

El Modelo Sanitario Post-Pandemia y su Incidencia en las Dinámicas Familiares Mexicanas: Análisis desde el Trabajo Social Sanitario

Post-Pandemic Health Pattern and its Impact on Mexican Family Dynamics: Analysis from Social Work

Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño*

Resumen: La crisis sanitaria evidenció importantes problemas estructurales, de eficacia, de condiciones laborales y de carencias notables en el sistema de salud mexicano. Ya desde el escenario post-pandemia se pueden analizar detenidamente los impactos que esos problemas causaron en las familias desde la óptica de la profesión de Trabajo Social, profesión que cobró importante relevancia en la protección social de las familias durante la contingencia. El objetivo particular de este trabajo es describir la articulación entre las familias y el Sistema de salud en el contexto mexicano de post-pandemia. Para ello se ha empleado una metodología cualitativa mediante técnica de grupo de discusión a informantes clave con perfiles profesionales del Trabajo Social de interés para el estudio. Como resultado destacable se remarca la necesidad de que los tomadores de decisiones conozcan de primera mano la sinergia de las instituciones de salud para que las medidas progresivas de mejora atiendan necesidades de profesionales, de derechohabientes y de la sociedad mexicana antes sucesos críticos futuros.

Palabras Clave: Post-Pandemia, Crisis sanitaria, Familia y salud, Trabajo Social, Sistema de Salud Mexicano.

Abstract: Health crisis revealed important structural, efficiency and work environmental negative conditions and also a notable deficiencies within the Mexican health system. Already from the post-pandemic scenario, these problems that impact on families can be carefully analyzed from Social Work profession perspective, a profession that gained important relevance at families protection during the contingency. The main objective is to describe the articulation between families and Health System in the Mexican post-pandemic context. Therefore, for the study was applied a qualitative method through a discussion group technique with interest key profiles informants. As a remarkable result, decision makers must know the institutional particular synergy in order to achieve progressive improvement measures to attend professionals, rights holders and Mexican society needs face to future critical events.

*Dra. en Intervención Social y Mediación. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia. ea.iglesiasortuno@um.es <https://orcid.org/0000-0002-1033-4907>

Keywords: Post Pandemic, Health crisis, Family and health, Social Work, Mexican Health System

Recibido: 15 de Septiembre de 2023 Aceptado: 28 de Noviembre de 2023.

1. Introducción: Referencias generales del COVID-19 en México y vinculación con el Trabajo Social Sanitario.

Ante el brote global de la pandemia por COVID-19, la situación en México se desencadenó dos meses después de las primeras notificaciones generales de incidencia de la enfermedad, en febrero de 2020. El 30 de marzo se decretó una emergencia de salud nacional en México, dada la evolución de casos confirmados y las muertes por la enfermedad, esto condujo al establecimiento de medidas para su prevención y control, como la suspensión inmediata de actividades no esenciales en todos los sectores económicos del país hasta, al menos, abril. (Suárez et al., 2020, p. 465)

La Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud del Gobierno de México emitieron informes con periodicidad diaria, semanal y mensual acerca de la evolución de la enfermedad en el país, haciendo especial énfasis en la prevalencia de la enfermedad, la tasa de letalidad y el aumento de nuevos casos en periodos de 24 horas. Destacando los informes emitidos en el mes de abril de 2020, periodo de máximo apogeo mundial de la pandemia. En el mes de Abril, la Secretaría de Salud publicó un informe (SSA, 2020) en el que se determinaba que en México existían más de 19 mil casos de COVID-19 y casi 2 mil defunciones, siendo el área más afectada la Ciudad de México seguida de Baja California y Estado de México (con 409, 222 y 169 casos respectivamente). Siendo los Estados con menor incidencia Colima, Aguascalientes, San Luis Potosí, Durango, Chiapas y Zacatecas (con 3, 6 y 7 casos reportados hasta la fecha).

La mayoría de los casos de COVID-19 se ubicaron en la Ciudad de México. La edad promedio de los pacientes fue de 46 años. De los 12.656 casos confirmados [a 30 de abril de 2020], el mayor número de infectados ocurre en el rango de edad entre 30 y 59 años (65.85%, y hubo una mayor incidencia en hombres (58.1%) que en mujeres (41.82%). Los pacientes fallecidos tenían una o múltiples comorbilidades, principalmente hipertensión (45.53%), diabetes (39.39%), y obesidad (30.4%). (Suárez et al. 2020, p. 466)

De estas cifras destaca el hecho de que las comorbilidades sean elemento de riesgo para el padecimiento o las complicaciones de la enfermedad, pues estas comorbilidades pueden relacionarse con estilos de vida, hábitos de salud y oportunidades de acceso a tratamientos o a seguimientos clínicos. En los países en desarrollo, como México, cobran relevancia los Determinantes Sociales de la Salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (2011) como el conjunto de factores socioeconómicos, políticos y culturales que confluyen

en una sociedad determinada que, sumados a las características de los individuos y su resistencia, la accesibilidad a servicios médicos y la calidad de los mismos, van a determinar los resultados en la salud de un conjunto poblacional.

La pandemia COVID-19 ha puesto de relieve la magnitud de las desigualdades existentes en materia de salud, a todos los niveles. La pandemia ha afectado de manera desproporcionada a las comunidades que ya padecen mala salud y viven en condiciones vulnerables, lo que ha dado lugar a un aumento de la mortalidad y a enormes perjuicios económicos. Cada vez hay más pruebas de la conexión que existe entre los determinantes sociales, económicos y ambientales y las diferencias de exposición y vulnerabilidad ante la COVID-19. (OMS, 2021, p. 2)

Con relación al impacto social de la pandemia, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas [en adelante CEPAL] explica en el informe de Apertura y uso de datos para hacer frente al Covid-19 (CEPAL, 2021, p. 9) que “la crisis sanitaria originada por el COVID-19 ha traído grandes desafíos económicos y sociales a todos los países del mundo y, en particular, a los países de América Latina y el Caribe”. Estos desafíos, de importante trascendencia en el bienestar de la población, han requerido la intervención de diferentes profesiones relacionadas con los sistemas de salud, con el objetivo de procurar un acceso y atención plural, amplia y de calidad ante la magnitud y complejidad de las problemáticas derivadas de la pandemia en México, así se establecieron desde la esfera de la política pública sanitaria con la presencia y colaboración determinante de otras administraciones y profesiones sociales. En este sentido, explica Gutiérrez (2021)

Cuando se presenta una situación de riesgo para una comunidad, ya sea por emergencia social o catástrofe, que por su gravedad o dimensión desborda a los servicios públicos, es necesaria la implicación de profesionales especializados, entre los cuales se cuentan los trabajadores sociales. (p. 106)

Es de específico interés en este estudio la implicación del Trabajo Social como profesión garante del bienestar social y, particularmente en el ámbito sanitario, garante de las necesidades bio-psico-sociales que los/as pacientes experimentan durante su vinculación con la institución sanitaria, durante su ingreso hospitalario o en el periodo posterior a su alta hospitalaria y reingreso en la unidad de convivencia habitual. En este sentido, explica Colom, (2010, p. 109) que “el Trabajo Social Sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primarios, la atención sociosanitaria o la atención especializada”. Así, puede ocuparse de acciones como la ayuda o abordaje del duelo; la intervención en crisis; los cuidados y autocuidados ante determinadas enfermedades; el fomento y apoyo de grupos de ayuda mutua; el apoyo y promoción de la Educación para la salud y las pautas de vida saludable y la planificación del Alta sanitaria, todas estas propuestas desde el enfoque del *casework*. (Bratch, 1983)

2. Sistema de salud mexicano: Configuración histórica

El Sistema de salud Mexicano ha experimentado una importante transformación, sobre todo en las últimas décadas, acercando su procuración al modelo de universalidad. La población mexicana dispone, conforme se recoge en normativas, reglamentos y elementos organizativos, de un conjunto de instituciones públicas en colaboración con otras tantas privadas, que garantizan la salvaguarda del bienestar en materia de salud física, mental y social de quienes viven en territorio mexicano.

En México coexisten modelos prestadores de salud con concepciones muy distintas que justifica la necesidad de configurar sistemas procuradores de salud. Por una parte, Instituciones generales como el Seguro Popular para una Nueva Generación, con un sustento filosófico que, como explica Rodríguez (2021, p. 59) “parte de la concepción del Estado en términos de mínimos que debe asistir solamente a personas que no son capaces de asumir su cuidado (responsabilidad individual) y devenga una atención limitada con el fin de no crear dependencias personales”. Por otro lado, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) representan la estrategia de salud pública con base en el modelo de Beveridge que, explica Rodríguez (2021, p. 60) “considera la salud como derecho universal para lo que utiliza un sistema de financiación a partir de impuestos y de planeación y gestión pública para favorecer el acceso a la totalidad de la población”. Aclarar que se refiere a la población con perfil contributivo.

Por otro lado, se encuentran las instituciones especiales vinculadas a la producción laboral específica como son el Sistema de Petróleos de México (PEMEX) o la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), o la Marina con una base filosófica enmarcada en la corriente bismarckiana que vincula la prestación de salud con la esfera laboral “a partir de la cual se establece la protección social a partir de un financiamiento bien a través del mutualismo a iniciativa de los trabajadores o mediante la conjugación de empleado/a, Empleador/a y Estado” (Rodríguez, 2021, p. 59). Finalmente, con carácter minoritario, y desde una concepción propia del Modelo Liberal de procuración de salud otras instituciones y/o empresas de salud. Explica Rodríguez (2021, p. 6) que “este modelo se basa en un esquema de elección y financiación individual, sin participación pública en la prestación de servicios salvo en materia de regulación general”.

De acuerdo con datos procurados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2015), a partir de la representación gráfica que muestra la distribución afiliativa de la población mexicana en las distintas instituciones de salud, se interpreta que

En el año 2015, el Seguro Popular o Seguro Médico para una Nueva Generación cubre casi a la mitad de la población afiliada a una organización que presta servicios de salud (49,9%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cuenta con 39,2% afiliados. El 7,7% de las personas declaró estar afiliada al

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); mientras que el resto de las instituciones alcanzan en conjunto al 6% de la población afiliada. (p. 41)

Para lograr la situación que México tiene en la actualidad, ha sido necesario conquistar derechos sociales al amparo de iniciativas políticas, reformas y normativas que han permitido la configuración de un sistema sanitario que parece determinarse acorde a las necesidades sanitarias, sociales y económicas de la sociedad actual.

Tabla 1: Continuum temporal de la evolución del Sistema de salud público en México

s. XVIII	La prestación de servicios de salud corre a cargo de órdenes religiosas; proveedores privados de medicina alopática tradicional; y servicios municipales de salud	Grandes epidemias de viruela, tifus, cólera y malaria, así como problemas alimentarios, tuberculosis y raquitismo llevaron al sistema socio-político a reflexionar sobre la gravedad de los problemas sanitarios.
1831	La Facultad Médica del Distrito Federal coordina la procuración de servicios de salud.	Se elabora un Código sanitario para el país
1843	Los ayuntamientos son reconocidos para dar servicios de salud a la población	No se concibe el derecho a la atención de la salud como derecho autónomo.
1859	El Estado Mexicano se convierte en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes	Se crea el Consejo Superior de Salubridad
1861	El Gobierno transfiere la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a los Estados.	
1876-1910 [Porfiriato]	Sistema de salud centralizado en Ciudad de México	Dirección de Servicios Sociales
1917	Definición de los derechos del trabajador (antecedente para la creación del ISSSTE)	Constitución Mexicana, p. artículo 123
1943	Se fusiona la Dirección de Servicios Sociales con el Departamento de Salubridad Pública. Se crea el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX)	Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).
1979	Establecen su propio sistema y servicio de salud	Fuerzas Armadas, p. Secretaría de defensa Nacional (SEDENA)
1983	La protección de la salud de la población adoptó un rango Constitucional al reformarse el artículo 4 de la Carta Magna	Se sienta el precedente para la futura Ley General de Salud
1984	Artículo 1° "La presente Ley reglamenta el derecho a la protección e la salud que tiene toda persona en los términos de la Constitución Política de los	Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.

EUMexicanos.		
2000	Programa Nacional de Salud 2000-2006	Secretaría de Salud
2004	Se crea como mecanismo de ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).	Seguro Popular, p. esquema de afiliación voluntaria para población sin relación laboral (no contributiva), especialmente significativo para personas con menos ingresos.
2006	Se crea el Seguro Popular para una Nueva Generación. Seguro médico Universal de los niños menores de 5 años que no tengan otro régimen de seguridad social, nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006.	La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través de la Secretaría de Salud, propone el aseguramiento médico para disminuir el empobrecimiento social por motivo de salud.
2016	Se crea el Instituto Nacional de Salud Pública	Institución Académica para la realización de estudios de investigación sobre problemas relevantes de salud pública, prevención, formación profesional y promoción de condiciones de salud positivas.
2020	Se crea el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar INSABI	Absorbe el Seguro Popular y tiene como misión la de <i>proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona, como establece la Constitución.</i> [Cuenta pública, Gobierno de México]

Fuente: Elaboración Propia a partir de Zárate et al. (2019, p. 50-51)

En la Tabla 1, elaborada a partir de los trabajos de Zárate et al. (2019) y del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2018, p. 19), se muestra un recorrido por la configuración del actual sistema de salud mexicano en el marco de la atención universal para toda la ciudadanía que se contempla en la Constitución del país. El recorrido histórico refleja una realidad sanitaria acorde a los avances políticos y demográficos de los países de la zona al reflejar, en sus inicios, la necesidad de construir un sistema de atención a enfermedades infectocontagiosas (reconocidas en la Declaración e Alma-Ata 1978) desde la óptica del control de enfermedades para terminar en la concepción de la salud como elemento que va más allá de la enfermedad al tratarse de un derecho social que representa el bienestar físico, mental y social de la persona en su entorno (reconocida en la Carta de Ottawa, 1986). La modernidad, como en otros países de Europa que configuran sus modelos públicos de salud en la época (como es el caso de España con su Ley General de Sanidad de 1986), vinculados a la figura productiva de la población, generándose así la idea de Seguridad Social vinculando el derecho a la protección de la salud a una contribución o cotización social derivada de una actividad laboral. Finalmente, como hecho trascendental para la sociedad mexicana y, tal y como apunta Lomeli (2020, p. 19) “debido al estancamiento del empleo formal y la creciente importancia del sector informal en la economía obligaron a revisar las estrategias de atención para la población abierta”, así pues la creación del Instituto Nacional de Salud Pública reconoce la procuración de la salud como de interés social, por lo que uno de los objetivos de este

Instituto es investigar y trasladar a la sociedad mexicana en general la información sobre la situación sanitaria del país, recomendaciones para la promoción del bienestar sanitario así como los lineamientos de actuaciones u objetivos para las políticas públicas en materia de salud social y colectiva.

Este recorrido temporal por los hitos determinantes para la construcción del actual sistema de salud mexicano debe estudiarse teniendo en cuenta el marco contextual político, demográfico, laboral y económico del país. Estos elementos han generado situaciones complejas que han requerido importantes transformaciones normativas, sistémicas o de procuración fiscal para alcanzarlos objetivos esenciales constitucionales. En materia de finanzas, indican Huerta y Vanegas (2020, p. 50) que “de 2010 a 2015 la función salud reportó un crecimiento sostenido promedio en el presupuesto de egresos de la federación del 3,2% del PIB, mientras que de 2015 a 2019 el presupuesto para esa función decreció a una tasa del 1,4% anual”. Esto, supone que en la década del 2010 al 2020, el crecimiento promedio del presupuesto en salud creció menos del 1,7% del PIB, suponiendo esto un proceso lento de inversión en salud a tenor de los múltiples cambios de configuración del sistema ocurridos en esta misma década. Como consecuencia de esta inversión limitada, manifiestan Lomelí *et al.* (2012) que

La segmentación de los sistemas públicos se ha traducido hasta ahora en una cobertura insuficiente y desigual, baja eficacia en la asignación de los recursos, ineficiente utilización de las unidades y desequilibrios financieros. A estos problemas se añade la desigual distribución de la infraestructura de salud en el territorio nacional, que en términos generales coincide con la distribución geográfica de la pobreza. (p. 246)

Con respecto a la frágil eficacia del sistema organizativo de la salud mexicana, con base en un modelo político fluctuante, concluyen Huerta y Vanegas (2020, p. 48) que “el sistema de salud mexicano actual es producto de 25 años de reformas sucesivas que han buscado generar las condiciones para que el Estado mexicano cuente con los instrumentos para un eficiente y eficaz uso de los recursos públicos”. Pero este problema no es algo exclusivo de México, ni tampoco de la región latinoamericana, sino que, como afirma la Organización Mundial de la Salud (2019)

Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial [...] en algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. (p. 1)

Las desigualdades sociales representan el principal elemento generador de carencias en el cuidado y atención de la salud, desigualdades que, si bien en algunos casos son relativas a características demográficas (edad, sexo, etnia o cultura), en otros casos refieren, como apuntan Hidalgo y Martín (2012, p. 32) “el gradiente social, el estrés, el comienzo de la

vida, la exclusión social, el empleo, las redes de apoyo, la alimentación y el transporte” es decir, al estilo de vida predominante, a las características del modelo de salud imperante en un entorno concreto, así como la política sanitaria que definirá, por un lado la financiación, inversión y mantenimiento de los servicios y, por otro lado, la consideración, legitimación y formas de acceso de cada persona a la protección de la salud. En este sentido, explica Lomeli (2020) que son varios los principales problemas del sistema de salud mexicano

Los dos problemas principales que enfrenta el financiamiento del sistema de salud en México son la insuficiencia de recursos y la composición, que descansa excesivamente sobre los hogares, en el llamado gasto de bolsillo [...] consecuencia del bajo gasto público en salud, resultado a su vez de la evolución histórica del sistema como de la fragilidad fiscal del Estado mexicano. (p. 20)

Así pues, el sistema de salud mexicano tiene limitaciones, áreas de oportunidad que debieran ser desarrolladas y mejoradas, carencias y debilidades que son la base para la transformación, la investigación, el desarrollo y la mejora. Al respecto, asientan Huerta y Vanegas (2020) la tendencia futura que debe adoptar el modelo de salud mexicano

Avanzar en el fortalecimiento de las capacidades y calidad de los servicios que presta el sector salud en México, está asociado a la profesionalización de su administración, al incremento del personal de salud que atiende a los millones de mexicanos, a la evaluación de su desempeño y al incremento de los recursos públicos para ampliar la cobertura de atención. (p. 59).

A los retos de financiación y desprofesionalización mencionados se suman, además, los retos sociales globales que representan las transformaciones demográficas. En la actualidad, México empieza a experimentar un fenómeno de envejecimiento poblacional que supondrá, en poco período de tiempo, Lomeli (2020, p. 25) “las tendencias demográficas apuntan al envejecimiento de la población, al tiempo que la transición epidemiológica en curso apunta también hacia el incremento en los costos de atención”. Respecto del envejecimiento, de acuerdo con las cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012) para el año 2030, las personas de 60 años o más sumarán más de 30 millones y se espera que la cifra alcance en 2050 el 22,5% de la población (33,3 millones de personas). Pese a este incremento, como agregan Gutiérrez et al. (2016, p. 36) “aún no existen programas de atención integrales dirigidos a este grupo de edad, ni un acceso efectivo a los servicios existentes”. Al respecto agrega Hernández (2020, p. 121) “la vejez es altamente vulnerable en México, p. las tasas de participación laboral son muy elevadas, dado que muchas no se benefician del sistema de pensiones. Incluso quienes tienen acceso, pueden no alcanzar a satisfacer sus necesidades”. Esta realidad demográfica, junto con las características organizativas, políticas, hacendarias y de organización, constituyen una realidad susceptible de ser analizada y criticada que derivará en reto importante para el modelo de salud del México próximo.

3. El escenario post-pandemia

Situaciones como la experimentada por la pandemia por SARS-COV-2, de trascendencia mundial, se consideran hitos históricos de relevancia que, en el momento, requieren de la mayor capacidad de reacción de los gobiernos y que, además, con carácter posterior, exigen análisis reflexivo y crítico de las actuaciones ejecutadas pero, además, de la estructura de partida de los modelos de salud con el foco en la evaluación sobre la calidad, eficiencia y eficacia reales para la procuración del derecho humano a la salud. Determina Lomeli (2020, p. 25) que a lo largo de la historia moderna “nuevos padecimientos, en particular de aquellos que derivan del surgimiento y rápida mutación de virus como el SARS-COV-2, requerirán de una mayor inversión y atención, lo mismo que del fortalecimiento de las capacidades de los servicios de medicina curativa”. La estrategia ante esta situación extraordinaria, según explica Hernández (2020, p. 131) “en el ámbito sanitario la meta ha sido evitar la saturación de los hospitales, que en la mayoría de los casos graves de COVID-19 condujeron a la muerte del paciente, al que solo brindaron cuidados paliativos”. A la descripción de las actuaciones gubernamentales para dar respuesta a esta pandemia, explican González-Becerril y Montoya-Arce (2020, p. 68) que “la política seguida por los gobiernos para dar respuesta a la pandemia de COVID-19 es la de cerrar fronteras, p. política del proteccionismo, complicando el cuidado personal y familiar”.

Con datos después de un año de la pandemia en México, Wong y Morales (2021, p. 5) explica que “la población en mayor riesgo es aquella que se encuentra entre los 20 y los 64 años, con un pico máximo entre los 25 y los 55 años, que es la población económicamente activa”. Vemos cómo la productividad es un elemento que ha favorecido el contagio y propagación de la enfermedad pues ha supuesto una acción contraria a la recomendada *quédate en casa* para muchos tipos de empleos en México. Aunado a las dificultades de implantación de un modelo de tele-trabajo, se añade la economía informal ejecutada mediante actividades laborales que van a seguir requiriendo un trabajo aplicado *in situ*. En lo referente a las personas adultas mayores, indica Hernández (2020, p. 121) que “la búsqueda de recursos de las personas mayores es un factor que las ha expuesto al riesgo de contraer COVID-19 y morir [...] la tercera parte de la población mayor forma parte del mercado laboral”, a lo que agregan Garay y Montes de Oca (2011, p. 5) “esto es prueba de la inseguridad económica en la vejez [...] La falta de cobertura del sistema social y los bajos montos de las jubilaciones y pensiones son factores que obligan a los adultos mayores a mantenerse económicamente activos”.

Los procesos políticos, económicos, sociales y culturales recientes ya requerían de las familias mexicanas un proceso de transformación para la adaptación, viéndose éstos acentuados por la situación actual post-pandemia. Estos cambios sociales requieren cambios familiares, así, afirma Welti (2015, p. 51) que “las familias están cambiando, y en este proceso surgen problemas que toda organización tiene que enfrentar, adaptarse a dichos cambios económicos y sociales es lo más importante, para que se cumpla la razón de ser de la familia”. Estos cambios son complejos y, en muchos casos y dada la naturaleza

inherente del conflicto interpersonal, darán lugar a situaciones de controversia que desequilibrarán la estabilidad familiar e, incluso, desequilibrarán las relaciones de las familias con las instituciones sociales y de bienestar, como por ejemplo, las instituciones de salud.

Así pues, conocer los retos de las familias mexicanas en el escenario post-pandemia, así como el alcance de las problemáticas o conflictos a los que se deberán enfrentar a un nivel micro o con relación a instituciones de la salud y el bienestar, contribuirá a poder diagnosticar una realidad compleja para determinar estrategias de transformación, adaptación y superación.

4. Método de estudio

El trabajo que se presenta es de tipo cualitativo, siendo este un enfoque de especial interés dado que lo que se busca en este trabajo es desarrollar lo que denominan Delgado y Gutiérrez (1998, p. 293) como "ideología conversacional, que refiere a procesos a priori artificiales que buscan provocar sinergias naturales de comunicación y diálogo entre las personas participantes que permita una conversación sobre imaginarios sociales concretos". La técnica específica seleccionada es el grupo de discusión dado el paradigma hermenéutico del que se parte en este trabajo. Al respecto indica Roldán (1998, p. 136) que "durante el transcurso de un grupo de discusión se producen narrativas individuales que se acoplan entre sí, intercambian, toman sentido y llegan a consenso". Así pues, esta técnica es referida por Mena y Méndez (2009, p. 1-2) como una "técnica metodológica que se ocupa del estudio de lo que piensan, lo que comparten varios individuos en un proceso de reflexión construida en un espacio común".

4.1. Objetivos de Investigación

El objetivo general de este estudio es describir la articulación entre las familias y el Sistema de salud en el contexto mexicano de post-pandemia. Concretamente, conocer cómo se ven afectadas las dinámicas familiares como consecuencia de los conflictos surgidos en los espacios de salud así como aquellas habilidades sociales que pueden favorecer o perjudicar las dinámicas de gestión de conflictos en la sociedad mexicana.

Tabla 2 Objetivos y categorías de estudio

Objetivo General	Objetivo Específico 1	Categorías de estudio
Describir la articulación entre las familias y el Sistema de salud en el contexto mexicano de	<i>Definir los componentes de los conflictos en vinculación con las instituciones de salud mexicanas, así como las consecuencias en el seno familiar.</i>	Problemática del conflicto sanitario post-pandemia Transcendencia del conflicto a la familia Habilidades sociales: resiliencia

post-pandemia.	Objetivo Específico 2	Categorías de estudio
	<i>Determinar la presencia de la profesión de Trabajo Social en la gestión de los problemas sociales durante el conflicto sanitario y la post-pandemia en México.</i>	Trabajo Social en Crisis
		Trabajo Social Socio-Sanitario
		Función mediadora del Trabajo Social

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Construcción y Validez del Instrumento

El instrumento de obtención de datos consiste en una guía de entrevista abierta para garantizar la obtención de información amplia sobre el problema objeto de estudio. Para su elaboración se recurrió a la metodología de Spradley (1979) para la elaboración de entrevistas etnográficas, quien recomienda preguntas extensas y una posterior conexión semántica, en este caso, con las variables teóricas de referencia. Así, a partir de la aplicación de esta técnica, se elaborarán descripciones y significados aportados en las narrativas de las personas participantes de cada elemento planteado para, finalmente, establecer una idea conjunta que aporte una noción sobre el tema central de investigación desde la percepción de los sujetos participantes.

Tabla 3. Dimensiones y categorías de estudio

DIMENSIONES DE ESTUDIO	Categorías de estudio	Cuestionamientos¹ (Instrumento)
Conflicto sanitario Durante la pandemia	Motivaciones y manifestaciones	Principales problemas de salud Reacción Institucional a la Pandemia
Transcendencia a las dinámicas familiares	Transcendencia del conflicto a la familia Gestión y afrontamiento	Repercusiones en le economía familiar Habilidades sociales ante los problemas de salud, p. Resiliencia
Gestión de conflictos desde el Trabajo Social Sanitario	Funciones Principales Gestión de Conflictos	Apoyo económico Función Mediadora del Trabajo Social Mediación, reconocimiento y viabilidad

Fuente: Elaboración propia

En este estudio se ha aplicado la *validación de contenido* consistente en “el grado en que la medición empírica refleja un dominio del contenido [...] aplicando la evaluación de

¹ La pauta final consta de 6 cuestionamientos abiertos para buscar las narrativas extensas desde la vivencia, opinión y crítica de cada una de las personas participantes en el estudio.

expertos² para determinar su confiabilidad” (Hernández, *et al.* 2006, p. 661-669). Los perfiles de expertos³ responden a investigadores/as con comprobado dominio del constructo teórico y epistemológico del tema central del estudio así como del problema social que se aborda.

4.3. Descripción de perfil participante

En el marco del método de investigación seleccionado, clarifica Sánchez (2012, p. 14) que “las personas, a medida que pasan a través de realidades diferentes, están constantemente interpretando y definiendo”, este elemento interpretativo y de definición es el más relevante para este trabajo que se enmarca en la narrativa propia del paradigma hermenéutico para la comprensión del problema social abordado.

Los informantes, como explican Alejo y Osorio (2016, p. 77) “son el eje principal de la investigación cualitativa y deben ser seleccionados cuidadosamente. Su selección involucra decisiones en el momento en que se proyecta el estudio”. Con respecto al conjunto de informantes seleccionados, explican Crouch y McKenzie (2006, p. 483) que “un pequeño número de casos facilitará la estrecha relación de investigador con los entrevistados, además mejorará la validez e investigación en profundidad de contextos reales”. Este estudio se compone de un grupo de 6 mujeres⁴ mexicanas de 23 a 29 años, egresadas de la Licenciatura en de Trabajo Social y que actualmente ocupan puestos profesionales en instituciones de salud públicas o privadas en el Estado de Nuevo León. Para verificar la idoneidad de los perfiles, se les cuestiona por la concepción particular sobre el sistema de salud en México y su conocimiento e interés por el problema de la contingencia sanitaria, por lo que son seleccionadas para este estudio en profundidad.

5. Análisis de resultados

A continuación se muestran los principales resultados a partir de la aplicación de la técnica determinada en torno a los cuestionamientos diseñados para responder a los objetivos de investigación del estudio.

² Criterio de **perfil de expertos** evaluadores: Expertos/as en estudios sobre conflictos sociales; expertos/as en estudio sobre percepciones sociales de la violencia; Personas investigadoras afiliadas a CA sobre Conflictología, Violencias Sociales y/o Trabajo Social.

³ Los expertos participantes en el proceso de validación son 3 investigadoras-docentes en activo de la Universidad Autónoma de Nuevo León, adscritas al cuerpo académico *de Trabajo Social y Grupos Vulnerables*.

⁴ Las mujeres se presentan **voluntarias** para participar en el estudio tras una convocatoria pública (mediante difusión docente) entre las estudiantes de octavo semestre de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL, México.

5.1. Principales problemas del Sistema de salud en México

Las problemáticas generales que presenta el Sistema de salud en México giran en torno a la satisfacción percibida por el usuario en cuanto a la gestión administrativa, el desempeño profesional y la organización y tiempos de procuración de los servicios. Al respecto del trato que se brinda al conjunto de pacientes desde los sistemas de salud, es notoria la referencia al sistema IMSS que, como se indicaba anteriormente tiene afiliado al 39,2% del conjunto de mexicanos/as con algún tipo de seguro de salud. Esto obedece al perfil particular de las mujeres participantes en el estudio.

E1. “En el IMSS, el mal trato que le dan a los pacientes, falta de organización por parte del hospital, y pues no se les brinda un buen servicio de calidad a los pacientes. Siempre está en malas condiciones sanitarias.

E.2 “Hay mucha desorganización también por parte de pues todo el sistema de salud verdad, claro que si hablamos del El Instituto Mexicano del Seguro Social que es del seguro social que normalmente da pues el país, es obviamente muy completo. No por la atención de primera calidad, pero sí porque hay especialidades”.

En la toma de decisiones respecto del Sistema de salud en México, explican Mariscal-Cancelada et al. (2016, p. 141) “se encuentran personas que no está preparadas para la toma de decisiones que se requiere y que favorezcan a los más desfavorecidos”. Esto refiere a la toma de decisiones administrativas, no tanto a la competencia del personal especializado en salud. En este sentido y, como describen las participantes en el estudio, el principal problema es la falta de preparación o competencia de las personas que desempeñan su trabajo en los centros de salud del país, concretamente en los centros operados por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Además de una falta de capacidad para el trato interpersonal directo que también se percibe como ineficaz o inadecuado.

E2. “La falta de atención inmediata, las personas que no están capacitadas correctamente, el servicio de baja calidad, los tiempos de espera demasiado largos para continuar con algún tratamiento y que tampoco hay instituciones que les brinden la atención completa a personas que viven en lugares muy lejanos de la ciudad.”

E4. “Un problema debido a la falta de clínicas, es que las citas que te programan en el seguro, son programadas mucho tiempo después, lo mínimo, por lo regular, te dan la cita dentro de 1 mes, ocasionando que también el paciente corra el riesgo de enfermarse más con el paso del tiempo antes de recurrir a su cita médica”.

E3. “Yo considero que el problema del cual se han quejado todos los mexicanos alguna vez es el hecho de la postergación o de lo tardío que es obtener una cita en el seguro, entonces yo creo que es una queja general de toda la sociedad, es algo que todos hemos comentado alguna vez, que sacamos una cita cuando estamos enfermos y

terminamos yendo a atender nuestro problema de salud tal vez 3 semanas después como mínimo”.

Otro de los problemas que se detecta en las participantes en el estudio es lo relativo a los tiempos de espera, bien en las salas de espera de las instituciones de salud, o bien en los tiempos de espera que se asignan en las citas de las especialidades. La percepción de estos conflictos del sistema sanitario durante la pandemia ha empeorado la percepción que la ciudadanía tenía sobre las instituciones de salud.

5.1.1. Reacción del Sistema Sanitario ante la Pandemia

El abordaje de las necesidades de salud a causa de la contingencia sanitaria por SARS-COV-2 han evidenciado y acusado estas problemáticas, situaciones que en muchos casos han complicado las actuaciones, alcance y eficacia de las acciones adoptadas durante la pandemia.

México se ha enfrentado al Covid-19 con un sistema de salud que por décadas experimentó la ausencia de una coordinación general, falta en la supervisión de compra y distribución de medicamentos, baja inversión pública, déficit en la capacitación de profesionales de la salud, infraestructura obsoleta, entre otros aspectos (Montes de Oca et al. , 2021, p. 70)

El punto de partida del Sistema de salud mexicano es una infraestructura amplia pero aparentemente poco eficaz en ciertos aspectos: cobertura, acceso a recursos, gestión compleja y coordinación federal y estatal con dificultades. Además de que las competencias atribuidas a las entidades federativas resultan en marcadas desigualdades ante problemas globales, como es el caso de la pandemia.

En caso de epidemias de carácter grave, la Constitución Mexicana faculta al Consejo de Salubridad General y a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a emitir disposiciones y medidas preventivas indispensables que deben ser obedecidas por las autoridades administrativas del país, lo que incluye a los gobiernos locales[...] Esta facultad constitucional fue utilizada en el Acuerdo Administrativo emitido por el Consejo de Salubridad General, el cual fue publicado el 23 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación para coordinar las actividades de preparación y respuesta ante la emergencia sanitaria provocada por el virus SARS-COV-2 (García, 2020, p. 558)

Efectivamente, respetando las competencias Estatales, la iniciativa desde la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General aportaba indicaciones administrativas, de gestión y de prevención para todo el país, pero la ejecución de dichas indicaciones depende de las entidades federativas y sus sistemas gubernamentales. La llegada ligeramente postergada del Covid-19 a México le permitió al Gobierno Federal prepararse en distintos campos [...]

el Gobierno buscó habilitar infraestructura hospitalaria instalada y abandonada para adaptarla a las nuevas condiciones pandémicas; coordinación entre hospitales públicos y privados, capacitación del personal (Montes de Oca, et al., 2021, p. 71)

E2. “Yo creo que hubo previsión pero que no se aplicó bien. No se podía aplicar bien porque se ordenaban cosas que no se ajustaban a las posibilidades aquí”.

E5. “El gobierno, es el único que se encarga de estos sistemas de salud y es el que siempre se esconde en cuestión de problemáticas de salud y lo maneja de manera incorrecta y para conveniencia de ellos”.

E4. “se exigió mucho a las instituciones de salud, yo creo que pensando que había una buena forma de trabajo, siento que se pensó que demasiado buena, por lo que hubo muchos problemas para cumplir las recomendaciones y normas. Y no sólo porque el Gobierno actuara mejor o peor, sino porque había requerimientos a los profesionales y a las instituciones que eran irreales o no era posible de cumplir”.

E3. “Se pensó que capacitando al personal a la vez que se les pedía horas extra o la atención sin medios se resolvería algo, pero al contrario. Se abusó mucho de los profesionales y esto les enfadó bastante, además que los pacientes no se atendían igualmente por falta de personal disponible”.

Al respecto de las iniciativas de cada Estado a partir de las directrices federales, explica García (2020, p. 561) que “en México cada gobierno Local puede diseñar su agenda en el ámbito de su competencia jurídica y en el ejercicio de sus atribuciones legales”. Esto es, cada gobierno tiene competencias en materia de generación de normas de respuesta y protección ante contingencias. Así, es importante referir que, como indican Ibarra-Nava et al. (2020, p. 17) “un liderazgo más potente de los altos niveles de gobierno fue necesario para evitar más casos y muertes por COVID-19. Los gobiernos locales, estatales y federales aunaron esfuerzos sin precedentes con el fin de cambiar el rumbo de la pandemia”.

E1 “Pues creo que actualmente y lo que muchos hemos estado viendo a través de la contingencia, hemos visto la deficiencia del sistema de salud para poder atender a la población que presentó algún síntoma”

E2. “Siento que desde el Gobierno Federal se apoyaba a los Estados, pero no se contaba con que cada Estado tiene sus procedimientos y pensaron que una misma norma serviría para todos y no. Yo creo que en Nuevo León no estuvo tan mal como en otros lugares pero porque el gobierno es más eficiente porque hubo muchos problemas y mucha masificación en los hospitales incluso afuera”.

E3. “Siempre todo se puede mejorar, aunque Nuevo León haya reaccionado a tiempo, el problema al interior de los centros de salud ha frenado mucho las cosas.”

Las expectativas eran mayores pero ahora se han dado cuenta de dónde está el verdadero problema. La gente no era atendida o los profesionales no atendían bien, eso pasaba ya antes y pues con la pandemia fue peor”.

E6. “Los sistemas de salud no cuentan con la capacidad suficiente de atención o no están dirigidos a la población adecuada, siento también que la población en la sociedad va avanzando tanto que debemos de buscar como institución o como sistema de salud muchas otras herramientas para poder llegar y acceder a la población y no tanto dejar que ellos sean quiénes se acercan con nosotros”

5.2. Transcendencia del conflicto sanitario a la familia

Sobre las familias mexicanas, Welti (2015, p. 51) afirma que “las familias están cambiando, y en este proceso surgen problemas que toda organización tiene que enfrentar, adaptarse a dichos cambios económicos y sociales es lo más importante, para que se cumpla la razón de ser de la familia”. A propósito de estas transformaciones en la dinámica de los hogares, se puede pensar que habrá una repercusión en las formas de convivencia y relaciones intrafamiliares.

5.2.1. Repercusiones en la Economía Familiar

Uno de los espacios a los que las familias mexicanas destinan recursos económicos derivados de la ocupación laboral es la procuración de salud. En este sentido, México tiene un porcentaje elevado en cuanto al gasto privado o particular en salud que destina la población, muchas veces como estrategia de afrontamiento de las listas de espera o la falta de confianza en el sistema. Al respecto, Mariscal-Candelada et al. (2016, p. 136) ofrecen datos que indican que cada paciente asume de media más del 90% de los gastos en salud que requiere cada año, traducido en consultas privadas, acceso particular a la medicación y otros gastos. Porcentaje que contrasta con los que dedican los ciudadanos de Canadá, Gran Bretaña o Alemania de forma promedio, en torno al 50% de su gasto de salud abordado de forma particular. A este importante gasto que se destina por parte de las familias, se acusa que “esta epidemia afecta especialmente la actividad económica en ciudades y regiones, ya que las políticas de salud como el confinamiento y la distancia social reduce el tamaño de los mercados locales” (García, 2020, p. 555).

E2. Con la pandemia, la mayoría de los mexicanos prefiere acudir directamente a alguna clínica privada pues porque la atención es mucho más rápida”.

E5. “Aunque sea más costoso, es más eficiente porque se atiende más rápido y de forma más ordenada. Preferiría pagar la consulta a tener que esperar por horas en la sala de espera”

E6. “A veces hay que juntar a la familia para reunir el costo de la consulta, pero es mejor eso que esperar y que la situación empeore y tener que pagar más medicamento o faltar más a la escuela o a la oficina para acompañar a la persona que se siente mal”.

E5. “La falta de recursos o de insumos médicos, cómo son los medicamentos o que los... que los servicios salen muy caros. Son muchos gastos para lo que gana las familias en México. Esto hace que las familias tengan que buscar el recurso como sea, buscando otro empleo o tal vez vendiendo productos o comidas

El Sector Informal engloba todos aquellos modos de producción y empleo que son en buena medida extensión de la lógica del funcionamiento de los hogares, pues son modos que aún no han madurado lo suficiente como para operar como empresas institucionalizadas (INEGI, 2014, p. 2). En datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo [ENOE] elaborada por el INEGI, se determina que en la primera mitad del año 2023⁵, la tasa de empleo informal es del 55,23% del conjunto de población ocupada del país.

E1. “Las personas que venden comidas, tacos y tortas a diario lo han tenido muy difícil, yo la verdad no sé cómo la han armado para resolver la quincena porque no se podía estar en la calle, ni caminando ni menos con el puesto de tacos. Había puestitos de tacos en la calle, poquitos, pero en algunas áreas. También se contrataban las taquizas en las casas, pero los clientes eran menos, muy poquitos. Yo no dejé de ir a los tacos de arriba de mi casa pero iba mucho menos y ordenaba para llevar”.

E2. “Esto afectó a las señoras que vivían de hacer el aseo también. Mi mamá no podía ir a trabajar porque pues así se evitaba contagios en los camiones y en las casas en las que trabajaba. Se paralizó su trabajo”.

E3. “Los autopartes de las colonias, las señoras que hacen el aseo, las mamás que venden útiles en las escuelas de los niños, los obreros, mucha gente no podía trabajar y tuvo que cambiar de actividades para seguir adelante”.

5.3. Habilidades sociales ante los problemas de salud

Las habilidades sociales que la persona posea para gestionar su auto-regulación emocional definirán la interacción emocional con los eventos externos y los procesos de intensidad emocional efectiva para el abordaje de las situaciones complejas, de incertidumbre. Cuando las habilidades de la persona no favorecen la gestión de la situación compleja, puede ser conflictivo, llegando incluso a derivar en manifestaciones violentas de disconformidad ante la situación. Los conflictos se interpretan, explican Iannitelli y Llobet (2006, p. 457) como una “desviación del orden esperado, esto supone que en los procesos sociales cotidianos

⁵ https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/enoen/enoen2023_06_b.pdf

conviven situaciones de orden y desorden que condicionan las acciones colectivas y acontecimientos sociales”. En este sentido, Benito y García (2002, p. 176-177) afirman que “la violencia constituye un tema de una relevancia social indiscutible, en tanto que sus manifestaciones suponen una alteración, más o menos grave según los casos, que rompe las reglas del juego social democrático”.

E1. “Pues se ha visto que tenemos pocas habilidades porque ha habido muchas situaciones de violencia de todo tipo. Hablo de incluso llegar a golpes aquí en el consultorio, también en hospitales, ha sido común. Pero es que son condiciones a las cuales han estado inmersos, que detonan todo este tipo de acciones de violencia, pero no creo que en sí la sociedad se pueda categorizar o se pueda generalizar como violenta”.

E2. “Estos problemas que hablamos, de falta de habilidades Sí, creo que puede ser por falta de educación, o sea como por falta de los valores inculcados por parte del círculo familiar. Por ejemplo, que no usan la comunicación afectiva o que usan métodos violentos para educar a sus hijos, además por la influencia de que generan otros países. Porque somos muy dóciles o nos dejamos influenciar en lo que se ve diariamente”.

E3. “casi siempre cuando hay desacuerdos en cuanto al sistema de salud lo que hace la mayoría de la gente es meter alguna no demanda, pero si denuncia, esa se va directo a veces al CODE y pasa casi siempre por derechos humanos porque los conflictos casi siempre afectan a los derechos humanos o más bien pues sí a veces hay situaciones de negligencia”.

E4. “Yo también opino que la sociedad en ocasiones si es problemática, no tiene la suficiente educación, la mayor parte de la gente no sabe escuchar a la otra parte y no hay una suficiente comunicación, ellos piensan que todo lo arreglarán discutiendo y eso no es lo adecuado”.

E6. “lo vuelvo a repetir nos falta mucha cultura como sociedad, siempre nos ponemos a la defensiva, ósea siempre actuamos de manera negativa, nosotros como mexicanos siempre pensamos que nos quieren atacar con algún comentario, algún suceso no sé, siempre estamos a la defensiva”.

5.3.1. Resiliencia

Hay habilidades que particularmente se requieren ante situaciones de crisis o de situación sobrevenida que requiere una actuación compleja. Con relación a la crisis, explica Dorr (2008, p. 32) que “algunas surgen como proceso normal de desarrollo humano y social, pero hay otras crisis denominadas no normativas que representan eventos inesperados y su

acumulación en periodos limitados de tiempo, éstas representan importantes desafíos para la funcionalidad individual, sistémica y corporativa.

E4. “La situación fue muy crítica, yo creo que todo el mundo se quedó sin saber qué hacer o cómo reaccionar, no importaba si te acordabas de la NIHI o si te dedicabas a la salud. En los puestos de gobierno incluso se vio que parecía que se estaba improvisando”.

E5. “Se le dice crisis sanitaria por algo, no por nada, porque no se sabía bien qué era lo que iba a suceder ni tampoco se sabía cómo iba a ser el virus ni cómo se iba a afectar la gente. Tampoco se sabía cuánto iba a durar”.

E6. “Fíjate que aquí no importaba si eres culto o no, si sabes de esto o lo otro, aquí todas las personas se quedaron en shock, no se sabía cómo hacer las cosas. Incluso ante algunas medidas de gobierno, tampoco se sabía cómo cumplir”.

La resiliencia personal es, en palabras de Villalba (2006, p. 480) un proceso reintegrativo o de afrontamiento que resulta en crecimiento, conocimiento, autocomprensión y que incrementa las fortalezas y las cualidades resilientes. Al respecto de la resiliencia ante la situación de la crisis sanitaria, afirman Ibarra-Nava et al. (2020, p. 17) que “millones de Mexicanos, incluidos profesionales de la salud con recursos limitados, han desarrollado una fuerte resiliencia y solidaridad hacia una pandemia sin precedentes”.

E2. “Si es cierto que hubo mucho esfuerzo y cooperación por parte de todos, sobre todo al principio tal vez por el susto o, como decíamos, porque no sabíamos cómo hacer y colaborábamos en todo. Pero enseguida se frenó”.

E3. “La gente actuó muy bien pero, como en todos los casos, se pasaba el tiempo y se trataba de volver a la vida real y la gente empezó a hacer las cosas mal o a no seguir la norma, creo que es normal porque necesitaban trabajar. Pero sí siento que las personas pudieron darse cuenta de lo importante que es la salud y tener seguro, eso está claro”.

E1. “Se supone que la resiliencia es que aprendes de tus problemas, ¿no?, pues yo creo que sí aprendimos a valorar el sistema de salud y a los médicos del país. Aunque haya situaciones de conflicto o problemas con otros profesionales, pudimos valorar la salud en México”.

E4. “Yo opino que se debería valorar más, pero al menos hubo avance. Y también siento que se valora al trabajo social dentro de los hospitales para tratar situaciones de crisis de familia o de problemas económicos por problemas de salud, y también a la psicología”.

5.4. Trabajo Social Socio-sanitario

Explica Colom (2010, p. 110) que “la intervención desde el trabajo social sanitario siempre toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, el diagnóstico médico que motiva su consulta sanitaria o, incluso, el ingreso hospitalario y su vivencia”. En México, esta especialización de la profesión de Trabajo Social tiene su principal reconocimiento a partir de 2012 la Norma Oficial Mexicana⁶ se reconoce la aportación del trabajador/a social en el estudio socioeconómico que se incluye en el Estudio Médico social (Ávila, 2020, p. 3). En este momento, el perfil de Trabajo Social se introduce en los equipos multidisciplinares hospitalarios para los que se empieza a exigir especialización formativa.

E1. “Con el INSABI hay mucha más gente que atender y más gente que requiere el apoyo de Trabajo Social. Muchas familias con adultos mayores o personas que requieren tratamiento largo y no pueden afrontarlo. También con la pandemia se orientó mucho a los recursos de salud mental”.

E2. “Si nos identifica mucho la gente, nos buscan cuando hay problemas, sobre todo cuando se va a requerir apoyos por ejemplo para medicamento, para curas, en los domicilios, para comprar alimento o para los traslados de la persona enferma. La gente en pandemia nos pedía mucha ayuda también psicológica, que les apoyáramos para encontrar un tratamiento o consulta, pero en algunos casos era complicado porque no había lugares o posibilidades disponibles”.

E3. “A nosotras siempre nos buscan para ver qué podemos apoyarles. No siempre saben cuál es nuestro papel y al final se sorprenden de que podemos apoyar en muchas cosas, sobre todo en las casas y los cuidados. Se sorprenden también cuando les proponemos las visitas o les pedimos papelería para hacer el expediente porque no entienden, nosotras les explicamos que es una información global para conocer el alcance de su situación y pues ya nos colaboran mejor”.

E4. “Cuando elaboramos el árbol de problemas para el diagnóstico y también para las visitas o reuniones, la cooperación de las personas es importante. Lo bueno que ya nos reconocen como profesionistas y la gente nos coopera”.

E5. “Nos buscan porque de nosotras, muchas veces depende el alta, cuando tenemos que tramitar el estudio socio-económico. Es difícil porque muchas veces la gente no colabora mucho y se hace más pesado y lento todo. Creo que las familias que no cuentan con un servicio médico son aquellas que tienen más estos conflictos porque son aquellas personas que incluso por desconocimiento pues no saben que pueden obtener un servicio de salud de forma gratuita, mucho también de lo que

⁶ https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

hemos visto en el hospital por ejemplo es que llegan personas que no tienen ningún tipo de derecho-habencia y piensan que tener medicamentos y consulta les puede generar un costo y son personas en situación de vulnerabilidad”

E6. “Durante la pandemia seguimos como siempre, con solicitud de apoyos para medicamento, para sillas de ruedas, para oxígeno, para guantes y cubrebocas, para todo. Pero también la gente llegaba necesitando apoyo psicológico y conseguimos algunas consultas pero era difícil porque todo estaba colapsado”.

5.4.1. Función mediadora del Trabajo Social para la gestión de conflictos

La Federación Internacional de Trabajo Social [FITS], apunta que los profesionales de trabajo social tienen como tarea cotidiana la resolución de conflictos, es algo habitual en su actividad profesional, para lo que indica la mediación como método efectivo para esta práctica. En este sentido, añaden Munuera y Rondón (2010, p. 328) “la utilización de la mediación puedes hacer más eficaz la administración de servicios o prestaciones sociales como las prestaciones de dependencia y evitar con ello la vía judicial y el encarecimiento socioeconómico personal”.

E1. “Opino que la mediación es útil para para los mexicanos que tienen problemas con el sistema de salud se puede aplicar la mediación en estos problemas, yo creo que sí y lo he visto en personas y población atendida que al entrar a algún acuerdo y poder brindarles a ellos el beneficio que están requiriendo que están solicitando, se puede llegar a un buen acuerdo y opino que la mediación es una es una vía muy necesaria”.

E2. “El tema de mediación en los centros de salud o instituciones de salud, debería de ser un área de oportunidad inmensa, pero como ciudadanos, osea como población darte a pensar qué tanto te ofrece tu institución de salud y qué tanto estas aportando tu como ciudadano o como derechohabiente, entonces considero que, si es muy útil la mediación, pero la mediación personal, la autorreflexión hacia el tema de las instituciones de salud”.

E4. “Siento que es una forma muy práctica y más fácil de resolver algún conflicto. Siento que te ahorrarías más cosas tanto, por ejemplo, si es un conflicto fuerte en cuestión de lo legal pues te ahorras tal vez todo ese proceso largo y así”.

E5. “Siento que es importante dentro del tema de la salud, pero creo que, aunque se realice un proceso de mediación siempre surgirán los conflictos, ya sea por mala organización, falta de personal, etc.”.

E6. “Si es útil, pero para el sistema de salud público de México, es muy difícil que se trate de encontrar una solución que beneficie a la población, ya son muchos años que el país vive de esa manera y solo tratan de tener beneficio propio el gobierno”.

6. Conclusiones

Como conclusión general al estudio, se evidencia que el Sistema de salud mexicano va evolucionando a la par que va constatando las necesidades que presentan sus derechohabientes, sus profesionales y la evolución de las políticas públicas y las directivas internacionales. Pero puede que ese avance sea lento, algo comprensible dada la magnitud del tejido institucional, político, administrativo y de servicios que incluye el sistema. Otro elemento que requiere la crítica y observación del modelo de salud es aquella situación no prevista, al menos en toda su magnitud, que requiere una reacción que a veces se escapa de las estrategias habituales de respuesta, como ha sido el caso de la contingencia sanitaria.

El punto de partida del sistema de salud mexicano para poder dar respuesta a la contingencia sanitaria por COVID-19 presentaba diversas problemáticas constatadas en este trabajo y en la literatura de referencia, como las demoras, la falta de formación personal, la ineficacia en la gestión de recursos, la discordancia entre poderes públicos y la administración y la ineficiente toma de decisiones por las autoridades responsables respecto de algunos protocolos poco prácticos. Todo esto se ha traducido, en primer lugar, en una reacción negativa por parte de los profesionales de la salud que se ha traducido en acciones ineficaces, trato negativo, incapacidad para atender obligaciones y sobrecarga física y mental. Si bien los profesionales han sido orientados desde los tomadores de necesidades o autoridades del sistema de salud, Secretaría de Salud y desde los órganos de Gobierno, algunas medidas o iniciativas para dar respuesta a la crisis sanitaria parecen haberse tomado sin ajustarse a una realidad compleja y a un modelo dañado a causa de las múltiples carencias que afectan al rendimiento del personal y a la satisfacción de los derechohabientes.

Este problema ha impactado en las dinámicas familiares de forma muy poderosa pues, como se ha identificado en las aportaciones de las participantes en el estudio y en la literatura consultada, las familias asumen gran parte de la carga económica que suponen sus gastos en salud mediante el recurso de la actividad profesional informal. Y, durante la crisis sanitaria, los gastos en salud se han elevado en contrapunto con la disminución incluso cese de muchas de las dinámicas laborales informales en el país, hecho que ha conducido a muchas familias a contraer grandes deudas o a requerir apoyo importante de los departamentos de trabajo social de las instituciones de salud o de otras instituciones sociales para poder hacerles frente.

Esta situación ha generado en las familias un alto grado de crispación que, aunado a las habilidades escasas en cuanto a la gestión positiva de los conflictos, ha hecho que la vinculación de las familias con las instituciones de salud sean hostiles, llegando incluso a

presentarse situaciones violentas como punto álgido de la crisis sanitaria, la escasez de recursos y la ineficacia en el trato sanitario.

No obstante, a grandes rasgos y sobre todo al inicio de la contingencia, se observó una capacidad de superación importante por parte de los profesionales de la salud y de las familias mexicanas. La cooperación local, comunitaria, los apoyos laborales en las instituciones de salud, han hecho que la reacción ante la pandemia haya sido mejor de lo que se esperaba en México, aunque todo esfuerzo termina en descenso a causa del cansancio acumulado. Aunque de la situación se ha extraído un aprendizaje, como explican las participantes en el estudio, quienes ven en las familias mexicanas y en el conjunto social un componente resiliente muy potente.

Por último, desde su rol de profesionales del Trabajo Social, las participantes en el estudio cuentan que, si bien el trabajo social es identificado dentro de las instituciones de salud, el concepto social que predomina es la visión asistencialista. A pesar de que durante la contingencia se ha trabajado el área de salud mental en coordinación con hospitales y áreas especializados y también las iniciativas de apoyo social, lo que más demandaba la ciudadanía era el apoyo económico para poder hacer frente a sus gastos médicos familiares. Esto no es algo que suceda únicamente en México pues, como norma general, la visión social del Trabajo Social es predominantemente asistencialista, por lo que el reto de la profesión es mostrar los beneficios que el Trabajo Social aporta para el Bienestar social, sobre todo, el Trabajo Social en crisis, como elemento profesional de contención para afrontar las problemáticas sobrevenidas para las que la sociedad no disponga de medios habituales.

Así pues, el sistema de salud mexicano debe continuar desarrollándose para dar respuesta a las necesidades sociales que van sucediéndose conforme el país se desarrolla. Incluso debe sostener los programas de prevención de situaciones sanitarias complejas para poder dar una respuesta adecuada ante situaciones críticas. Y, puesto que se trata de una profesión que se desempeña en el ámbito sanitario, el Trabajo Social también tiene que desarrollarse en las instituciones de salud pues puede contribuir a la detección de necesidades derivadas de la convivencia con enfermedad y dependencia, situaciones problemáticas de pacientes y familiares, además de innovar en las estrategias que ya existen para la gestión de recursos para la procuración de tratamientos y servicios sanitarios.

Bibliografía

- Alejo, M. Y Osorio, B. (2016). El informante como persona clave en la investigación cualitativa. *Gaceta de Pedagogía*. 35. (2016), p. 74-85
- Ávila Cedillo, G. J. (2020). Trabajo social en salud, p. teoría y praxis innovadora. *Margen* (97), 1-46
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social [CONEVAL]. (2018) *Estudio Diagnóstico del Derecho a la salud*. Gobierno de México.

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

- Comisión Económica para América Latina y El Caribe CEPAL (2021). *Apertura y uso de datos para hacer frente al COVID-19 en América Latina*. Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ec4d0df3-1472-43ce-83ba-acc5d5b85f10/content>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2012). *Proyecciones de la población de México 2010-2050*. Gobierno de México. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1529/2/images/DocumentoMetodologicoProyecciones2010_2050.pdf
- Colom Masfret, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan* (47), 109-119.
- Crouch, M. y McKenzie, H. (2006). The logic of small samples in interviewed-based qualitative research. *Social Science Information*, 45(4), 483-499
- Delgado, J. M. y Gutiérrez Fernández, J. (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis
- DORR, A. (2008). *Psicología general y evolutiva*. Mediterráneo.
- García Martínez, A. y Benito Martínez, J. (2002). Los conflictos escolares, p. causas y efectos sobre menores. *Revista Española de Educación Comparada*, (8), 175-204
- González-Becerril, J.G. y Montoya-Arce, B. J. (2020). Los riesgos de la vulnerabilidad sociodemográfica por el COVID-19 en México 2020. *Papeles de Población* (108), 33-73 DOI: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2021.108.12>
- Gutiérrez Robledo, L.M.; Agudelo Botero, M.; Giraldo Rodríguez, L.; Medina Campos, R.H. (2016). *Hechos y desafíos par aun envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriátria.
- Gutiérrez Sabás, J. (2021). Trabajo Social en tiempos de covid-19, dentro del área de salud en el Estado de México. *Revista Realidades*, 11(1), 103-115
- Garay Villegas, S. y Montes de Oca Zavala, V. (2011). La vejez en México, p. una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas Sociales*, 13(1), 143-165
- García Tejeda, C.E. (2020). Las políticas económicas frente al COVID19 en México, p. Un análisis cuantitativo de la diversidad y diferencia de las agendas subnacionales. *GIGAPP Estudios Working papers*, 7(185), 553-568.
- Hernández Bringas, H. (2020). COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico. *Notas de Población* (111), 105-132
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill
- Hidalgo Lavie, A. y Martín Álvarez, L. P. (2012). *Salud pública, dependencia y Trabajo Social*. Ediciones Académicas.
- Huerta Cuervo, R. y Vanegas López, M. (2020). El gasto público en salud frente a la pandemia por Covid 19 en México. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 9(2), 47-31

- Iannitelli Muscolo, S. y Llobet Estany, M. (2006). Conflicto, mediación comunitaria y creatividad social. *Acciones e investigaciones sociales*, (Extra 1), 454-470
- Ibarra-Nava I.; Cárdenas-de la Garza, J.A.; Ruiz-Lozano, R.E. y Salazar-Montalvo, R. G. (2020). Mexico and the COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(4), 17-18
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *La Informalidad laboral. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Marco conceptual y Metodológico*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Principales resultados de la Encuesta Intercensal*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Lomeli Vanegas, L. (2020). Los desafíos del sistema de salud en México. *ENONOMÍAunam*, 17(51), 16-27
- Lomeli Vanegas, L.; Flores Ángeles, C. y Granados Casas, V. (2012). Niveles de vida, desigualdad y pobreza. En R. Cordera y C. Murayama (Coords.) *Los determinantes sociales de la salud en México* (pp. 244-267) Fondo de Cultura Económica
- Mariscal-Cancelada, M; Zamora-Suchiapa, B. y Torres-Marquez, J.R. (2016). Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud de Jalisco*, 3(3), 133-142.
- Mena Manrique, A.M. y Méndez Pineda, J.M. (2009). La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa. Aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. *Revista Iberoamericana de Educación*, 3(49), 1-7
- Montes de Oca Zavala, V. y Alonso Reyes, M. P., Montero-López Lena, M. y Vivaldo-Martínez, M. (2021). Sociodemografía de la desigualdad por Covid-19 en México. *Revista Mexicana de Sociología*, (83), 67-91
- Munuera Gómez, M. P. y Rondón García, L. M. (2010) Mediación y Resolución de conflictos con personas en situación de dependencia. En Alemán Bracho C.(Coord) *Dependencia y Servicios Sociales*. Aranzadi, pp. 323-360.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, EB 130/15*. Consejo Ejecutivo OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2021). *Determinantes sociales de la salud, EB 148/24*. Consejo Ejecutivo OMS.
- Rodríguez Otero, L. M. (2021). Los sistemas de salud. En L. M. Rodríguez Otero (Coord). *Trabajo Social y salud. El contexto mexicano* (pp. 51-63) Tirant LoBlanch
- Roldán García, E. (1998). Los grupos de discusión en la investigación en Trabajo Social y Servicios Sociales. *Cuadernos de Trabajo Social* (11), 133-144
- Sánchez, Sánchez-Cañete F. (2012). *Métodos de investigación Cualitativa*. Bubok
- Secretaría de Salud [SSA](2020). *Comunicado Técnico Diario Covid-19 México*. Gobierno de México.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/549946/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.04.30.pdf

- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Harcourt.
- Villalba, C. (2006). El enfoque de la resiliencia en Trabajo Social. *Revista Acciones e investigaciones sociales* (1), 480-510.
- Welti Chanes, C. (2015). *¡Qué familia! La familia en México en el siglo XXI. Encuesta nacional de la Familia*. Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.
- Wong Chew, R. M. y Morales Fernández, J.A. (2021). Generalidades, aspectos clínicos y de prevención sobre COVID.19, p. México y Latinoamérica. *Universitas Médica*, 62(3), 1-18 **DOI:** <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-3.gacp>
- Zárate Grajales, R. A.; Romualdo Pérez, Z.; Sánchez Bañuelos, L.G.; García Hernández, N.; Villegas Zúñiga, A.; Alvarado Celaya, D. L. (2019). Una mirada a los sistemas de salud mexicano y argentino. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 48-57