este avance corresponde a la tercera semana de marzo. La tendencia fue en aumento y se estimó un 89% para mediados del mes de abril.



BIENESTAR pero ya tienen un contrato de una base con el ISSSTE, y no la va a dejar, sobre todo si ya hizo antigüedad [BCS, 9].

Otro de los aspectos relevantes es que existe confusión y/o desconocimiento sobre la conformación y funciones del personal directivo y operativo en los diferentes niveles de implementación.

4. Sistema de Abasto Institucional - Farmacia

En los equipos de nivel estatal, regional y zonal sí se cuenta con información sobre el Sistema de Abasto Institucional (SAI), aunque se reconoce que no se ha podido implementar en la mayoría de las unidades médicas por diversas razones, que van desde la carencia de equipo hasta la falta de personal capacitado para su operación.

En el hospital no se avanzado nada, estamos en espera que transfieran personal y almacenes [BCS 6].

No se cuenta con equipo para la instalación de SAI y no se ha realizado ninguna acción al respecto. [Nay 10].

En cuanto al personal, la regulación para su contratación también incide de forma directa en el sistema de abastecimiento institucional:

Teníamos un candidato ideal jubilado del IMSS ordinario, con mucha experiencia en el manejo del SAI, pero no lo rechazaron en recursos humanos por no tener cédula profesional [BCS 10].

Por otro lado, la mayor parte del personal operativo desconoce la existencia del SAI o lo confunde con la forma tradicional de abasto en los servicios estatales de salud. A pregunta expresa un informante comentó:

Tiene que ver con la calidad y el abasto se da a partir de estadísticas, aunque el consumo promedio de un mes puede variar [Tlax 9].

5. Comités de salud

El tema de los comités de salud es signo de confusión, desconocimiento y desacuerdos. Por ejemplo, para el caso de Baja California Sur, existe una confusión con el Programa de *La Clínica es Nuestra* promovido en las unidades de primer nivel, lo que para el personal operativo implica, entre



otros aspectos, revivir o reactivar los antiguos comités de salud o crear otro nuevo.

Este desconcierto sobre el nuevo tipo de comité propuesto en el MAS también se identificó en otros estados, donde se confunde con Comités ya existentes en las unidades médicas de primer y segundo nivel dentro de los servicios estatales de salud (Comités Estatales de Calidad, Comité Médico Técnico Administrativo Hospitalario, Comité Médico Técnico Administrativo de la Zona de Servicios Médicos, Comité de Mortalidad Materna, entre otros).

Particularmente, los informantes de nivel estatal, regional, zonal y de los cuerpos de gobierno de los hospitales desconocen, incluso, la existencia y el funcionamiento de los tradicionales comités de salud que existen en las unidades de primer nivel de los servicios estatales de salud; por lo tanto, la mayoría de los informantes tampoco conocen la propuesta del Comité de Salud en localidades sede contenida en el MAS (este comité debería conformarse en los hospitales de 2º nivel, lo cual es novedoso lo mismo que su conformación en donde se debe incluir el Aval Ciudadano como uno de sus vocales).

De nosotros [SS IMSS B] no hay comités, están en las unidades, pero son con personal de la Secretarías de Salud [Nay 3].

Sobre los comités hay algunos puntos en los que no estoy de acuerdo, no me agradaron al 100%, como el manejo de los recursos económicos que las llevará un paciente. Lo expresé en la capacitación, les dije que no estaba de acuerdo en que eso lo maneje un desconocido [BCS 10].

Otro rasgo importante que se pudo identificar en los testimonios sobre la diversidad de actividades que los comités de salud (los tradicionales en el primer nivel) han realizado, tales como la limpieza de las unidades, el monitoreo de las consultas o, incluso, realización de visitas domiciliarias.



6. Principales barreras

La injerencia de los dirigentes sindicales en la aceptación del MAS-BIENESTAR no se limita a la desmotivación que puedan generar al personal operativo, hay una insistencia en ubicar a su personal a donde ellos dispongan:

El sindicato dice que ellos tuvieron que haber elegido primero quienes se cambiaban en las unidades cercanas, y entonces: “Yo te ofrecí primero como OPD Salud Tlaxcala, que este lugar existía, y ahora resulta que lo quiere el sindicato. Entonces ahora les digo a mi equipo de implementación: “Esta es mi plantilla real, y pues ya no coincide con lo que nosotros tenemos” [Tlax 3].

Otra de las barreras que se reconocieron en las entrevistas está relacionada con lo estructural, con la comprensión sobre sus condiciones laborales.

¿Cómo me vas a solventar mis necesidades la parte administrativa?, ¿a quién se las tengo que mandar? Nadie nos acompañó de la parte administrativa, hay muchos procesos que necesitamos ver porque nos está comiendo la parte de las necesidades, solicitudes, medicamentos. En la parte de Recursos Humanos también quedamos con muchos pendientes porque, efectivamente, ahorita ya está un responsable de recursos humanos, pero como tal no se ha metido en ese aspecto, ellos están manejando la parte única de Recursos Humanos y no nos están compartiendo la información de la parte de la estructura, no sé si nos falta definir más esa línea y que en las capacitaciones se dijera cómo vamos a llevar [Nay 3].

6.1 Actitudes de equipo de implementación

Tres informantes se quejaron del trato y las actitudes de algunos integrantes del equipo de implementación del nivel central. Además de que mostraron un desconocimiento de las características generales de las unidades médicas de los servicios estatales de salud, sus actitudes poco respetuosas hacia el personal de centros de salud.

Falta tacto para abordar los cambios. Se portan muy prepotentes. Hay imposición, yo me sentí invadido. Quieren cambiar las cosas de manera tajante y en poco tiempo. Una doctora desconocía lo que era un centro de salud urbano, pensaba que era igual a una unidad rural. Me preguntaron cuántas parteras tengo, cuántos curanderos. No sabe



cómo funciona una unidad de este tipo. No entiendo por qué quieren complicar el funcionamiento actual [Nay 10].

6.2 Interacción IMSS Bienestar con los SESA

En dos estados se afirmó que hay reuniones periódicas entre ambas instancias; sin embargo, no existe comunicación ni convencimiento de las autoridades de salud y del sindicato sobre el nuevo modelo de atención y el proceso de transferencia en general. Durante la implementación del MAS se hizo mención de algunos desencuentros entre instituciones, impidiendo el avance de los objetivos centrales, tal y como se señala a continuación:

Al momento de la implementación, la comunicación con los trabajadores de los SESA se considera deficiente: Me tocó ver ciertas personas que llegaban con los de secretaría 'yo te exijo que hagas esto [tronando los dedos]' y pues los de secretaría se sentían agredidos... y por culpa de ellos, nosotros que llegábamos más tranquilos ahora los de secretaría se enojaban con nosotros [Nay, 9].

La coordinación necesaria para la gestión del MAS-BIENESTAR implica retos singulares entre la SESA, el nuevo OPD Servicios de Salud y las Jurisdicciones Sanitarias. En general, la mayoría de los informantes refirieron que no existe coordinación con las Jurisdicciones, como lo señala un directivo de un centro de salud:

No sé quién es mi interlocutor en la nueva coordinación estatal del IMSS Bienestar, falta más conexión para ver esto del nuevo OPD. Seguimos trabajando normal con la Jurisdicción Sanitaria [Nay 10]

Asimismo, se reporta una falta de claridad en las bases que conforman el modelo, sobre todo en lo referente a los temas legales. No menos importante es que, desde la perspectiva de algunos informantes, el contenido del MAS-BIENESTAR no contempla la población diversa que conforma el personal a quien va dirigido, por lo que para algunos resulta aún de mayor complejidad.

La comprensión ha sido complicada, creo que el tema de las bases legales no se ha podido aterrizar como debiera de ser, partiendo



desde el grupo al que va enfocada la capacitación, creo que pudiera ser más atractivo que, dependiendo al grupo a quien va dirigido, se aborde de una forma un poco más importante el alcance que tiene las bases legales del modelo. La bibliografía que nos compartió el equipo de implementación, hay un apartado que habla de los alcances jurídicos del IMSS Bienestar, y esa no se nos profundizó, realmente nunca se nos impartió, por lo menos a nosotros como equipo de conducción hubiera sido muy importante que esa parte se profundizara. [...] Pero en realidad faltan las bases legales hacia el personal operativo que les permitieran dimensionar realmente el momento que se está viviendo aquí en el país. [Tlax 7].

La confusión en línea de mando (Jurisdicción Sanitaria y SESA) y las actividades labores que a cada personal le corresponden es también una tendencia en esta relación.

¿De dónde empezamos? La vinculación, aterrizar, quién va a hacer qué cosa. Pero si desde allá no se tiene definido, ¿cómo nos vamos a definir nosotros? En papel a lo mejor suena bonito, pero en la práctica... Los que estamos aquí, los que están de operativos, es donde es el desgredadero... no nos podemos entender porque a mí me piden una cosa que haga, y a ti te piden otra cosa, pero tú eres el que dices cómo quieres que yo lo haga, pero de acá me piden; o sea, es difícil. Si para nosotros nos cuesta trabajo, imagínate para un área operativa, que no solamente se la vive atendiendo al paciente, generando información [Nay 3].

6.3 Recursos humanos

El tema de los recursos humanos fue uno de los aspectos más críticos y que mostró diversas aristas, desde plantillas incompletas o inadecuadas, demanda de las unidades médicas, incertidumbre laboral, inconformidad con criterios de contratación de personal de base en el OPD, hasta la injerencia negativa de algunos dirigentes sindicales con alta influencia.

Hemos encontrado plantillas desfasadas, en algunas unidades falta personal y en otras sobran y hay desbalances de personal por turnos. También personal en un nivel que no les corresponde. Por ejemplo, una auxiliar de enfermera que está cobrando como especialista [BCS 10].



La resistencia al cambio fue aspecto que se encontró presente de manera constantes entre los diferentes niveles de responsabilidad y en distintas categorías ocupacionales.

La base trabajadora está muy dada hacerle caso al sindicato. Están muy controlados y piensan que apoyando al sindicato podrán obtener beneficios, por ejemplo, subir en el escalafón o meter a trabajar a un familiar

En algunas unidades médica nos niegan el ingreso [al equipo estatal de implementación] por instrucciones de los dirigentes sindicales. De 12 hospitales solo han podido entrar en cinco, aunque por debajo del agua si han logrado obtener información, sobre la plantilla, por ejemplo [Tlax 1].

Como se nota, mucha de esta resistencia se debe a una clara influencia de los dirigentes del sindicato en las instituciones de salud y que han marcado un modelo laboral basado en prácticas y hábitos preestablecidos cotidianamente, tal y como lo expresa el siguiente testimonio:

Nos comentan que no, que ellos van a seguir siendo Secretaría de Salud, no nos van a dejar entrar, que porque nosotros los vamos a poner a trabajar, que porque con nosotros somos muy normativos y que no quieren estar de este lado. Situaciones así. Entonces tienen mucha resistencia al cambio. Y considero yo que más que nada es la mala comunicación, la mala información que tienen, porque, aunque nosotros vayamos como implementadores, dijera, a nivel federal, y nosotros vamos a las unidades y les explicamos bien, de paso a paso, pero no, ellos así como que no nos dejan [Tlax 1].

La mayoría de los informantes de los tres estados coincidieron en que, entre el personal en contacto con pacientes en los hospitales y los centros de salud, existe la percepción de que el nuevo MAS implica una mayor carga de trabajo. Por ejemplo, sobre el número de consultas diarias por médico se piensa que aumentará para llegar a los parámetros del IMSS ordinario (promedio de 9 en los SESA frente 24 en el IMSS ordinario).³

Se piensa que el nuevo modelo implica más trabajo ya que se exigirá más productividad en consultas y tareas de promoción. Todo con la misma platilla de personal y sin que se cubran vacantes [BCS 9].

³ Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). Brechas en la Disponibilidad de Recursos Humanos para la Salud en el Primer Nivel de Atención, Morelos.



En general, el factor incertidumbre es central en las barreras que se establecen en la aceptación y avance del MAS-BIENESTAR, pues desde las percepciones del personal, sobre todo en lo referente a la continuidad del modelo, las condiciones laborales que implica la transición de una institución a otra.

En el arranque nos falta la organización; sí tenemos equipo de implementación en Tlaxcala, nos ha ayudado mucho, pero pues ahorita personal de aquí del estado que somos equipo de implementación, que somos nuevos, todavía nos falta tener toda la estructura, aterrizarlo bien. En temas de capacitación hay temas que quedan en vano, a la mejor hablemos de la organización, de qué va a pasar con el personal de Secretaría de Salud, y entonces hay así detalles que no se pueden responder ni tanto por este lado a nivel estatal como a nivel federal, y es lo que crea esa incertidumbre. Y pues sí hay detalles en esa parte que no se sabe bien a ciencia cierta qué contestarle al personal [Tlax, 1].

Otra cuestión es que en la revisión de la platilla el personal de base que se encuentra en comisión identifica perjuicios a su estatus laboral, especulando un retorno a su adscripción original o hasta una pérdida de empleo.

Aunque a nivel nacional la dirección sindical ha mostrado una abierta disposición para trabajar la transferencia y adoptar el modelo, en la práctica en los estados las secciones sindicales presentan resistencia abierta o velada.

6.4 Medicamentos e insumos

A través de los testimonios recabados se identificó que los procesos para el abastecimiento de medicamentos han cambiado con la implementación del MAS-BIENESTAR. Ante los recortes presupuestales, los Consumos Promedio Mensuales han presentado pérdidas considerables, donde las unidades que contaban con ciertas claves ahora no pueden pedir determinados insumos porque no aparecen en esta implementación.



En el tema de la entrega de medicamentos e insumos se reportaron discrepancias relacionadas a otras instituciones, así como con acciones burocráticas que frenan una acción de abasto oportuno, tales como la solicitud de firmas de entrega de última milla, cuando estos no se han recibido en las unidades destino.

Se manifestó con el Sr. Gobernador que queremos tener el control, porque luego llegan los documentos y son cheques en blanco. A mí me llega un documento que me trajeron 40 millones de medicamentos pues yo no los vi, ni nadie de mi gente [Nay 5].

Algunos testimonios aseguran que el OPD se inició sin una planeación estratégica, lo que ha derivado en que en ocasiones no se cuente con lo necesario y que haya una falta de colaboración con el IMSS Ordinario, así como dificultades para la distribución equitativa de medicamentos al interior de las unidades de IMSS-BIENESTAR. Ejemplo de esto son las voces de algunos informantes en Nayarit, quienes afirman haber tenido un abasto exagerado de medicamentos y suministros en el primer nivel de atención, que no se pudo reasignar a otras instituciones, generando desajustes considerables.

Hay un desajuste en abasto de medicamento, no sé si por algunos cambios. Tenemos el 40%, sobre todo no hay medicamentos para crónicos [Nay 10].

6.5 Equipamiento

En los estados tres aspectos fueron mencionados de manera recurrente: carencia de equipamiento, equipo obsoleto y necesidades urgentes de mantenimiento. En las unidades médicas del primer nivel de atención se mencionó la falta de baumanómetros, glucómetros, estetoscopios (se trabaja con los que son propiedad de los médicos y pasantes) y básculas inservibles.

Hay carencias de equipo en todas las unidades de 1er y 2º nivel. La falta de equipo biomédico obliga a que se cierren servicios, por ejemplo, en un hospital de 15 camas de terapia intensiva y solo



están ocho en condiciones de funcionar, por falta de monitores, colchones [BCS 5].

En los hospitales de 2º nivel los equipos que no funcionan y que se mencionaron con mayor frecuencia fueron: angiólogo fluoroscopio electrocardiógrafos mastógrafo ultrasonido. Un informante de un equipo regional aseguró que con frecuencia el personal operativo los cuestiona sobre la disponibilidad del equipo.

En las unidades médicas nos preguntan cuándo tendrán el equipo faltante y no sabemos qué contestar [BCS 7].

El tema del equipo y la infraestructura es otro de los problemas identificados en este ámbito, los cuales se relacionan a la deficiencia y falta de material básico para la atención tal y como lo señala a continuación:

Hemos encontrado muchas deficiencias, y hablamos a lo mejor de equipo médico muy oxidado, no tienen camillas, no tienen colchones de las camas, sin los barandales, no tienen portasueros, no tienen ni un baumanometro, los más básico; no tienen ni un estetoscopio, detalles así. Eso en cuestión del equipo biomédico, monitores, ya hablando de la infraestructura hemos encontrado techos sin el plafón, hay tuberías cayéndose, pisos rotos, puertas desalineadas [Tlax. 1].

7. Buenas prácticas

A pregunta expresa sobre la identificación de buenas prácticas durante el inicio de la implementación del MAS, la mayoría de los informantes mostraron dificultad para identificarlas. No obstante, hay casos que señalan que estas buenas prácticas han contribuido a las mejoras en los servicios hospitalarios, las cuales se basan en un constante diálogo con el personal operativo.

El hecho de que haya decidido tener las reuniones matutinas con el cuerpo de gobierno e invitar al mismo personal, ya no como queja, sino como ayuda, como apoyo, han sido todas las gestiones, porque han venido los pediatras y nos dicen: “En nuestra área hemos identificado que nos falta esto. Eso se puede cambiar por esto, esto está muy bien...”. Ellos que son los expertos en su área nos agilizan todo eso y ya nosotros hemos estado gestionando para que se haga a la brevedad, ha sido una muy buena dinámica [Nay, 7].



Se identifica que en la actualidad se cuentan con buenos elementos del anterior INSABI que han permitido avances; no obstante, se señala la necesidad de modificar algunos aspectos de operación para el logro de objetivos.

También se mencionó que el trabajo en equipo de la Coordinación estatal con 2º nivel y dentro de las unidades médicas ha dado resultados positivos. Otro aspecto destacar es la comunicación frecuente y oportuna con cuerpos de gobierno y las representaciones sindicales para explicar el nuevo modelo y, sobre todo, para dejar claro que la situación laboral no cambiará y se mantendrán los derechos de todos los trabajadores, de acuerdo con las Condiciones Generales de Trabajo.

Poner énfasis en el primer nivel de atención para prevenir y evitar hospitales saturados, además de involucrar a las familias y la comunidad [BCS 10].

9. Recomendaciones

A partir de este análisis preliminar sobre las percepciones de la implementación del MAS-BIENESTAR, se formulan las siguientes recomendaciones:

- En la continuidad de la implementación del modelo en los estados restantes, poner énfasis y mayor detalle en la parte conceptual de la APS (más allá de promoción de la salud), su importancia y su concreción en la prestación de servicios integrales de salud, que abarque todos los niveles, desde el nacional hasta el operativo.
- La capacitación en los estados debe iniciar con la explicación de los factores medulares del MAS y las acciones iniciales inmediatas que se deriven.



- Distinguir y desglosar los aspectos y la parte conceptual del modelo, de la parte administrativa y operativa. En la etapa inicial no enfatizar ni priorizar aspectos como: orden, acomodo, material de buzones de quejas, bodegas, señalética, entre otras, y que requieren atención.
- Sensibilizar a los equipos del nivel central para entender que su papel y actitudes deben ser horizontales, dialógicas respetuosas con todas las personas en los estados.
- La composición de los equipos estatales, regionales es muy heterogénea (personal que proviene del IMSS Ordinario, del Programa IMSS B, de los SESA o fuera del sector salud), por lo que es conveniente que en todas las etapas de la capacitación se incluya un módulo sobre las características generales del sistema de salud en México y las principales diferencias entre las distintas instituciones que lo integran.
- Para las primeras etapas de arranque de la implementación establecer un número menor de acciones, metas e indicadores, trazadores, priorizando las más generales, esenciales y factibles de cumplir (El Plan tiene más de 150 y la Guía 51).
- Paralelamente a la capacitación incluir un Módulo exclusivo sobre la situación de los recursos humanos: condiciones del personal basificado, estabilidad de personal sindicalizado y sus prestaciones, relación laboral con SESA y SS IMSS Bienestar, pertenencia institucional, condiciones de trabajo y otras similares.
- Establecer canales de comunicación formales y expeditos entre todos los niveles: nacional, estatal, regional, zonal y unidades



médicas, con el fin de responder todo tipo de dudas sobre el modelo y su proceso de implementación (conceptuales, procesos, operativas y/o administrativas).

10. Propuesta de estudio complementario

Los resultados obtenidos en el seguimiento de la implementación de este modelo pueden ser complementados con otro estudio que recopile y sistematice **la percepción de los usuarios** sobre los servicios estatales de salud que están siendo transferidos a los SS del IMSS-BIENESTAR. Una pregunta central para el estudio sería: ¿los usuarios perciben algún cambio en los servicios durante el último año?

Es conveniente conocer si, desde el punto de vista de los usuarios, aspectos como el surtimiento de recetas, el número de personal de salud, el equipamiento médico, la infraestructura, el gasto de bolsillo, el trato, entre otros tópicos, **han mejorado, empeorado o no se aprecia cambio alguno**. Igualmente, indagar qué tanto los usuarios identifican la institución que le presta servicio de salud (Servicios Estatales de Salud, Secretaría de Salud, Programa IMSS Bienestar, Servicios de Salud del IMSS B) y qué opina de ella.

Ambos estudios, con las percepciones de personal de salud y de los usuarios proporcionarán la identificación de áreas críticas que deberán ser atendidas de manera prioritaria.

