

60.
30j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES



**LA OPINION DE LOS DERECHOHABIENTES SOBRE ALGUNOS
ASPECTOS RELEVANTES EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS
MEDICOS DEL ISSSTE EN LA DELEGACION SUR DEL DISTRITO
FEDERAL: CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR " XOCHIMILCO ",
" DIVISION DEL NORTE " Y " DEL VALLE "**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

PRESENTA

ALFREDO VELAZQUEZ GARCIA

DIRECTORA:

MARIA EUGENIA GILARDI GONZALEZ DE LA VEGA

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A Nedelia Antiga Trujillo, María Eugenia Gilardi,
María Elena Galeana, por su dedicación y esfuerzo
por que se concluyera este trabajo.**

**A mi esposa Estela y mi hija Paulina por
su tolerancia y el tiempo que no les pude
dedicar, por su comprensión y cariño**

Digitized by Google

**A mi padre en memoria y mi madre quién
siempre nos ha motivado para que nos
superemos cada día, a mis hermanos.**

Al Dr. Gustavo Olaíz Fernández por el apoyo y motivación que me ofreció, además de los recursos de que él dispuso para llevar a cabo el levantamiento de la encuesta; al personal que participo en la encuesta mi más profundo agradecimiento.

A todos los que participaron de alguna
manera en la elaboración de este trabajo,
pero de forma especial a Vicente Reyes.

INDICE

Introducción	2
I Las Instituciones de Seguridad Social en México	5
1.1. Características de las Instituciones de Seguridad Social	8
1.2. El Sistema Nacional de Salud	14
1.3. Los servicios médicos del ISSSTE	18
II Las Políticas de operación de los servicios médicos en el ISSSTE	22
2.1. Estructuras y organización del Instituto	24
2.2. La capacidad instalada de los servicios médicos, y sus recursos humanos y materiales	28
2.3. Características de la población derechohabiente	30
III La Delegación Zona Sur del ISSSTE en el Distrito Federal	35
3.1. Distribución y acceso a los servicios médicos ..	38
3.2. El Diagnóstico institucional de la atención en los servicios médicos	41
3.3. La opinión de los derechohabientes sobre algunos aspectos relevantes de los servicios médicos.	45
Conclusiones	57
Anexos	64
Bibliografía	83

INTRODUCCIÓN

En todas las sociedades existe un sistema de salud integrado por el conjunto de servicios médicos, tanto públicos como privados, con diferentes características; esto hace que la atención a la salud tenga una heterogeneidad marcada por la oferta y la demanda que de ello haga la población y que está estrechamente ligada a las condiciones económicas que imperan en un momento determinado

El Estado Mexicano, derivado del proceso revolucionario, creó instituciones que ofrecieran protección a la salud a través de organismos tales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, entre otras, tanto para la población trabajadora, como para quienes no poseen un empleo formal.

A lo largo de nuestro desarrollo histórico, la atención a la salud ha sido fundamental en las instituciones públicas, es el gobierno el que asumió la conducción de los programas de fomento a la protección de la salud de la población en nuestro país, las instituciones gubernamentales planean y desarrollan todas las acciones tendientes a regular las condiciones de salud.

Ha sido el Estado quien creó todo un Sistema Nacional de Salud, basado en los postulados de nuestra Constitución en el artículo 4º en el que se menciona que todo ciudadano tiene derecho a la protección de la salud.

Basados en la constitución de los organismos que conforman el sector salud, en el presente estudio daremos a conocer cuál es la situación actual de una de las instituciones de seguridad social de mayor importancia que hay en México y cómo se vincula al Sistema

Nacional de Salud; cuáles son las acciones y estrategias que ha seguido para la procuración de los servicios médicos a los que por ley el ISSSTE está obligado a otorgar a sus derechohabientes.

Como resultado de laborar en el Instituto durante varios años pude percartarme de las necesidades y carencias que se observaban en el ISSSTE sobre todo en la otorgación de los servicios médicos, el acceso a la información me permitió conocer cuales son los problemas más comunes y donde los derechohabientes manifestaban molestias sin embargo no existía una forma clara de conocer la opinión de ellos. Para conocer la situación actual de algunos aspectos relevantes de los servicios médicos se aplicó una encuesta a los usuarios de las clínicas de medicina familiar de la Zona Sur del ISSSTE en el Distrito Federal, con el fin de conocer su opinión sobre los servicios que el Instituto proporciona a sus derechohabientes; así como la percepción que tiene el propio Instituto a través de los diagnósticos que han realizado las propias autoridades del ISSSTE.

El objetivo principal de este estudio es conocer la opinión de los usuarios de los centros de salud del primer nivel de atención; para así detectar cuales son los problemas que se acentúan en la otorgación de los servicios médicos, y hacer algunas propuestas para mejorar las condiciones de los propios servicios, con la participación de los derechohabientes.

Se abordan aspectos de relevancia con relación a la atención médica que reciben los derechohabientes, así como su opinión con respecto a los servidores públicos.

El trabajo se estructuró en tres apartados. En el primero, se abordó, el concepto de la seguridad social en México y cuáles son las características principales de sus componentes; cómo se integran a todo un Sistema Nacional de Salud y cuáles son sus funciones dentro del mismo; así mismo se señala como se conforman los servicios médicos en el ISSSTE y las acciones desarrolladas.

En el segundo apartado se muestran las estructuras y organización del Instituto, sus políticas de operativización, la infraestructura existente y los recursos humanos y materiales de que dispone para la procuración y otorgamiento de los servicios médicos; también, las características y cambios que ha tenido la población a lo largo de la historia del Instituto.

El tercer apartado, se refiere al campo de la investigación de la Zona Sur del ISSSTE en el Distrito Federal; así como la distribución y acceso a los servicios médicos en sus áreas de influencia; concluyendo con el diagnóstico institucional en la atención de los servicios médicos. En éste mismo apartado, se da a conocer la opinión de los derechohabientes sobre algunos aspectos relevantes de los servicios médicos; se delimita el área de estudio; la metodología utilizada y el análisis de los datos obtenidos de la encuesta que se aplicó a los derechohabientes del Instituto.

Finalmente, se presentan las conclusiones y propuestas, a las que se llegaron después de analizar y revisar la información obtenida, misma que se complementa con una serie de cuadros y graficas elaborados para una mejor comprensión de los datos.

I LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

La seguridad social es la protección que obtiene la clase trabajadora y sus familiares consistente en prestaciones y servicios, otorgadas por las instituciones en las que laboran sus afiliados, con objeto de mejorar sus condiciones de vida y se expresan conceptualmente como una forma de desarrollo, siempre y cuando estén ajustadas a los criterios de la política vigente y de las condiciones económicas predominantes.

Algunos autores describen a la seguridad social, como el deseo universal de todos los seres humanos por una vida mejor, comprendiendo la liberación de la miseria, la conservación de la salud y el acceso a la educación y de condiciones decorosas de vida, principalmente a un trabajo adecuado y seguro. Para Antonie Zelenka "Seguridad Social es el conjunto de medidas tomadas por la sociedad y, en primer lugar, por el Estado para garantizar a todos la atención médica necesaria y los medios de vida en caso de pérdida o reducción de los medios de existencia, causadas por circunstancias no dependientes de la voluntad"; sin embargo, para Miguel Huerta Maldonado la "Seguridad social es una doctrina y una técnica. Como doctrina es el derecho universal al goce solidario de los bienes materiales y culturales que confieren dignidad a la vida del hombre. Como técnica es el conjunto de medios que adopta la sociedad, el Estado, como parte de la política social, para garantizar el pleno ejercicio de ese derecho, fórmula básica de la justicia social"¹

En México es el Estado quien asume la responsabilidad en la conducción de las instituciones de seguridad social, frente a las demandas

¹ Enciclopedia Todo México," La Seguridad Social "México 1985, pág. 408.

de los trabajadores. El objetivo fundamental de la seguridad social es elevar el nivel de bienestar de la población, pero no debemos olvidar que en todas las sociedades aparece como constante la prevención de posibles conflictos generalizados de clase ante una obvia diferenciación en los niveles de vida, aunque si bien se infiere que la responsabilidad de mejorar el nivel de vida real corresponde directamente a los grupos sociales quienes han sido el factor de demandas para el mejoramiento de los niveles de vida.

México ha tenido un largo proceso en la conformación de las instituciones de seguridad social; desde 1824 aparece en el texto constitucional la mención sobre la existencia de retiros y pensiones para empleados públicos; pero ante la imposibilidad de otorgarlos y financiarlos en 1853, por decreto, el beneficio se restringe a los casos de suprema vejez e incapacidad absoluta. La constitución de 1857 establece como facultad del Congreso conceder premios y recompensas por servicios eminentes prestados a la nación y a la humanidad; los cuales, casi siempre, se otorgaron en forma de pensión adquiriendo un nuevo significado ya que pasa de ser un derecho constitucional a una concesión de las autoridades.

En 1875 con la integración de la primera Asociación Mutualista de Empleados Públicos, se despierta un nuevo impulso hacia la conquista de la seguridad social. El derecho de los maestros a ser pensionados después de 30 años de servicio, se estableció por la Ley Reglamentaria de la Instrucción Obligatoria en el Distrito Federal y Territorios; ésta no tuvo efecto en virtud de que poco después en 1898 en su lugar, fue aprobada la Ley de Educación Primaria, que refrenda la disposición de pensionar a los maestros, pero agrega que será en los términos que el Ejecutivo señale; dicha definición se concretó hasta 1916.

Los intentos de seguridad social originados en el siglo pasado, surgieron paralelamente al proceso de industrialización que fue el factor decisivo para formar agrupaciones de trabajadores y que éstas pugnarán por obtener: seguros de enfermedades, accidentes

de trabajo, invalidez y vejez. Estos seguros, paulatinamente, fueron adoptándose en los países con mayor desarrollo económico.

En México, las condiciones laborales se presentaron de forma muy similar a las de los países en desarrollo; los trabajadores mexicanos buscaron obtener garantías laborales que los condujeran a aspirar a la seguridad social, pero no es sino hasta 1917 cuando se consagra esta garantía al señalar la Constitución en el texto original del artículo 123, fracción XXIX que: "se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole".

En 1925 se aprobó la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro y se crea la Dirección con ese nombre para proteger a todos aquellos que percibieran un sueldo con cargo al Estado, cualquiera que fuera la denominación de su puesto. La finalidad de la Ley fue fundamentar el ahorro, quitarle a la pensión el aspecto gracioso, caritativo y particular que tenía, para hacerla obligatoria, equitativa y universal para todos los servidores públicos, que el propio trabajador con la ayuda del Estado, formara el fondo para otorgar las pensiones por: vejez, inhabilitación, muerte y de retiro a los 65 años o después de 15 años de servicio.

El papel del Estado ha sido fundamental en la creación de las instituciones de seguridad social; sin embargo, su desarrollo es consecuencia de las luchas sociales de los diferentes sectores y no de la evolución de las condiciones económicas por las que ha atravesado el país; las presiones de los diferentes sectores de la clase trabajadora impulsó el desarrollo y mejoramiento de la seguridad social y como resultado se consiguió un mejor bienestar social a la población.

La década de los cuarenta marca una etapa en donde el proceso de industrialización del país, se acentúa y se hace más dinámico; crea

mayor madurez en las organizaciones de los trabajadores públicos y privados, así como un crecimiento sustancial de la fuerza laboral. Estos factores desencadenan en los trabajadores asalariados del sector privado y sus organizaciones, presiones y peticiones para que se instituyeran seguros como los existentes para los empleados públicos. En 1943 surge el Instituto Mexicano del Seguro Social para extender la asistencia médica y social a los trabajadores de la iniciativa privada, en ese año, también se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la integración del departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia que amplía la cobertura a grupos no protegidos por las instituciones de Seguridad Social.

El 31 de diciembre de 1959 se transforma y adiciona el apartado B del Artículo 123 Constitucional, en donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) había planteado para los servidores públicos en ese mismo año el presidente de la República envió una iniciativa de ley que daba origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Al hacer discutida y aprobada la Ley, la entonces Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó en el ISSSTE.

En nuestro país, las instituciones de seguridad social, se han enfocado principalmente a la atención de los servicios médicos, procurando hacer extensivos todos los beneficios a la población, aunque debemos de definir que la seguridad social es exclusividad de la clase trabajadora que goza de una mayor amplitud de seguros y prestaciones que otorgan las instituciones de seguridad social.

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Con el desarrollo económico del país, las organizaciones de trabajadores demandaron servicios y prestaciones; los diferentes sectores

se constituyeron en grandes agrupaciones que exigieron, como en otros países, se integrara la seguridad social a toda la población económicamente activa; así es como nace el Instituto Mexicano del Seguro Social el 19 de enero de 1943, como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios, creado en virtud de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial.

El IMSS tiene a su cargo la organización y administración de la seguridad social en sus regímenes obligatorio y voluntario; cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican a propósito de cada régimen en particular, mediante prestaciones en especie y en dinero; y, con fundamento en la solidaridad social, puede proporcionar servicios de beneficio colectivo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social proporciona en su régimen obligatorio a su población derechohabiente los siguientes seguros: de riesgos de trabajo, de enfermedades y maternidad, de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, guardería para hijos de aseguradas; quienes pueden acceder a estos seguros son los sujetos que se encuentren vinculados a otros por relación de trabajo; los miembros de sociedades cooperativas de producción y administraciones obreras o mixtas; los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito; quienes trabajen en industrias familiares y los trabajadores independientes (profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y otros no asalariados; los patrones, como personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio; los trabajadores domésticos; los productores de caña de azúcar y sus trabajadores y los pensionados.²

Los familiares derechohabientes son: la esposa o compañera del asegurado o del pensionado; la viuda o el viudo o la concubina; los huérfanos menores de 16 años o hasta los 25 si estudian y los huérfanos totalmente incapacitados.

² Moreno Padilla, Javier " Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social ", México 1985, págs 20 a 40.- En este año se envió una iniciativa de Ley que modificará a la actual.

El Seguro Social ha dividido las prestaciones y servicios que proporciona a su población derechohabiente en prestaciones en especie y en dinero en los términos de la ley vigente, considerando que estos son los beneficios que han logrado la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social y que han ido en aumento o disminución de acuerdo a las circunstancias económicas del momento, no hay que olvidar que el Seguro Social proporciona atención principalmente a los trabajadores del sector privado.

Las prestaciones en especie son: seguro de riesgos del trabajo, éste comprende la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, servicios de hospitalización, aparatos de prótesis, ortopedia y rehabilitación. Seguro de enfermedades y maternidad: asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, cuando sea necesario, durante 52 semanas, con posibilidad de prórroga por un lapso igual, asistencia obstétrica y ayuda para la lactancia y, a la asegurada una canastilla. Seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. Seguro de guardería para hijos de aseguradas, comprende: servicios de guarda, aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación.

Las prestaciones en dinero. Seguro de riesgos del trabajo; si la incapacidad es temporal, un subsidio equivalente al 100 % del salario; si es permanente total, una pensión mensual equivalente del 70% al 80% del salario promedio, según el grupo de cotización; y si es permanente parcial, una pensión calculada conforme a la tabla de valuación contenida en la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte: una ayuda para gastos de funeral a la viuda; una pensión equivalente al 40% de lo que hubiere correspondido e igual beneficio al viudo totalmente incapacitado; a cada uno de los huérfanos de padre o madre totalmente incapacitados: una pensión equivalente al 20% de la que hubiere correspondido e igual a los huérfanos menores de 16 años y hasta de 25 si estudian, monto que se eleva si la orfandad es total, a falta de esposa, una pensión a la concubina.

Para el financiamiento de prestaciones, los capitales constitutivos y los gastos de administración, el Instituto cuenta con los siguientes

recursos: en el seguro de riesgos del trabajo, con las cuotas que íntegramente deben cubrir los patrones, según la clase y grado de riesgo, que en promedio representa el 1.8% del volumen de los salarios; en el seguro de enfermedades y maternidad la aportación es tripartita y equivale al 9% de los salarios; y para el seguro de invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada y muerte, la aportación también es tripartita y equivale al 6% de los salarios. El monto de la prima para el seguro de guarderías para hijos de aseguradas, equivalente al 1% del salario, es cubierto por los patrones que tengan o no a los trabajadores a su servicio.

El IMSS opera en 1,464 municipios de los 2,387 que integran las 32 entidades federativas del país. Su estructura orgánica consiste en una Asamblea General de 30 miembros: 10 designados por el Ejecutivo Federal, 10 por las agrupaciones patronales y 10 por las organizaciones de trabajadores; el Consejo Técnico constituido hasta por 12 miembros, cuatro por cada sector; la Comisión de Vigilancia, compuesta por seis miembros, en las mismas proporciones; y la Dirección General. El Director General es nombrado por el Presidente de la República.

La segunda institución de seguridad social de mayor importancia en México es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, creado en virtud de la Ley, publicada en el diario Oficial del 31 de diciembre de 1959 y modificada, para crear el Fondo de la Vivienda el 28 de diciembre de 1972.

El 27 de diciembre de 1983 se publicó en el Diario Oficial una nueva Ley del ISSSTE, que abroga a la anterior. En ella se establece que es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República y que se aplicará a los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y de otros.

EL ISSSTE ha organizado su funcionamiento bajo dos vertientes principales: las prestaciones económicas y las prestaciones en especie.³ Las prestaciones económicas agrupan: las pensiones por jubilación, retiro por edad y tiempo de servicios, invalidez, muerte y por cesantía en edad avanzada; las indemnizaciones globales; los riesgos del trabajo; los créditos personales y los destinados a la adquisición de vivienda, así como las devoluciones de depósitos del Fondo de la Vivienda.

Las prestaciones en especie comprenden entre otras: la protección a la salud; la protección al salario; diversas prestaciones sociales tales como: estancias de bienestar infantil, talleres de jubilados y pensionistas, servicios funerarios, así como las culturales, deportivas y recreativas.

Las prestaciones económicas se otorgan por Ley exclusivamente a los trabajadores asegurados y a los pensionistas, mientras que las prestaciones en especie benefician tanto al trabajador como a sus familiares derechohabientes.

En 1990 entraron en vigor nuevas reformas a la Ley del ISSSTE éstas se dividen en dos grandes rubros: las relativas a los instrumentos de regulación y control y, las que se refieren al otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios; asimismo se propuso una redistribución de las cuotas y aportaciones que recibe el instituto y que equivalen al 25.75% del salario del trabajador. De acuerdo a la Ley, esta base porcentual se integra con las aportaciones a cargo del Estado correspondientes al 17.75% y el 8% corresponde a las cuotas de los trabajadores.

Actualmente la Ley establece que del 25.75%, de las cuotas, el 8% se destine a la atención de la salud; el 0.75% a riesgos del trabajo; el 6% al financiamiento de la vivienda y el 11% restante a los demás seguros, prestaciones y servicios. La distribución tuvo como

3 ISSSTE "Ley del ISSSTE", México, 1990 págs. 29 y 30.

propósito aumentar el porcentaje destinado a la atención de la salud a un 9%, el 0.75% se destinó a accidentes y enfermedades de trabajo se dividió, el 0.25% se asignó para el pago de las pensiones derivadas de los mismos y un 0.50% para la atención médica respectiva. Es necesario precisar que las asignaciones para la protección al salario (sistema de tiendas) es de 1%; créditos personales 1%; y el 8% restante para los demás seguros, prestaciones y servicios del instituto, incluyendo la cobertura de las reservas actuariales para jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales de acuerdo con el artículo 182 de la Ley, cuya constitución debe de ser prioritaria de acuerdo con dicho precepto para garantizar las prestaciones diferidas sujetas al régimen financiero de primas escalonadas.

El total de seguros, prestaciones y servicios que otorga el ISSSTE con carácter obligatorio suman 20 y se deben proporcionar a sus trabajadores y familiares derechohabientes, éstos son: medicina preventiva, seguro de enfermedades y maternidad, servicios de rehabilitación física y mental, seguro de riesgos del trabajo, seguro de jubilación, seguro de retiro por edad y tiempo de servicios, seguro de invalidez, seguro por causa de muerte, seguro por cesantía en edad avanzada, indemnización global, servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas, arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto, préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisiciones propiedad de terrenos y/o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas, así como el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos; préstamos a corto plazo; préstamos a mediano plazo; servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes tales como servicios turísticos, promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación, y servicios funerarios.

Además de las instituciones mencionadas existen otras instituciones de seguridad social como son: las del Ejército Mexicano, que proporciona servicios de asistencia médica y fue creado durante el periodo

de 1970-1976, representando una parte importante de la protección a la población de las fuerzas armadas; la de Petróleos Mexicanos y la de los trabajadores ferrocarrileros que son de menor dimensión.

1.2 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Estado ha creado todo un Sistema Nacional de Salud basado en la planeación, con el objetivo de armonizar los programas del gobierno federal con los estatales, con la participación de los sectores social y privado y como una garantía constitucional, sobre el derecho a la protección de la salud. Entre los grandes propósitos del Sistema Nacional de Salud están los de ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, y elevar la calidad de los servicios que se prestan.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con toda una trayectoria; en donde las diferentes instituciones de seguridad social que existen en México han conformado la atención de los servicios médicos, junto con la Secretaría de Salud que atiende al resto de la población. La estructura actual del Sector Salud se encuentra estrechamente relacionada con las formas de producción. Los trabajadores asalariados de la economía formal cuentan con acceso a las instituciones de seguridad social, en tanto que el resto de la población recibe atención en instituciones públicas como la SSA y el programa IMSS solidaridad.

Peter Ward⁴ señala que en el del Sistema Nacional de Salud existen tres grandes sectores: en primer lugar, se encuentran las instituciones de seguridad social, tales como son el IMSS y el ISSSTE

4 Ward Peter, "Políticas de Bienestar Social en México 1970-1989". México, 1989 pgs.185 y 186.

además de existir otras con programas de atención médica y de seguro social, que a menudo cuentan con sus propios hospitales y clínicas pertenecientes al sector gubernamental.

El segundo nivel de atención a la salud, lo integra la Secretaría de Salud, que proporciona servicios y atención a la salud, a la población que no es atendida por ninguna organización de seguridad social.

El tercer sector, lo compone la medicina privada; ésta incluye un sistema privado de atención a la salud, así como instituciones de caridad privadas como son la Cruz Roja y la Cruz Verde. Aunque éstas últimas son extremadamente limitadas en su número y gama de servicios que ofrecen.

La coordinación del Sistema Nacional de Salud recae por ley en la Secretaría de Salud, la cual debe realizar las siguientes funciones: establecer y conducir la política nacional en materia de salud; coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud; coordinar el proceso de programación de las actividades del Sector Salud; impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud; apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas para formar y capacitar recursos humanos para la salud y finalmente, promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

No obstante todas estas medidas normativas que ha establecido el gobierno federal para cubrir las necesidades de salud de la población, no se ha podido ampliar la cobertura como se reconoce en el Programa de Reforma del Sector Salud donde se señala que han quedado al margen de la seguridad social los trabajadores de industrias familiares e independientes, así como los profesionales, artesanos y comerciantes; los ejidatarios, comuneros y pequeños

propietarios; y los patrones como personas físicas con trabajadores a su servicio. Estos trabajadores en teoría pueden acceder legalmente a las prestaciones médicas del IMSS por medio del seguro voluntario o facultativo, pero los elevados costos, los prerrequisitos de acceso y la falta de promoción han mantenido esta opción en un papel casi insignificante.

En México, el Ejecutivo Federal está facultado para determinar los agrupamientos por sectores y la designación de organismos coordinadores de sector que, preservando la autonomía paraestatal, participan en la programación, la presupuestación y evaluación de los resultados

La sectorización se reforzó por la Ley Federal de Entidades Paraestatales (Diario Oficial, 14 de mayo de 1996), que fortalece su autonomía, define las responsabilidades de sus titulares y apoya el papel rector del coordinador sectorial. La Ley tiene por objeto regular la organización, el funcionamiento y control de las entidades paraestatales; así, en el campo de la salud señala que aún cuando el IMSS; ISSSTE, el ISSFAM y otros organismos de estructura análoga seguirán rigiéndose por leyes específicas, deberán apegarse a la Ley Federal en lo que se refiere a funcionamiento, operación y desarrollo.

Para conseguir el objetivo de crear el sector salud, el Ejecutivo Federal propuso modificaciones a las leyes del IMSS y del ISSSTE, para incluir a la Secretaría de Salud dentro de sus órganos de gobierno. Actualmente el secretario de Salud es consejero por parte del Estado ante el Consejo Técnico del IMSS y es presidente de la Junta Directiva del ISSSTE lo que representa que la Secretaría de Salud es la rectora de todos los programas de salud del país.

La configuración del Sector Salud está organizada, en la actualidad, de la siguiente forma:

I) "Los Servicios Coordinados de Salud Pública en las entidades federativas, órganos desconcentrados, por territorio de la SSA.

II) Las funciones, programas y servicios de salud que realizan el IMSS, el ISSSTE y, en general, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; esto en el ámbito programático.

III) El subsector de los Institutos Nacionales de Salud, compuesto por los institutos de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, Salud Pública, Psiquiatría, y el Hospital Infantil de México.

IV) El subsector de Asistencia Social a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia, compuesto por el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.⁵

También debemos de reconocer que aún existen grupos de trabajadores pertenecientes a la economía informal que no hacen uso de los servicios de salud proporcionados por el Estado y, que sí acuden a la medicina privada.

El Sistema Nacional de Salud presenta problemas en cuanto a la cobertura legal de la seguridad social, la identidad tan heterogénea de la población abierta, la insuficiente coordinación institucional para cubrir a la población de escasos recursos y la cada vez más extensa oferta de servicios privados, que han llevado a marcadas duplicidades en la demanda de los servicios para la atención de la salud.

Ante esta situación, la medicina privada ha crecido como respuesta a la búsqueda de mejores servicios médicos; el programa de Reforma del Sector Salud de 1994, informa que la oferta privada de bienes y servicios de salud es responsable de la mitad del gasto total, a la vez que dispone de aproximadamente el 30% de las camas

5 Soberón Guillermo, Kumate Jesús, Laguna José Laguna, compiladores "La salud en México Testimonios 1988", México 1988 pag 73.

censables, emplea 34% de los médicos y brinda alrededor de 32%⁶ de las consultas médicas. No obstante, la cobertura de seguros médicos privados es muy limitada y más aún lo es la adopción de esquemas de aseguramiento administrativo.

1.3. LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE

Cada sociedad ha tenido una forma de organizarse para crear instituciones de atención a la salud, cuyo fin es proporcionar servicios médicos, que atiendan en mayor o menor medida las necesidades de salud de una población determinada. Algunos autores como Daniel López Acuña señalan, que los servicios pueden dividirse bajo varios criterios, distingue dos grandes grupos y los clasifica de la siguiente forma: "Los servicios de salud personales, que suponen la atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitación, y los servicios no personales, consistentes en acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida".⁷

Estas son las acciones llevadas a cabo durante los últimos años por el Instituto en atención a la salud, mismas que se han enfocado al mejoramiento de los servicios médicos, buscando elevar su calidad, oportunidad y calidez, así como ampliar su cobertura. La atención médica en el ISSSTE se ha reproducido tal y como lo menciona López Acuña porque los servicios médicos que proporciona la institución están destinados principalmente a mantener, proteger o restaurar la salud; y su operación está relacionada con acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de daños a la salud.

6 Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, 1996 pág. 7

7 López Acuña Daniel, "La salud desigual en México", Mexico, 1986 sexta edición, pag. 95

La atención a la salud se proporciona a los derechohabientes del Instituto en unidades médicas clasificadas en niveles: el primer nivel de atención lo integran las unidades y clínicas de medicina familiar, su enfoque principal es la prevención de enfermedades y la conservación de salud a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos, en atención ambulatoria.

En el segundo nivel se encuentran las clínicas hospitalares y hospitales generales donde se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud y superar los daños, mediante actividades de atención médica englobada dentro de las cuatro especialidades básicas, además de llevar a cabo labores de enseñanza e investigación, donde se requiere de recursos de mediana complejidad en atención ambulatoria y de hospitalización.

Por último, en el tercer nivel de atención se realizan acciones de restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes, donde se conjugan diversas especialidades que requieren de una combinación de recursos de alta complejidad; también se realizan actividades de enseñanza e investigación. En este nivel encontramos a los hospitales regionales que cuentan con alto grado de desarrollo tecnológico.

Las políticas institucionales, desde un principio, se orientaron más a la atención curativa que a la preventiva. Esta última se había limitado fundamentalmente a campañas de vacunación, sin embargo el esquema curativo siempre ha representado altos costos económicos, ya que requiere de instalaciones de diverso nivel de complejidad y de recursos de toda índole. El ISSSTE ha tratado de cambiar sus políticas, haciéndolas más acordes a las campañas de prevención para poder abatir algunos insumos que han sido su gran problema en la atención oportuna y adecuada de los servicios médicos.

El ISSSTE ha llevado a cabo acciones tendientes a mejorar el aprovechamiento de su capacidad instalada, así como una distribución

más equilibrada, creó un plan maestro para la regionalización de los servicios, lo que le significó modificar la distribución y organización de las unidades por zonas, de acuerdo con áreas de influencia, tiempos de traslado y acceso a instalaciones de apoyo.

Proporciona mayores apoyos a la medicina preventiva, orientada a acciones de vacunación para el control de las enfermedades prevenibles, con estos medios ha logrado una importante participación dentro del sector salud. Con los programas de prevención, el ISSSTE obtuvo una cobertura de inmunización básica del 58% de los niños derechohabientes menores de un año. Otras de las actividades donde participa el Instituto es la prevención de riesgos por medio de consultas médicas para el control de enfermedades transmisibles, además de realizar estudios epidemiológicos sobre pacientes notificados.

La participación en campañas de distribución de sobres de sales hidratantes, ha redundado en beneficio de la población infantil, al verse disminuidos los ingresos hospitalarios por deshidratación. El ISSSTE reportó otro tipo de padecimientos que han tenido una gran incidencia en la última década por lo que ha tratado de fortalecer los programas de detección de riesgos asociados a la hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, triglicéridos, tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.

Otras de las acciones que ha reforzado el Instituto es la capacitación sobre el tratamiento de enfermedades, dirigidas a médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los hospitales regionales en el área metropolitana de la ciudad de México.

Y con apego a los lineamientos y políticas sobre el crecimiento demográfico, el ISSSTE fortaleció los programas de orientación sexual y planificación familiar, en coordinación con otras entidades del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Población.

Podemos resumir que la problemática del Instituto se refleja en la capacidad de resolución donde se han presentado desequilibrios

entre regiones y niveles de atención, agudizados por la concentración de unidades medicas y la excesiva demanda de servicios, así como la saturación que existe en el turno matutino. Las diferencias de capacidad, aunadas al abasto insuficiente e inoportuno de insumos básicos y a la reducida operatividad del mecanismo de referencia y contrarreferencia, se han traducido en una baja calidad del servicio que se manifiesta entre otros aspectos, en un trato poco cortés y deshumanizado a los usuarios, así como en largas esperas para obtener la atención, principalmente, especializada y en menor medida, para acceder a estudios de laboratorio y gabinete.

Dentro de las acciones prioritarias del Instituto podemos destacar la prevención de padecimientos bucodentales, ésta ha tenido gran impacto durante los últimos años, ya que por largos periodos, la población derechohabiente careció de esta prestación. En el rubro de prevención de accidentes, el Instituto desarrolla programas de orientación y educación a la población amparada para evitar los accidentes.

En el informe anual de actividades de 1990 del Director General del ISSSTE, se anunció que en respuesta a las demandas de los derechohabientes por la calidad y oportunidad de los servicios, principalmente de carácter curativo, se reorientaron los sistemas y programas a fin de obtener un uso más racional de los recursos existentes, propiciándose además la ampliación de estos últimos.

En el mismo informe, se señala que se registraron avances de importancia en materia de abasto de medicamentos y material de curación, conservación y mantenimiento de instalaciones y equipos; actualización de la normatividad; formación y capacitación del personal; fortalecimiento de los esquemas de supervisión y control, y simplificación del sistema de información.

El Instituto también ha fomentado hacia al exterior, la orientación y capacitación de la población amparada, a fin de estimular su participación en acciones para prevenir daños y riesgos, reforzar el autocuidado de la salud individual y de la comunidad, e inducir un uso adecuado y aprovechamiento de los servicios.

II LAS POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN EL ISSSTE.

Las políticas de operación de las instituciones paraestatales tales como el ISSSTE, se rigen por un programa global de mayor alcance que se derivan desde la integración de un Sistema Nacional de Salud, hasta el mismo concepto de la Seguridad Social, este esquema de políticas generales otorga facultades y funciones más específicas como es la organización del ISSSTE para operar satisfactoriamente los servicios y prestaciones a los que por Ley tienen derecho los derechohabientes.

El Instituto tiene bien definidas sus estructuras cuya base es el otorgamiento de los servicios y prestaciones a través de sus áreas sustantivas, éstas se complementan con las de apoyo y regulación que norman las actividades y facultades que tiene el ISSSTE; además, se integran a las políticas y acuerdos nacionales que se han presentado en las últimas décadas, sin olvidar que su efectividad y funcionamiento está estrechamente ligado a las condiciones económicas que tiene el país en un momento determinado.

El funcionamiento del Instituto, así como los logros y objetivos que pueda alcanzar, están siempre relacionados a los planes sexenales del Estado que se desarrollan bajo las directrices del Ejecutivo Federal que los transfiere a los programas nacionales y sectoriales; bajo ese esquema el Instituto ha planeado sus metas globales y objetivos particulares.

En su Programa Institucional 1989-1994 el ISSSTE se propone "Fortalecer la salud y seguridad social de los servidores públicos y sus familiares, a través del otorgamiento eficiente, oportuno y equitativo de los servicios, seguros y prestaciones de mayor incidencia

en el bienestar de los derechohabientes, respondiendo de esta forma a los legítimos reclamos y la satisfacción de derechos que corresponden a los trabajadores al servicio del Estado en materia de seguridad social".⁸

El ISSSTE bajo esta perspectiva ha definido sus políticas institucionales en materia de salud al tratar de garantizar el acceso generalizado de la población derechohabiente a servicios de salud, debidamente estructurados por niveles, con énfasis en la atención primaria, que sean oportunos y de alta calidad técnica y humanitaria, para tales efectos los propósitos del Instituto en materia de administración y operación pretende "Modernizar la administración y operación del Instituto con el apoyo de tecnología informática, sistemas de supervisión y control, y adecuaciones a la estructura organizacional y a la normatividad en materia de procedimientos".⁹

Aun cuando las políticas de operación de los servicios médicos están enfocadas para hacerlos más eficientes no debemos olvidar que la dimensión de los mismos presentan características de desigualdad regional, como consecuencia, la cobertura no es la óptima, ello no se debe a causas propias de la administración del ISSSTE, sino más bien a la incorporación de organismos de los diferentes sectores públicos que se han sumado a las demandas de servicios médicos, conllevando a un exceso de demandas por servicios que no pueden resolverse de inmediato, se podría decir que las políticas institucionales han sido rebasadas por las circunstancias de los modelos nacionales en su afán de tener una mayor cobertura de la población.

Otro elemento que no está dentro de la planeación institucional es el de la reducción del presupuesto a las instituciones de seguridad social y no hay que olvidar que parte del financiamiento para el sector

8 ISSSTE "Programa Institucional 1989-1994 ", México, 1989, pag 40 .

9 idem pag. 51

salud proviene de los ingresos del Gobierno Federal que se destina para el gasto social.

2.1 ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL INSTITUTO

Con la promulgación de la Ley del ISSSTE en 1960 se establecen, con carácter obligatorio 14 prestaciones que serían la base de las actuales prestaciones y servicios, las cuales eran: seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad; seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; servicios de reeducación y readaptación de inválidos; servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de su familia, promociones que mejoren la preparación técnica y cultural, y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia; créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos para la construcción de las mismas, destinadas a la habitación familiar de los trabajadores; arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto; préstamos hipotecarios; préstamos a corto plazo; jubilación; seguro de vejez; seguro de invalidez; seguro por causa de muerte e indemnización global.

En 1983 el ISSSTE realizó una revisión de los seguros y prestaciones que por ley debe de otorgar a sus derechohabientes, y se formaliza el otorgamiento de 6 nuevas prestaciones, para alcanzar un total de 20. Las adiciones a la Ley se refirieron a las siguientes: medicina preventiva; seguro de retiro por edad y tiempo de servicio; servicio y atención para el bienestar y desarrollo infantil; préstamos a mediano plazo; servicios turísticos y servicios funerarios. Esta gama de servicios y prestaciones dió pauta para que el Instituto realizara una serie de reorganizaciones en sus estructuras dividiéndolas en dos grandes grupos: las áreas de otorgación de servicios y las de regulación y apoyo.

El ISSSTE, como otras instituciones del sector público, ha sufrido una serie de transformaciones a través de su proceso histórico. En 1959 la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado a través de la promulgación de su propia Ley, donde se le da carácter y personalidad propia para realizar funciones que reflejaran una concepción más amplia de la seguridad social para los servidores públicos, se iniciaron formalmente las actividades de la Institución.

Este proceso marcó, sin duda, la formación de una de las instituciones más importantes de la seguridad social en México y un cambio en la cobertura de los servicios y prestaciones que tradicionalmente se venían otorgando a los trabajadores del Estado y sus familiares, así crean un precedente en la evolución de las instituciones de seguridad social y en las instituciones al servicio del estado, que se han creado para proporcionar seguridad social.

La estructura Administrativa del ISSSTE se modificó en múltiples ocasiones para poder ser congruente con la ampliación de los servicios y prestaciones que otorga a derechohabientes. En la década de los ochenta el Instituto registró una serie de cambios importantes tanto a nivel central como en las delegaciones, los cuales han tenido la finalidad de reducir la excesiva centralización e impulsar la desconcentración de las operaciones. El proceso administrativo lo ha llevado a seguir políticas sexenales donde en ocasiones se siguen directrices nacionales que no corresponden a los objetivos y necesidades propios del Instituto.

En 1988 el Instituto realizó un diagnóstico de las estructuras administrativas con que contaba ese año, se conformaba por una Dirección General; ocho Subdirecciones Generales, incluyendo la Vocalía Ejecutiva del Fondo de la Vivienda; dos Coordinaciones Generales; una Contraloría General; 74 Subdirecciones de Área, comprendiendo en ellas a los titulares de las delegaciones; 328

Jefaturas de Servicios, 1 mil 010 jefaturas de Departamento y 175 Unidades Técnicas.¹⁰ Lo anterior sin considerar los esquemas administrativos que correspondían a las unidades médicas, estancias infantiles, tiendas y centros culturales, agencias de turismo y velatorios.

El crecimiento de la población derechohabiente, con el consecuente incremento de la demanda de los servicios que otorga el ISSSTE, ha rebasado en múltiples ocasiones la capacidad de respuesta para poder cumplir satisfactoriamente con la prestación de servicios; ésto, aunado a una excesiva centralización en las decisiones en el nivel central que no permite una adecuada toma de decisiones oportuna y expedita, determinó el proceso de desconcentración que llevó a cabo el Instituto a partir de mediados de la década de los ochenta permitiendo realizar cambios significativos en las estructuras haciéndolas más eficientes de acuerdo a las necesidades de la propia Institución.

En la actualidad el ISSSTE, como se ha mencionado, está organizado internamente en: áreas sustantivas, de regulación y apoyo; además existe toda una estructura externa de coordinación que la encabeza la Junta Directiva, ésta se conforma de 10 miembros, de los cuales 4 son titulares de las siguientes Secretarías de Estado: Hacienda y Crédito Público, Salud, Sedesol, Trabajo y Previsión Social. Además forman parte de la Junta Directiva, el propio Director General del Instituto y 5 representantes designados por la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE).

Dentro de las funciones que tiene a su cargo la Junta Directiva se encuentran: planear las operaciones y servicios del Instituto; examinar para su aprobación y modificación el Programa Institucional y los programas operativos anuales con base en lo establecido en la

10 ISSSTE " Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado ", México, 1988 pag 30

Ley de Planeación; así como los estados financieros del Instituto; decidir las inversiones del Instituto y determinar las reservas actuariales y financieras que deben constituirse para asegurar el otorgamiento de las prestaciones y servicios y, la operación del Fondo de la Vivienda; conocer y aprobar, en su caso, durante el primer bimestre del año el informe pormenorizado del estado que guarde la administración del Instituto.

Además de este órgano, se cuenta con la Comisión de Vigilancia integrada por 6 miembros: un representante de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación; uno de la Secretaría de Hacienda; tres representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado; y uno del propio Instituto designado por el Director General, que actúa como Secretario Técnico. Las atribuciones de la Comisión de Vigilancia son: vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentos aplicables al Instituto y, cuidar que las inversiones y recursos se destinen a los fines previstos en los presupuestos y programas aprobados.

Con base en la información proporcionada por los subdirectores generales y el análisis que desarrolla la propia Comisión de Vigilancia, ésta proporciona a la Junta Directiva o al Director General, según el caso, recomendaciones de política y medidas para elevar la eficiencia operativa, así como la calidad y oportunidad de los servicios y prestaciones que otorga el ISSSTE.

También se cuenta con la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda, que tiene como función principal examinar los presupuestos de ingresos y egresos, los planes de labores y estados financieros para aprobarlos y presentarlos ante la Junta Directiva, así como el informe de labores presentando por el Vocal de la Comisión.

La estructura completa del ISSSTE, la conforman las áreas sustantivas que son: la Subdirección General Médica, Subdirección de Protección al Salario, Subdirección de Servicios Sociales y

Culturales y el FOVISSSTE. Las áreas de Regulación y Apoyo están constituidas por: la Contraloría General, Subdirección General Jurídica, Subdirección General de Administración, Subdirección General de Obras y Mantenimiento, Subdirección General de Finanzas, Subdirección General de Abastecimiento, y las Coordinaciones Generales de Delegaciones y Comunicación Social.

2.2 LA CAPACIDAD INSTALADA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, Y SUS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

La atención a la salud en el Instituto ha estado orientada conforme a los seguros y prestaciones que en materia de atención de salud se establece en la propia Ley del ISSSTE. El Instituto ha desarrollado una infraestructura con diferentes niveles de atención que resulta aún insuficiente dadas las condiciones de distribución tan heterogénea de los usuarios en el territorio nacional; además de estar sujeta a la disponibilidad presupuestal.

Actualmente, la infraestructura de salud de que dispone el Instituto para satisfacer la demanda de los derechohabientes está integrada por mil doscientos cinco establecimientos; de los cuales 681 son subrogados, el total de unidades y clínicas de medicina familiar asciende a mil cuarenta y ocho , incluyendo 116 consultorios auxiliares. Estas instalaciones conforman el primer nivel de atención y son la base de operación para los programas de atención primaria de la salud.

Para el otorgamiento de los servicios hospitalarios, se cuenta con 54 clínicas hospital, 85 hospitales generales, 72 de ellos subrogados y 11 instalaciones hospitalarias de tercer nivel. La red se complementa con siete centros de especialidades.¹¹

11 ISSSTE " Las Delegaciones en cifras ", México, 1991 pag.12

La capacidad resolutive se sustenta en la disponibilidad de 2 mil 992 consultorios, 6 mil 117 camas censables, 197 quirófanos, 94 laboratorios y 271 gabinetes radiológicos, entre otros recursos. La operación de esta infraestructura está a cargo de 15 mil 598 médicos, incluidos residentes, internos y pasantes, así como los que realizan otras labores, 15 mil 579 enfermeras y 4 mil 877 paramédicos.¹²

En el programa institucional 1989-1994 se reconoce que el Instituto optó por tomar medidas complementarias, tales como la subrogación de servicios, particularmente de consulta externa general, sobre todo en localidades con menos de 1 mil 500 derechohabientes, y de diagnóstico y tratamiento, consulta especializada y hospitalización.

Dentro del mismo programa se señala también que en los últimos años el ISSSTE ha procurado reducir la subrogación mediante la construcción de unidades propias. Sin embargo, en la actualidad ésta es aún excesiva: el área de medicamentos equivale al 58% del total, en las consultas de especialidad al 28% y, en los servicios hospitalarios al 19%. Lo cual repercute en la insuficiencia de controles y la no observancia de las normas establecidas que han dado lugar, en ocasiones, a servicios subrogados de baja calidad.

El ISSSTE orientó el modelo de prestación de los servicios médicos bajo un esquema de regionalización y está organizado en 11 regiones que abarcan las 35 delegaciones existentes, previéndose que cada una dispondría de unidades de los tres niveles de atención a fin de proporcionar a los derechohabientes una atención médica integral. Sin embargo, el Instituto reconoce que hasta el año de 1988¹³ este modelo de atención sólo se había establecido en el Distrito Federal y en cinco regiones del país, en virtud de que su consolidación requería de una asignación de recursos de inversión

12 ISSSTE " Reunión Nacional de Delegados ", México, 1991 pag. 43

13 ISSSTE " Modelo de Regionalización del ISSSTE ", México, 1988 pag 25

superior a la disponible, así como de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia.

En relación a lo mencionado, el mismo Instituto reconoció una limitada aplicación y observancia de las normas y procedimientos respectivos, principalmente en hospitales de segundo y tercer nivel, lo que repercutía en derivaciones innecesarias de pacientes, saturación de dichas instalaciones y diferimiento de la atención.

2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

La población derechohabiente afiliada al ISSSTE representa el núcleo del análisis de nuestra investigación, conocer sus características y su evolución nos ayudará a tener información para valorar el tipo de servicios a que tienen derecho sus afiliados; el propio Instituto ha realizado una clasificación de la población amparada en el programa institucional 1989-1994, en ésta se señala que la población derechohabiente está integrada por las siguientes categorías de servidores públicos: los trabajadores al servicio civil de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, que por ley o acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como los profesionistas; los empleados de dependencias y entidades de los estados y municipios conforme a los convenios que se suscriban con el Instituto, previa autorización de las legislaturas locales; los diputados y senadores que durante su mandato constitucional se afilien individual y voluntariamente al régimen institucional.

Otro tipo de población a la que el ISSSTE ha extendido sus beneficios es el personal de agrupaciones o entidades que se integran voluntariamente previo acuerdo de la H. Junta Directiva del Instituto;

los trabajadores públicos que habiendo dejado de laborar, pero que hayan cotizado un mínimo de 5 años, soliciten la continuación voluntaria dentro de los seguros de enfermedad, maternidad y medicina preventiva. En todos los casos se contempla la incorporación de familiares derechohabientes de acuerdo a las disposiciones de Ley. Es de suma importancia destacar quienes son los derechohabientes que tienen acceso a los servicios del ISSSTE, las características de la población derechohabiente están estrechamente relacionada con la cobertura de los servicios, que indudablemente es muy heterogénea, además de que nos dará información de quienes son los grupos que con mayor frecuencia acuden a los servicios médicos. Actualmente existen grupos que se afilian voluntariamente aún cuando han dejado de prestar sus servicios en las instituciones públicas donde laboraban y en un futuro próximo podrán representar una cantidad significativa.

El Instituto ha evolucionado paulatinamente donde se presentan, periodos tanto de crecimiento moderado como de incrementos significativos de la población amparada bajo, su esquema de seguridad social. En 1960 cuando el instituto inició sus operaciones la población derechohabiente era de 488 mil personas, de los cuales 130 mil eran trabajadores, 10 mil pensionados y 348 mil familiares. El total de derechohabientes, en ese año, representó el 1.3% de la población nacional.¹⁴

A principios de la década de los setenta el ISSSTE contaba con un millón 347 mil derechohabientes, ello representaba un 2.6% de la población total del país. Es en los años setenta cuando se amplía la cobertura de la seguridad social a otros servidores públicos, afiliándose a la institución los empleados estatales y municipales, así como trabajadores de instituciones de educación superior como: la UNAM, UAM, Colegio de México, Universidad de Chapingo, entre otros. De esta forma para 1980 el Instituto amparaba a 4 millones 985 mil personas¹⁵

14 ISSSTE " Agenda Estadística ", México, 1990 pag. 11

15 ISSSTE " Programa Institucional 1983-1988 " México, 1983 pag. 39

Al llegar a los noventa, la población derechohabiente había alcanzado la cifra de 8 millones 73 mil personas, la población amparada se había duplicado durante los anteriores periodos; como consecuencia para 1990, el ISSSTE otorgaba seguridad social al 9.95% del total de la población. Estas cifras reflejan la importancia de la institución en la seguridad social; además del incremento en la demanda de los servicios y en la calidad de éstos de y, en particular de los servicios médicos debido a la excesiva demanda.

La composición de la población derechohabiente también lleva a considerar otras características de los grupos que requieren los servicios, el propio crecimiento, a veces desproporcionado, que tuvo la población implicó que la institución tuviera que ampliar sus recursos financieros y humanos; ello, como es natural, originó un crecimiento acelerado y ocasionó alteraciones en el otorgamiento de los servicios y prestaciones que por Ley el ISSSTE está obligado a proporcionar y el propio crecimiento de su población ocasiona que los servicios tengan una excesiva saturación que se refleja negativamente en la calidad de la atención que ofrece.

La integración de la población derechohabiente registró modificaciones en su composición, los cambios se debieron a la dinámica modernizadora del país y de sus diferentes órganos gubernamentales; las diferentes etapas donde se incorporaron dependencias y organismos al Instituto, desde su creación, modificaron sustancialmente la distribución de la población. La tendencia presentada en los últimos años es que las dependencias federales disminuyeron su personal, y diferentes organismos y niveles de gobierno estatal y municipal solicitaron su incorporación a la institución, lo que sostuvo el crecimiento de la población derechohabiente.

La distribución de la población también ha sido factor determinante para poder acceder a los servicios. En 1960, cuando inició formalmente las actividades el ISSSTE, el 64 % de los derechohabientes residían en el Distrito Federal y el 36 % restante en las entidades federativas. Esta concentración de población permitió durante un tiempo

que los derechohabientes tuvieran un acceso más fácil a los servicios debido, principalmente, a la cercanía de las instalaciones del Instituto, conforme se fue ampliando la cobertura con las incorporaciones de los diferentes sectores, la tendencia se fue revirtiendo. Actualmente la población derechohabiente de los estados supera a la de la ciudad. En 1990 la población de los Estados era de 5 472 481 (68%) y en el Distrito Federal residían 2 601 191 (32%) entre los dos sumaban un total de 8 073 672 derechohabientes, la distribución de la población se había transformado.¹⁶

Otra característica de la población derechohabiente que debemos de considerar para nuestro análisis es la distribución, considerando que actualmente existen derechohabientes que carecen de los servicios que proporciona la institución, por encontrarse alejados de los principales centros urbanos y en ocasiones, con difíciles accesos de comunicación. Esta situación refleja que algunos derechohabientes no tengan la oportunidad de hacer uso de los servicios que proporciona el ISSSTE, marginándolos en ocasiones de los servicios, principalmente de los servicios médicos.

Otro de los grandes problemas que tiene la institución, respecto de su población, es que no existen aún fuentes confiables en las cifras de la población derechohabiente; ello se debe a que varias dependencias, internas, proporcionan cifras diferentes del número de derechohabientes, sin que exista coincidencia entre las cifras; en la actualidad se están tratando de unificar estos datos a través de un sistema denominado Afiliación, Vigencia y Cobranza. A pesar de los esfuerzos que hace la institución todavía existen las fuentes tradicionales que proporcionan la información como son: La Oficina de Vigencia y Registro que pertenece a la Subdirección General Jurídica; los archivos de las Unidades de Medicina Familiar y centros hospitalarios; La Subdirección de Estadística e Informática, que pertenece a la Subdirección General de Finanzas; y en los últimos años se creó el sistema de Afiliación, Vigencia y Cobranza que depende de la Subdirección General de Prestaciones Económicas.

¹⁶ ISSSTE " Programa institucional 1989-1994", México, 1989 pag 21

La diferencia de cifras que tienen cada una de las fuentes dificulta tener un número confiable de derechohabientes, la Oficina de Afiliación, Vigencia y Registro se dedica, únicamente, a validar a los derechohabientes, sin que exista una depuración periódica de sus afiliados; situación similar existe en las Unidades Médicas que acumula nuevos archivos de los usuarios, pero no cuentan con el total de la población derechohabiente, además de considerar que hay trabajadores que nunca han ratificado y validado su afiliación al Instituto y tampoco hacen uso de los servicios médicos.

Para solucionar esta problemática existente, el Director General de la institución, en 1989 anunció que entraría en operación el nuevo y único Sistema de Afiliación, Vigencia y Cobranza, el cual unificaría bajo un sólo criterio de captación de la población derechohabiente, eliminando a las otras fuentes, que emitían su propia información. El sistema hasta el momento ha logrado un mejor control de la integración de la población.

Los resultados sin embargo durante los siguientes años, arrojaron cifras inferiores a las obtenidas con las fuentes anteriores. El nuevo sistema dividió a la población derechohabiente en dos grandes rubros: la población derechohabiente potencial y la población registrada usuaria. Para obtener la población potencial el instituto ha utilizado el número de asegurados y pensionados y los multiplica por el factor 4.2 que es el promedio de beneficiados que cada asegurado tiene; en cambio la población registrada usuaria, es la que utiliza los servicios y prestaciones y que es constatado por el número de derechohabientes que acuden a las unidades médicas de primer nivel de atención.

III LA DELEGACIÓN ZONA SUR DEL ISSSTE EN EL DISTRITO FEDERAL

El ISSSTE se ha organizado de tal forma que el proceso de la desconcentración ha marcado un eje fundamental para acercar los servicios y prestaciones que otorga. El órgano operativo de la institución son las delegaciones en las que se ha dividido el Instituto. El ISSSTE sin embargo ha tenido un largo periodo de ajustes en donde las funciones de cada Subdirección General de sus áreas sustantivas practicaba un modelo conforme a criterios unilaterales y en forma independiente, en el caso de la subdirección Médica, en 1972 estableció un esquema de regionalización que le permitió durante algún tiempo atender la demanda de los servicios médicos. La organización se estableció como una pirámide coordinada y jerarquizada de unidades médicas, que tenía como base el puesto periférico, y de ahí ascendía a clínica, clínica hospital y hospital regional, para el funcionamiento de esta estructura se nombraron siete jefes regionales, cuya jurisdicción comprendía varios estados.

Durante la década de los sesenta el instituto probó varios modelos de desconcentración administrativa creando regiones que en su mayoría tenían problemas de operatividad, debido principalmente: a una excesiva complejidad en los trámites y procedimientos; a insuficiencia de recursos; a carencias e indefiniciones de líneas de autoridad y canales de comunicación, y a una imprecisa delimitación de funciones.

Basado en las facultades que se le otorgan a la Junta Directiva del Instituto se acordó en el mes de julio de 1978, la creación de las Delegaciones del ISSSTE cuyo reglamento fue publicado en el Diario Oficial de la Federación¹⁷ el 19 de septiembre del mismo año. Con esta

17 ISSSTE "Evolución de las Delegaciones" México, 1988 pag 15

medida se estableció en la totalidad del territorio nacional una delegación estatal del ISSSTE en cada entidad federativa, con lo que se inició el proceso de desconcentración de funciones y se propició una mayor operatividad de los servicios.

El ISSSTE logró consolidar la desconcentración de los servicios a través de las Delegaciones Estatales, buscó con ello la unificación de criterios administrativos y trasladar a cada Estado un número importante de los servicios y prestaciones. En 1982 la Dirección General del Instituto realizó una reestructuración de su áreas centrales, la que consecuentemente se reflejó en la organización y funcionamiento de las Delegaciones Estatales.

En el caso del Distrito Federal, la operación del ISSSTE, se venía desarrollando por las propias áreas centrales, ello implicaba la ausencia de desconcentración y la doble función de las áreas centrales, como entidades responsables de normar y operar los servicios de la institución a casi la mitad de la población derechohabiente. A partir de 1983 el instituto impulsó acciones tendientes a fortalecer la operación de las delegaciones, fortaleciendo la operación interna de las Delegaciones, fundamentalmente a partir de un proceso de delegación de funciones, y la creación de una Coordinación General de Delegaciones como órgano auxiliar de la Dirección General para la coordinación, supervisión y control de la operación delegacional.

En agosto de 1985, en el Reglamento Interior del ISSSTE se reconoce por primera vez a las Delegaciones como órganos desconcentrados. En el caso del Distrito Federal la operación de sus actividades las desarrollaban las propias áreas centrales lo que hacía que los servicios resultaran más lentos en sus otorgamiento que en los Estados. En el mes de febrero de 1986, el Director General del ISSSTE dispuso la creación y establecimiento de cuatro Delegaciones Regionales en el Distrito Federal, con el propósito de contar con instancias de atención directa a las demandas de los derechohabientes y ejercer así un control más efectivo de los servicios y prestaciones otorgadas por la Institución.

La capacidad de resolución que tuvieron inicialmente, propició un otorgamiento mas expedito de los servicios, las Delegaciones Regionales asumieron responsabilidades que no existían anteriormente y las áreas centrales solamente quedaron como órganos normativos y de supervisión, con este hecho las Delegaciones se volvieron completamente operativas.

Durante la década de los ochenta las Delegaciones del ISSSTE se fortalecieron con la delegación de facultades convirtiéndose en los órganos operativos del Instituto; a pesar de ello el propio ISSSTE reconoció que la transferencia de facultades iniciada en los últimos años no se ha acompañado en todos los casos de la asignación de personal y recursos materiales y financieros necesarios, así como de manuales y normas de organización y operación que permitan asumir plenamente las responsabilidades conferidas. En el Programa Institucional se menciona que las estructuras orgánicas de las delegaciones no corresponden todavía a las funciones encomendadas ni a las características propias de cada ámbito regional y agrega que existe una falta de precisión de algunas atribuciones, aunado al deficiente desempeño de las responsabilidades transferidas que se manifiestan en duplicidades.

Como consecuencia, la situación delegacional se ha reproducido en una forma idéntica las áreas centrales, actualmente existe una estructura operativa conformada por el Delegado, el subdelegado médico, el subdelegado de protección al salario, el subdelegado de servicios sociales y culturales, el subdelegado de prestaciones económicas, el subdelegado de fondo de la vivienda, el subdelegado de finanzas, el subdelegado de administración, el subdelegado de obras y mantenimiento; el jefe de la unidad de asuntos jurídicos, el jefe de la unidad de auditoría interna, el jefe de la unidad de comunicación social y el jefe de la unidad de abastecimiento, bajo este esquema las delegaciones del instituto operan.

Cuando el ISSSTE decidió crear las delegaciones en el Distrito Federal lo hizo conforme a la distribución existente de las delegaciones

políticas del D.F. para hacer las delimitaciones y campo de operación de cada una de ellas de acuerdo a la infraestructura existente y al número de derechohabientes residentes en las delegaciones políticas del Distrito Federal. Actualmente la Delegación Sur del ISSSTE esta delimitada por las Delegaciones políticas de: Benito Juárez, Coyoacán, Tlalpan, Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta.

Hasta noviembre de 1992 la infraestructura medica con que contaba la Delegación Sur del Distrito Federal del ISSSTE se integraba con un Hospital Regional "20 de Noviembre", un Hospital General, una Clínica de Especialidades diez Clínicas de Medicina Familiar, y quince Unidades de Medicina Familiar de las cuales en su mayoría son propiedad del Instituto, contando con 436 consultorios de los cuales 201 son para consulta general, 206 de especialidades y 29 de ellos son para atención odontológica; además cuenta con 750 camas censables, 30 quirófanos, 33 gabinetes de rayos "X", 11 laboratorios, y 98 peines laboratorio donde se hacen análisis de muestras.¹⁸

La Delegación Sur no se limita a otorgar atención médica a la población residente en la zona que le corresponde, amplía su cobertura a los siguientes estados : guerrero, Morelos, Edo de México que no cuentan con los servicios del tercer nivel de atención.

3.1. DISTRIBUCIÓN Y ACCESO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

La Delegación Sur tiene una población derechohabiente muy heterogénea esto se debe principalmente, a la diversidad geográfica en que está delimitada y al número de dependencias que atiende el ISSSTE; esta zona se conforma por áreas urbanas y rurales; se podría

18 ISSSTE " Carpeta de Información Básica Delegacional 1992", México, 1992 pags. 28 a 31.

decir, que el acceso a los servicios médicos está al alcance de forma inmediata, si lo comparamos con los servicios médicos que tienen algunos estados de la República, así pues las distancias no son el problema. El acceso a los servicios tanto del trabajador como de sus beneficiarios, está sujeto a que los trabajadores estén cotizando al Instituto; y solamente si los trabajadores dejaran de laborar en las instituciones que están afiliadas al régimen del ISSSTE dejarían de percibir las prestaciones médicas.

El ISSSTE ha garantizado sus prestaciones y servicios a todos sus trabajadores y beneficiarios mientras coticen al Instituto, en el momento que exista una separación legal de los organismos donde laboran, automáticamente, dejan de recibir los beneficios de la seguridad social; sin embargo, el Instituto otorga una prórroga de dos meses conforme lo señala la Ley del ISSSTE en su artículo 32 "El trabajador dado de baja por cese, renuncia, terminación de la obra o del tiempo para los cuales haya sido designado, pero que haya prestado servicios ininterrumpidos inmediatamente antes de la separación durante un mínimo de seis meses, conservará en los dos meses siguientes a la misma el derecho de recibir las prestaciones establecidas. Del mismo derecho disfrutarán, en lo que proceda, sus familiares derechohabientes."¹⁹

Es importante destacar que los actuales sistemas de seguridad social que se tienen en el país presentan diferencias y desigualdades entre ellos y mucho depende de la disponibilidad de los recursos con los que llegan a contar y la forma de financiamiento que logran obtener. En relación al ISSSTE, éste no recibe recursos de forma adicional, su presupuesto no varía durante el año y la programación debe apearse lo más posible por lo que debemos de admitir que los servicios médicos se evalúan de acuerdo a una serie de causas tales como serían las grandes concentraciones de población en lugares donde se carece de la suficiente infraestructura, para atender las demandas conduciendo esto a las desigualdades regionales.

19 ISSSTE " Ley del ISSSTE " México, 1990 pag. 58

Otra causa es la administración de los centros de salud a veces con demasiado centralismo de los recursos materiales, aunado a la ausencia de mantenimiento preventivo y el retraso en el mantenimiento correctivo de las instalaciones y equipo médico, dando lugar a una serie de problemas que obstaculizan su operación y el otorgamiento de los servicios médicos.

La sobredemanda de los servicios médicos en algunas unidades de atención hacen que la calidad y oportunidad se dificulte difiriendo la atención de los problemas de salud de la población derechohabiente. En el caso de la Zona Sur del Distrito Federal del ISSSTE se cuenta con 873,271 derechohabientes lo que representa casi el 34 % del total de la población derechohabiente que se tiene en el Distrito Federal que es de 2'601,191 y, comparada con la totalidad de la población derechohabiente del ISSSTE se obtiene casi el 11 %, lo cual significa que el estudio de la Delegación Sur es una muestra muy importante de la totalidad de derechohabientes , aunque se debe de reconocer que las características regionales difieren en mucho de las particulares de cada entidad federativa.

En cuanto a la distribución de las unidades médicas que existen en la Delegación Sur del ISSSTE se establecieron de acuerdo al programa de regionalización de las 11 en que está dividido el Instituto para racionalizar los servicios en atención a las necesidades de los estados a los que se apoya, y que no cuentan con todos los niveles de atención., esto se hizo con el propósito de lograr un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada, así como una distribución geográfica más equilibrada, lo que ha significado modificar la distribución y organización de las unidades por zonas, de acuerdo a sus áreas de influencia, tiempos de traslado y acceso a instalaciones de apoyo.

La Zona Sur dividió sus unidades médicas conforme al modelo de regionalización y niveles de atención de la siguiente forma: En la Delegación Benito Juárez se cuenta con cuatro clínicas de medicina familiar; en la Delegación Coyoacán, con tres clínicas de medicina

Familiar; en la Delegación Milpa Alta con solo una clínica de medicina familiar al igual que las Delegaciones de Tlalpan y Xochimilco, además de las quince unidades de medicina familiar que son prácticamente consultorios auxiliares de las clínicas, todas ellas se encargan de dar la atención preventiva a la población derechohabiente de la Zona Sur.

3.2. EL DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS

El ISSSTE, como lo habíamos señalado, ha tenido etapas de crecimiento poblacional en la que la institución no puede responder a los organismos afiliados que demandan la prestación de servicios. Durante estos periodos no existe ningún tipo de planeación, las condiciones de cobertura corresponden en ocasiones a intereses de índole político en los que el ISSSTE tiene que acceder a proporcionar los servicios debido a los acuerdos que se contraen, sin que exista de por medio la organización ni la planeación de un crecimiento racionalizado.

La falta de planeación, una inadecuada distribución de los servicios a lo largo del país, y el centralismo en el manejo de los insumos y recursos, generan constantes desequilibrios en los servicios de salud que se brindan en la gran zona metropolitana y las entidades federativas.

Las instituciones públicas siempre han sufrido insuficiencia de recursos presupuestales y de infraestructura, aunado esto al crecimiento acelerado de la demanda de los servicios, que en tiempos de crisis se acentúa y la calidad de los servicios decae. Este deterioro en la calidad de los servicios provoca inconformidad de los asegurados debido al trato descortés y deshumanizado; a las largas esperas para obtener la consulta, el internamiento hospitalario o los

estudios de diagnóstico requeridos; así como la falta de medicamentos y materiales de curación entre otros.

La inoportunidad del abasto de insumos en las unidades médicas provoca el incremento de compras aisladas o por subrogación, que tienen costos más elevados que los adquiridos en grandes volúmenes. En el Diagnóstico del Programa Institucional se señala lo siguiente "En los últimos años se ha procurado reducir la subrogación mediante la construcción de unidades propias, sin embargo, en la actualidad ésta es aún excesiva: en el área de medicamentos equivale al 58 % del total, en las consultas de especialidad al 28%, y en los servicios hospitalarios al 19%. La insuficiencia de controles y la no observancia de las normas establecidas han dado lugar, en ocasiones, a servicios subrogados de baja calidad".²⁰

Los programas de inversión del área médica, previstos para lograr mayor cobertura de servicios, no se respaldan en indicadores adecuados de demanda ni con un plan maestro de construcciones orientado a superar desequilibrios regionales. Las obras emprendidas, en su mayoría no se logran concluir debido a la constante carencia de recursos financieros y a las reducciones presupuestales por políticas nacionales de orientación del gasto público.

El Instituto también ha reconocido que en lo concerniente a la conservación y mantenimiento preventivo y correctivo de los establecimientos médicos se carece de programas permanentes, además de que los mecanismos establecidos no son adecuados para tal efecto. Ello ha originado un deterioro considerable de las instalaciones y equipos disminuyendo la capacidad de resolución de dichas unidades; aunado lo anterior a las prolongadas descomposturas de los equipos, se sigue propiciando una mayor subrogación de los servicios.

En lo que se refiere a los recursos humanos este rubro es insuficiente y su distribución desproporcionada con respecto de las necesidades

²⁰ ISSSTE "Programa Institucional 1989-1994", págs 63 a 73.

reales de plantillas de las unidades médicas; el nivel salarial del personal del área de salud es bajo en comparación con otras instituciones de salud; existen irregularidades en el tiempo de trabajo contratado, ausencia de controles y supervisión del desempeño profesional, no obstante el Instituto durante los últimos años incrementó de cuatro a seis horas la jornada de los médicos del ISSSTE, dentro del proceso de homologación salarial, lo que permitió disponer de una mayor capacidad de respuesta a la demanda de los derechohabientes, aunque también reconoce que es insuficiente.

En lo relativo a la distribución de los recursos humanos, resulta incongruente que se registre por una parte insuficiencia, y por la otra exceso en algunos servicios y especialidades, así como en turnos, con una concentración en el matutino. "En general, la reducida observancia de las normas ha dado lugar a una mayor contratación de médicos especialistas, la modificación indiscriminada de las plantillas en los centros de trabajo, y una elevada rotación, acompañada de ausentismo".²¹

En materia de formación de recursos humanos de posgrado el Instituto reconoce la limitación de la formación del personal debido, entre otros factores, a la carencia de docentes calificados y de una adecuada organización administrativa que no se vincula con los programas que se deben seguir.

La distribución de recursos entre programas ha reflejado cambios significativos. En 1988, se destinó el 16.3% del presupuesto a medicina preventiva y capacitación de la población, frente al 3.7% asignado durante 1983, mientras que el gasto en atención curativa disminuyó su participación del 88.75 a 80.3% en el mismo lapso. Por lo que podemos afirmar que la tendencia institucional es revertir el gasto para dar un mayor impulso a la atención preventiva en estrecha colaboración con las otras instituciones que conforman el sector salud.

21 ISSSTE "Información Básica Delegacional 1992",pág. 15

En el campo de la información estadística la institución no cuenta con un adecuado sistema que apoye la planeación de los servicios, en virtud de que las estadísticas que se generan han sido parciales e inoportunas, además de que la diversidad de fuentes de captación y las múltiples instancias de difusión inciden negativamente en la confiabilidad de los datos.

En el informe que presenta la Delegación Sur se señala que: "El sistema de información del área médica ha mejorado en su oportunidad, sin embargo, la calidad de los datos es aún insuficiente por que el personal de estadística es improvisado y con categorías y remuneraciones inferiores a la función realizada"²² con estos señalamientos podemos decir que no es posible tener una adecuada planeación y toma de decisiones, si no se cuenta con los elementos necesarios y confiables para armar una estrategia institucional.

La capacidad de respuesta que se tenga en los servicios médicos del Instituto dependen sin duda de muchos factores. La calidad de las prestaciones, depende de la suma de recursos, de la infraestructura y el presupuesto. En capítulos anteriores se ha visto como está organizado el ISSSTE y cuales son sus facultades en el otorgamiento de los servicios y prestaciones, pero es necesario subrayar que las condiciones existentes podrían ser mejoradas si existieran otras condiciones que no dependieran exclusivamente de los recursos materiales y financieros, como puede ser la actitud de quienes prestan sus servicios en las unidades médicas, esto es fundamental para la observancia de una mejor atención.

22 Idem pag 34

3.3. LA OPINIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES SOBRE ALGUNOS ASPECTOS RELEVANTES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN LAS CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE

METODOLOGÍA

1.- Objetivos

Analizar algunos aspectos relevantes en la atención de los servicios médicos que otorga el ISSSTE, en tres Clínicas de Medicina Familiar de la Zona Sur del Distrito Federal, mediante la opinión de los derechohabientes que acuden a recibir la consulta medica.

Conocer quienes son las personas que acuden con mayor frecuencia a solicitar los servicios medicos en las Clínicas de Medicina Familiar tanto por sexo, edad, estado civil y escolaridad; así como conocer el número de veces que acuden de un año y el motivo por el que requieren la atención de los servicios médicos.

Dar a conocer cómo es el trato del personal administrativo y médico cuando los derechohabientes acuden a solicitar el servicio en las Clínicas de Medicina Familiar. Analizar algunos aspectos del trato de los médicos con respecto a la consulta que se otorga a los derechohabientes.

Identificar si los derechohabientes conocen todos los servicios que puede proporcionar sus Clínicas de Medicina Familiar y si es suficiente el personal médico y administrativo desde la perspectiva del usuario.

Ponderar el uso y aprovechamiento de los servicios a los que tienen acceso los derechohabientes en las Clínicas de Medicina Familiar y saber si están satisfechos con estas prestaciones de los servicios médicos.

2.- Justificación

En la actualidad existen varios elementos que se conjugan en la presentación de los servicios médicos, aspectos administrativos, de infraestructura, de actitud y de recursos en general que son fundamentales en las condiciones y oportunidad con que se otorgan los servicios. Los recursos con los que cuentan las instituciones de seguridad social en su conjunto, son esenciales para un óptimo funcionamiento de los servicios médicos.

Contar con los suficientes insumos garantiza el acceso de los derechohabientes a los servicios médicos, a los que por ley tienen derecho; sin embargo la forma con que se proporcionan determinan la calidad y nivel de los servicios. Por ello es importante conocer la situación actual y la opinión que de éstos servicios tienen los derechohabientes, a través de una investigación de campo en las Clínicas de Medicina Familiar.

Particularmente en el ISSSTE se tiene toda una serie de procedimientos institucionales para el otorgamiento de los servicios médicos de los cuales los derechohabientes tienen una opinión muy concreta. Por eso se llevo a cabo una investigación mediante una encuesta a los derechohabientes de como perciben los servicios médicos desde su perspectiva particular en relación del funcionamiento institucional.

3.- Área de estudio

Las Delegaciones del ISSSTE son los órganos operativos de los servicios y prestaciones que otorga el Instituto a sus derechohabientes, esto sin duda ha contribuido a acercar y hacer más eficientes los

procesos de otorgamiento de servicios y ha fortalecido las funciones y atribuciones de las Delegaciones, bajo esta premisa el beneficio hacia la población usuaria ha ido en aumento al contar con facultades para incidir en la toma de decisiones.

Para realizar el estudio, se eligió la Delegación Sur del Distrito Federal del ISSSTE porque reúne las condiciones necesarias de: cercanía, disponibilidad y accesibilidad. Además de que ésta Delegación atiende todo tipo de estratos sociales, aunado a las condiciones urbanas y rurales que tienen algunas delegaciones del Distrito Federal, tal como es el caso de la zona geográfica que comprende el área de estudio.

La población derechohabiente que se consideró para realizar el estudio fue una muestra de 214 personas y se considero a toda aquella que acudió a consulta tanto hombres como mujeres a las clínicas de medicina familiar "Xochimilco", "Del Valle" y "División del Norte" durante el horario matutino en los meses de octubre y noviembre de 1994.

4.- Técnica Utilizada

La experiencia laboral obtenida durante seis años de trabajar en el ISSSTE y el acceso a la información que recibía motivaron la inquietud de realizar un estudio sobre los aspectos más relevantes, donde los derechohabientes enfocan su inconformidad sobre los servicios médicos que otorga la institución, que casi siempre estaban relacionados con el trato del personal tanto administrativo, como médico, pero la información que se me proporcionaba estaba limitada a las quejas que por escrito otorgaban las subdelegaciones médicas, sin que existiera de por medio un investigación con una objetividad científica y social.

Para poder obtener la opinión de los derechohabientes sobre algunos aspectos relevantes de los servicios médicos que reciben se elaboró un cuestionario con 15 preguntas; en un primer grupo de

preguntas se exploraron las características generales de la población, las que se clasificaron en : edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipo de derechohabiente, número de veces que acude a la clínica durante el año; motivo por el cual acuden; conocimiento de los servicios médicos.

Otro grupo de preguntas se formularon conforme a una escala de valores, donde se recogió la opinión y apreciación respecto: al trato del personal administrativo, el tiempo de espera cuando acuden a la consulta, el tiempo que el médico les dedica en la consulta, también, se incluyó su opinión sobre el trato del médico en la consulta; se formularon preguntas relacionadas con la suficiencia del personal médico y administrativo, así como si es suficiente el instrumental y equipo médico y la última pregunta se relacionaba con la opinión que se tiene de los servicios médicos en general.

Para el levantamiento de la encuesta, se contó con el apoyo del personal de la Dirección de Encuestas Epidemiológicas de la Dirección General de Epidemiología perteneciente a la Secretaría de Salud, de los entrevistadores fueron en su mayoría enfermeras con amplia experiencia laboral en encuestas médicas.

El tiempo de aplicación de la encuesta fue de aproximadamente dos semanas y media, debido a que se utilizó al grupo con días alternados para poder cubrir la mayoría de las clínicas de medicina familiar, el horario en el que se aplicaron las entrevistas fue de las 7:00 a las 9.00 a.m., después de esa hora no se entrevistó a nadie más, porque el objetivo era obtener la información minutos antes de la consulta.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante un programa de cómputo, se obtuvo una base de datos que fue depurada en el área de informática de la Dirección de Encuestas Epidemiológicas, de ahí se partió para realizar el análisis de los datos obtenidos.

Con el conocimiento de los resultados de la encuesta podemos sugerir cambios en las políticas y estrategias institucionales para una mejor atención de los derechohabientes en las Clínicas de Medicina Familiar, nos ayudará a mejorar algunos aspectos de tipo humano y estructural, podremos señalar las deficiencias y tratar de cambiar los procedimientos que detienen los cambios hacia un mejor servicio. Las limitaciones de este estudio se pueden traducir en que la muestra no es suficiente para conocer más ampliamente la opinión de los derechohabientes sin embargo los resultados que se obtuvieron muestran una clara tendencia de las respuestas que se obtuvieron.

Tendríamos que recordar que las condiciones que prevalecen en el Distrito Federal no son iguales a las que existen en el resto del país, donde las diferencias regionales se dan incluso dentro de los mismos estados de la República Mexicana, este estudio solo mostraría la situación que se tiene en la Delegación Sur del Distrito Federal del ISSSTE.

5.-Análisis de los datos obtenidos

La información obtenida en la encuesta nos reveló que la población derechohabiente que acude mayoritariamente a los servicios médicos oscila entre los 20 y 40 años, representando el 58 % del total entrevistado, datos que proporcionó la institución indican que se tiene información de que los usuarios donde se agrupan la mayor parte de la población derechohabiente del ISSSTE se encuentra entre los que tienen 20 y 34 años de edad, (ver cuadro 1) representando el 47.5% del total de la población derechohabiente de la Institución.

La información obtenida demostró que las cifras de la encuesta con las proporcionadas por el Instituto tuvieron una variación proporcional muy pequeña entre los grupos que más acuden a los servicios médicos, pero también se observó que los derechohabientes mayores de 30 años tendrán un incremento significativo en los próximos años lo cual modificará la tendencia que presenta hasta el momento.

Respecto a la población por sexo la Institución destaca que se tiene una mayor proporción de hombres trabajadores quienes representan el 56.1 % del total de la población asegurada y las mujeres son el 43.9 %, a pesar de que en los últimos años se registró un aumento considerable de la fuerza de trabajo femenina ocupada en la administración pública federal; sin embargo, la encuesta demostró que quienes más usan los servicios médicos son las mujeres con un 72.4% y los hombres solamente reflejan 25.7 del total de los entrevistados (ver cuadro 2) por ello es de considerar que la población más propensa a las enfermedades es la población femenina si consideramos otra de las variables de la encuesta en el que la mayoría de quienes acuden a los servicios es por motivo de enfermedad.

Por lo que respecta a la escolaridad de los usuarios de las clínicas de medicina familiar la investigación demuestra a porcentaje muy importante de personas cuenta con nivel profesional (36%), nos indica que el nivel académico de los usuarios es muy alto en la muestra que se entrevistó (ver cuadro 3) la Institución no ha realizado estudios sobre este rubro sería interesante realizar un estudio que averiguara por que cada día se incrementa el nivel profesional de los derechohabientes que hacen uso de los servicios médicos.

Otro rubro de información recabada es la del estado civil de los usuarios de las clínicas que pertenecen a la Zona Sur del ISSSTE, se detectó que el 66.8 % del total de los entrevistados son casados. Sobre este aspecto la Institución tampoco tiene información de las condiciones del estado civil de sus derechohabientes o al menos no ha manifestado interés alguno, sobre los datos que se obtuvieron podemos destacar que el 4.7% viven en unión libre, el 7.9 % son viudos , el 4.7 % son divorciados y separados el grupo que se suma el 14 % restante corresponde al de los solteros. (ver cuadro 4)

El tipo de derechohabiente es uno de los datos más importantes, porque nos indica quienes son los usuarios de los servicios médicos, sobre todo cuando se trata de los trabajadores y que de alguna forma repercuten en la productividad de las instituciones donde

laboran reflejando gastos por conceptos de incapacidad laboral, considerando que cualquier trabajador que acude a un servicio médico pierde por lo menos el día de la consulta independientemente de días adicionales que se le puedan otorgar por motivo de su enfermedad, el estudio demostró que el 65.9% de los derechohabientes quienes acudieron a consulta son trabajadores de las instituciones del sector público y el 27.6 % son beneficiarios, es decir, familiares de los trabajadores y solamente el 4.2 % pertenece al grupo de los pensionados y jubilados; del 2.3% restante no se pudo obtener información. (ver cuadro 5)

Hay que recordar que las estadísticas de la población derechohabiente señalan que el número de beneficiarios es superior al de los trabajadores en proporción de 2.5 familiares por cada trabajador. Las cifras que se obtuvieron ponen en duda la validez de las estadísticas, ya que los datos muestran una proporción mayor de trabajadores que hacen uso de los servicios médicos.

El número de veces que acuden los derechohabientes a consulta durante un año se clasificó de la siguiente forma: se estableció un parámetro por número de veces que acuden a las clínicas de medicina familiar en el año, clasificándolos de la siguiente forma: los que acuden esporádicamente en número de 1 a 3 veces por año representando el 82.2; el 9.3% acude regularmente que es entre 4 y 6 veces por año y el 8.4% acuden más de siete veces por año lo que significa que es una minoría de entre quienes acuden a los servicios médicos. (ver cuadro 6)

En cuanto al motivo por el cual acuden los derechohabientes a las clínicas de medicina familiar se encontró que el 83.6%, acude solamente cuando se enferman y únicamente el 13.1% sigue tratamientos preventivos.(ver cuadro 7).

Para poder conocer con mayor claridad la opinión de los usuarios de las clínicas de medicina familiar se preguntó a los entrevistados la percepción que tienen sobre el trato del personal administrativo:

el 37.4% respondió que era regular; el 34.6% que es bueno; el 15.0% afirmó que es malo y el 7.5% pésimo; y solamente el 2.3% dijo que el trato es excelente. (ver cuadro 8). Sobre este hecho el Instituto reconoce que se ha avanzado hacia una mayor profesionalización del personal en los centros de trabajo, sin embargo, persisten aún diversas limitaciones. El Instituto afirma que en la mayoría de las delegaciones se carece de personal idóneo para realizar las funciones y agrega "La ausencia de plantillas tipo para las unidades y centros de trabajo, y la falta de información sistematizada sobre los niveles de escolaridad y las habilidades y capacidades potenciales de los trabajadores, son factores que restringen su reubicación y óptimo aprovechamiento"²³

El ISSSTE reconoce que los programas de capacitación para recursos humanos no ha correspondido a las especialidades y perfiles de personal requeridos, sus programas han abarcado fundamentalmente aspectos de carácter administrativo, con excepción de aquellos desarrollados por el área médica, que han beneficiado especialmente a trabajadores de nivel profesional y técnico.²⁴

Cuando los pacientes acuden a consulta normalmente esperan un tiempo para que puedan ser atendidos por los médicos, el 36.9% de los entrevistados opinaron que el tiempo de espera fue adecuado y 58.9% lo consideraron inadecuado, la mayoría de los derechohabientes tiene una opinión negativa sobre este aspecto. (ver cuadro 9)

Los actuales parámetros para el otorgamiento de consulta médica oscilan entre los 15 y 30 minutos de atención prolongándose en ocasiones por las revisiones médicas; al preguntar a los entrevistados sobre si el tiempo de consulta era adecuado, el 54.5% contestó afirmativamente y el 41.3% afirmó que le parecía inadecuado; lo cual demuestra que gran parte de los derechohabientes no está de acuerdo con el tiempo que se les otorga para la consulta. (ver cuadro 10)

23 ISSSTE " Información Básica Delegacional ", México, 1992, pag. 33

24 Idem pag 34

También tendríamos que analizar otras circunstancias como la excesiva saturación de las consultas, tomando en cuenta que el horario de un médico familiar es de 6 horas y que los pacientes que se llegan a presentar cuentan con expediente que deben de analizar previamente o tener que formular la historia clínica del paciente, si tomamos en cuenta todas estas condiciones tendremos que asumir que las consultas médicas deben de tener un promedio de tiempo de alrededor de 30 a 45 minutos. si se dividiera entre las seis horas que los médicos consultan únicamente podrían atender de 8 a 12 personas el promedio de consultas que la Institución informa es cercano a 20 pacientes por día.

Al preguntarles qué opinión tienen del trato de la consulta médica el 4.2 contestó que es excelente; el 46.9 dijo que le parecía buena; el 33.3% afirmó que regular, 9.9% comentó que es mala y el .5% dijo que es pésima, sobre este rubro podemos afirmar que la opinión tuvo una tendencia a considerar que la consulta médica tienen una percepción más positiva de los derechohabientes, que la correspondiente al trato de los trabajadores administrativos. (ver cuadro 11)

A los derechohabientes se les preguntó si conocían todos los servicios médicos que les puede proporcionar su clínica de medicina familiar el 35.7% contestó afirmativamente y el 51.6% dijo no conocer todos los servicios con que cuentan las unidades médicas donde reciben consulta del primer nivel de atención. (ver cuadro 12)

Con respecto a la opinión que externaron los usuarios sobre si es o no suficiente el personal médico y administrativo en las clínicas de medicina familiar, el 39.4% contestó que le parecía suficiente y el 51.6 afirmó que no lo consideraba suficiente. (ver cuadro 13).

En relación a la suficiencia o insuficiencia de los insumos que serían el instrumental y equipo médico, el 61 % de los entrevistados afirmó que no es suficiente y solamente el 26.8% dijo que le parecían suficientes los insumos médicos, la institución ha venido procurando realizar periódicamente reposición de los materiales e instrumental

médico; sin que esto tenga aún la sistematización adecuada, muchos de las condiciones que pueda tener el instituto dependen de la capacidad presupuestal disponible. (ver cuadro 14)

La institución informó que en cuestiones de abastecimiento presentaba serios rezagos, particularmente en lo que se refiere a unidades médicas: retrasos e insuficiencias en el suministro; subrogación elevada y mermas por obsolescencia y caducidad. Agrega "la carencia de instrumentos para identificar las necesidades y consumos reales, principalmente de medicamentos, material de curación, equipo e instrumental médico, así como artículos para la conservación y mantenimiento de mobiliario, ha impedido que los programas de adquisiciones correspondan en su totalidad a la demanda de las áreas usuarias y de los derechohabientes".²⁵

El reconocimiento de la Institución en relación al abastecimiento refleja la opinión de los derechohabientes con respecto a los insumos que se utilizan en la atención de salud en las clínicas de medicina familiar, la cual es en gran medida negativa, por la situación prevaleciente y que el ISSSTE no ha podido corregir.

Por último se les preguntó a los usuarios su opinión sobre los servicios médicos, el 45.5% del total contestó estar satisfecho de los servicios recibidos y el 46.9% respondió no sentirse satisfecho de la atención que reciben en las clínicas de medicina familiar, como se puede observar la opinión esta muy dividida y en proporciones casi idénticas. (ver cuadro 15)

La encuesta llevada a cabo nos demostró que los principales problemas en la atención de los servicios médicos, está en la actitud que muestra el personal administrativo y médico, en relación al derechohabiente y las inconformidades se manifiestan en el trato personal que reciben de ellos. La calidad de la atención médica no fue una condición que tuviera una gran división de opiniones, más bien

25 ISSSTE " Programa Institucional 1989-1994 " pág 30

se manifestaron bajo un criterio uniforme en la que la mayoría opinó que es buena la atención que se les proporciona en las clínicas de medicina familiar.

Otro hecho importante de resaltar, es que la mayoría de los usuarios sólo acuden cuando se sienten enfermos y únicamente una pequeña proporción asisten a tratamientos preventivos; lo anterior es preocupante si consideramos que las clínicas de medicina familiar son los centros de salud donde se llevan a cabo acciones de prevención. Lo que demuestra que la difusión que realiza el Instituto sigue siendo insuficiente para resolver el comportamiento de los usuarios que ven a las unidades médicas del sector, tanto como las instancias donde se pueden recibir atención médica curativa y de rehabilitación.

Por otra parte, se observó que los derechohabientes en su mayoría desconocen los servicios que se otorgan en las clínicas de medicina familiar, lo cual se puede deber a múltiples causas entre ellas, podemos destacar que durante el tiempo que se llevaron a cabo las entrevistas, los responsables de difundir los programas de prevención se encontraban ausentes o se proporcionaba información en horarios dispersos, que en ocasiones coincidían con la hora de la consulta y los usuarios no participaban o tampoco mostraban interés.

El abastecimiento de todo tipo de recursos y materiales médicos sigue siendo todo un problema por resolver, las restricciones presupuestales y una inadecuada organización se conjugan para hacer ver deficientes estos rubros, que pueden ser mejorados con una mejor planeación y uso más racional de los recursos.

La opinión de los derechohabientes sobre la satisfacción o insatisfacción de los servicios médicos del Instituto nos demuestra que las condiciones que se presentan actualmente de los servicios deben de mejorar con cambios en las condiciones de infraestructura con mejores instalaciones que respondan a las demandas de los derechohabientes. Con cursos de capacitación al personal médico y

administrativo relacionados con la actitud en el trato más humano hacia los pacientes, porque finalmente no debemos de olvidar que quienes acuden a los servicios médicos tratan de perseverar en la condición más importante de todo ser humano que es la salud.

CONCLUSIONES

La salud es uno de los indicadores más importantes para medir la calidad de vida que tenemos los mexicanos y que siempre procuramos mantener en óptimas condiciones; sin ella no podríamos llevar a cabo una vida socialmente normal. En nuestro país se desarrolló todo un sistema para la procuración de la salud y el bienestar social, se crearon instituciones de seguridad social para el amparo de la población económicamente activa como son el IMSS y el ISSSTE, por sólo mencionar algunas de las más importantes, además de contar con la Secretaría de Salud que atiende al resto de la población que no está cubierta por las instituciones de seguridad social.

La diferencia que existe entre estos dos grupos, es que para pertenecer a alguna de las instituciones de seguridad social deben de ser trabajadores en activo o haber cumplido con los requisitos de haber laborado entre 28 y 30 años para poder acceder a una pensión con el 100% de beneficios, tal y como lo marca la Ley que rigen las respectivas instituciones.

El precepto anterior demuestra que tenemos todo un sistema de seguridad social que es excluyente y selectivo, las personas quienes no pueden continuar laborando dentro del régimen de seguridad social al cual pertenecen automáticamente pierden sus derechos, y sólo conservan parcialmente los beneficios de la indemnización global y de la jubilación por tiempo laborado, sobre este último debe de cubrirse algunos requisitos para hacerlos valer.

El llamado Sistema Nacional de Salud que es regulado por la Secretaría de Salud en sus políticas y estrategias no responde del todo a las soluciones de salud de la población, las políticas preventivas son insuficientes y, hasta más marcado hacia acciones de carácter curativo que tienen un alto costo económico y social.

El Sistema Nacional de Salud por lo tanto se ha vuelto todo un programa de atención a la población usuaria de oferta y demanda de servicios médicos de acuerdo a las posibilidades individuales de cada persona, en la cual la medicina privada tiene una gran participación en la oferta de los servicios médicos y cada día avanza ante la imposibilidad de que las instituciones públicas puedan responder a las demandas en materia de salud de la población, tal y como lo demuestran cifras del programa de reforma de sector salud 1996-2000.

Las instituciones de seguridad social como es el ISSSTE han tenido una evolución donde la infraestructura medica ha crecido desordenadamente, debido sobre todo a cuestiones de cobertura por la incorporación de organismos estatales y municipales, lo que propició también un crecimiento en la población derechohabiente, sin que exista de por medio una adecuada planeación de las estrategias institucionales. Dada la naturaleza por la cual fue creado el ISSSTE, únicamente puede dar atención medica a los servidores públicos que se afilian a la institución de manera voluntaria u obligatoria, careciendo de un sistema de protección a grupos que no pertenecen a este gremio, a pesar de ello la Institución no puede negar la atención médica a ninguna persona en particular, pero las personas que llegan a requerir de sus servicios solamente recurren en casos de urgencia. Con todo lo anterior el ISSSTE sólo participa en programas de campañas nacionales organizadas por el Sector Salud.

Si bien el Instituto no pude colaborar en todos los programas de salud para la población mexicana, al interior tampoco lo puede hacer debido principalmente a la dispersión y distribución de su población derechohabiente a los que no puede cubrir en su totalidad para otorgarles los servicios y prestaciones a los que por Ley tienen derecho sus afiliados. En la actualidad siguen prevaleciendo las desigualdades regionales , donde las grandes ciudades han recibido los mayores beneficios, debido principalmente a que coinciden por ser polos de desarrollo económico, a los que se les ha dotado de una infraestructura importante y que en ocasiones se muestra insuficiente.

En el caso del ISSSTE su organización se ha tenido que adecuar a las circunstancias sin que exista de por medio una planeación a futuro que persiga continuidad en las acciones institucionales y logren programas más consolidados. Los problemas que con mayor frecuencia se presentan en todas las instituciones públicas son el cambio de políticas sexenales, administrativas por cambio de autoridades y en consecuencia de estrategias hacia el interior de las instituciones, el ISSSTE no ha sido la excepción.

El Instituto reconoce las deficiencias que tiene en la procuración de los servicios y prestaciones y, realiza acciones para mejorar las condiciones que prevalecen. Sin embargo, para los derechohabientes no son suficientes ya que perciben otra situación que no corresponde a sus necesidades.

El estudio se llevó a cabo con el objetivo principal de conocer la opinión de los usuarios de las clínicas de medicina familiar en la Zona Sur del ISSSTE en el Distrito Federal a través de una encuesta aplicada a quienes acudían a consulta.

El estudio demostró que existe toda una cultura de parte de los usuarios de los centros de salud, de acudir solamente cuando se sienten enfermos dejando a un lado la prevención, este comportamiento es un reflejo de la forma en que está organizado el Sistema de Salud prevaleciente el cual desarrolló desde su creación, la procuración de la salud su tendencia curativa y rehabilitaria lo que propicia una excesiva demanda de los servicios médicos y la saturación de los mismos, que repercute indudablemente en una atención de baja calidad por el poco tiempo que los médicos le pueden otorgar a los pacientes, al tener una excesiva carga de trabajo.

Las clínicas de medicina familiar son las instancias de primer nivel que deberían de atender los programa tendientes a realizar medidas preventivas, y que no sólo quedarán limitadas a las campañas conjuntas que se realizan con el sector salud, la medicina preventiva en el ISSSTE se efectúa sólo de forma limitada y no cumple más que en

forma parcial como un organismo en la prevención de las enfermedades.

En la encuesta que se aplicó, la opinión de los usuarios estuvo muy dividida en la percepción que se tiene de algunos aspectos relevantes de los servicios médicos, destacando por la importancia de los resultados el trato que reciben del personal tanto médico como administrativo sobre todo de este último grupo. A los entrevistados también les preocupó el equipamiento y la insuficiencia del material médico y lo que se refiere al abastecimiento.

En general podemos afirmar que los tiempos de la consulta les parecieron adecuados, así como el tiempo de espera en el que por lo regular los pacientes no siempre están de acuerdo por las largas horas que pasan esperando recibir la consulta médica. Aunque habría que destacar que son las condiciones particulares las que influyen en las respuestas obtenidas, aunque los controles de aplicación del cuestionario fueron uniformes.

La diferencia de opiniones es sin duda el mayor resultado que se obtuvo de la encuesta y denota un desconocimiento de parte de los derechohabientes de los servicios y prestaciones que tiene el Instituto. No existe una gran preocupación por participar en la mejora de los servicios, los usuarios sólo esperan un mejor trato del personal y que su clínica de medicina familiar cuente con todos los insumos para la otorgación de los servicios médicos.

PROPUESTAS

Para considerar un sistema integral de salud, se deben eliminar las condiciones de sectorización que predominan en nuestro país, esto implicaría la modificación de nuestra Constitución y de las propias Leyes que rigen a las instituciones de seguridad social, hasta el momento la cooperación que ofrecen los organismos de salud entre ellas se reduce a convenios parciales y en ocasiones de carácter personal sin que exista de por medio un compromiso real de colaboración, desaprovechándose la infraestructura existente, así como los recursos humanos y financieros con los que cuenta el Sistema Nacional de Salud.

Un primer paso para la integración de un Sistema Nacional de Salud sería suscribir convenios de cooperación entre los organismos responsables de conservar la salud de los mexicanos, haciendo a un lado las condiciones prevalecientes, tales como son la afiliación institucional que limita el acceso generalizado, si no más bien como una respuesta a las necesidades de los derechohabientes, además de ampliar la cobertura a la población que no está protegida por ninguna institución de seguridad social.

Las limitaciones que podemos encontrar a la integración de los diferentes organismos de salud se podrían reducir si se reorganiza la forma de financiamiento de la Secretaría de Salud y de las instituciones de Seguridad Social, las cuales reflejan en la otorgación de los servicios médicos marcadas diferencias institucionales, por no contar con un financiamiento equitativo. La forma de financiamiento podría seguir siendo la misma, pero existiría una mayor cooperación institucional que lograra una mayor igualdad en la calidad de los servicios médicos.

La optimización de la infraestructura sería más aprovechable con la integración de un sólo Sistema Nacional de Salud, la distribución que existe actualmente presenta incongruencias, tales como las que encontramos en las unidades médicas de las instituciones del sector salud que en pequeño radio territorial se ubican varias de ellas, o solo existe una en un amplio territorio que no puede cubrir la demanda, ocasionado el fenómeno de la concentración y dispersión de los servicios, como consecuencia en algunos casos se presenta saturación de los servicios y en otra ausencia de solicitantes porque las instituciones solo atienden a la población afiliada. Y no debemos de olvidar que todos somos habitantes de éste país.

Las desigualdades salariales del personal médico y administrativo han marcado una diferencia en la calidad de los servidores públicos con respecto a la atención, una homologación salarial para prestadores del servicio influiría positivamente en la calidad de los mismos, sin embargo hasta el momento no se ha logrado y los servidores públicos lo resienten al comentar que no es lo mismo laborar en instituciones como PEMEX o el IMSS, que trabajar en el ISSSTE o la Secretaría de Salud donde los salarios son los más bajos del sector, si se logra una homologación salarial acorde a las responsabilidades que deben de asumir se estimularía positivamente a los trabajadores que laboran en los centros de salud, porque se eliminarían las diferencias y se evitaría la inconformidad que prevalece hasta el momento. Esto claro sólo se lograría con una forma de financiamiento que no marcara diferencias institucionales y que fuera todo un proceso de integración hacia un sistema único de atención a la salud.

Una propuesta más sería en torno a la disposición que deben de ofrecer los servidores públicos, en un cambio de actitud más humanitario y responsable hacia los derechohabientes, que es de lo que comunmente se quejan, la selección de personal deberá de ser rigurosa, buscando a los mejores elementos que cumplan con los objetivos de proporcionar una atención técnica y profesional, aunado a un trato más cálido. Esto se puede lograr con cursos de capacitación al personal médico y administrativo, donde se fomente la

misión que deben de tener, que es la de prevenir y preservar la salud de la población.

La planeación de los servicios deberá de ser fundamental, con la integración de un programa único, la racionalidad y optimización de los servicios médicos incorporará elementos en las estrategias, que facilitarán el aprovechamiento de los recursos existentes. A esto debemos de agregar la participación de los derechohabientes en foros, donde comenten las dificultades o proposiciones que tengan para mejorar la calidad de los servicios médicos.

La participación de la población derechohabiente no se debe limitar sólo a la representación de algunas comisiones institucionales como son la de Seguridad e Higiene en el Trabajo y la de Protección Civil, que solo actúan de vez en cuando o con fines políticos y sindicales, sino que se deben extender a toda la población trabajadora y a sus familiares con una mayor difusión de las actividades que desarrollan las instituciones de salud en la preservación de mejores condiciones de vida.

Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Núm. de cuestionario:

I. IDENTIFICACIÓN

Clínica Med. Fam.
 Entidad Delegación

Visita de la Entrevista	1	
Fecha	Día	Mes
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Entrevistador(a)	<input type="text"/>	
Hora en que comenzó	<input type="text"/>	
Hora en que terminó	<input type="text"/>	
Duración	<input type="text"/>	
Resultado	<input type="text"/>	

*CÓDIGO PARA RESULTADO:

- 1.- Entrevista Completa
 2.- Entrevista Incompleta

3.- Otros
 (especifique)

SUPERVISADO POR		CRITICADO POR		CODIFICADO POR		CAPTURADO POR	
Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes	Día	Mes
<input type="text"/>							

A) ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE

B) OBJETIVO: Conocer la opinión de los derechohabientes sobre algunos aspectos de los servicios médicos.

I DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años tienes?	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
2. Sexo:	Masculino 1 Femenino 2	
3. ¿Hasta que año aprobó en la escuela?	Sin estudios 1 <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta . . . 2 <input type="checkbox"/> Primaria 3 <input type="checkbox"/> Secundaria 4 <input type="checkbox"/> Preparatoria 5 <input type="checkbox"/> Profesional 6 <input type="checkbox"/> Posgrado 7 <input type="checkbox"/> Otro _____ 8 <input type="checkbox"/> (Especifique)	
4. ¿Actualmente usted es...	Unión libre? 1 Es casado(a)? 2 Es viudo(a)? 3 Es divorciado(a)? . . . 4 Es separado(a) 5 Es soltero(a) 6	
5. ¿Como derechohabiente es usted...	Trabajador(a) 1 Beneficiario(a) 2 Pensionado(a) 3 N/S, N.R. 9	

II SERVICIOS MÉDICOS

<p>6. ¿Cuántas veces al año acude a la Clínica de Medicina Familiar?</p>	<p>No. de veces <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>N/S, N/R..... 9</p>	
<p>7. ¿Usted acude a la Clínica de Medicina Familiar cuando...</p>	<p>se enferma?..... 1</p> <p>Tratamiento preventivo 2</p> <p>Otro _____ 2</p> <p>(Especifique)</p> <p>N/S, N.R. 9</p>	
<p>8. ¿Cómo es el trato del personal administrativo cuando acude a su clínica?</p>	<p>Excelente. 1</p> <p>Bueno 2</p> <p>Regular 3</p> <p>Malo 4</p> <p>Pésimo 5</p> <p>N/S, N.R. 9</p>	
<p>9. ¿El tiempo de espera para la consulta con su médico es...</p>	<p>Adecuado? 1</p> <p>Inadecuado?..... 2</p> <p>N/S, N.R. 9</p>	
<p>10. ¿Considera que el tiempo que le dedica el médico a su consulta es...</p>	<p>Adecuado? 1</p> <p>Inadecuado?..... 2</p> <p>N/S, N.R. 9</p>	
<p>11. ¿Cómo le parece la consulta de su médico</p>	<p>Excelente..... 1</p> <p>Bueno 2</p> <p>Regular 3</p> <p>Mala 4</p> <p>Pésima..... 5</p> <p>N/S, N.R. 9</p>	

<p>12. ¿Conoce usted todos los servicios médicos que le puede proporcionar su clínica?</p>	<p>Sí 1 No 2 N/S, N/R 9</p>	
<p>13. ¿Considera que es suficiente el personal médico y administrativo?</p>	<p>Sí 1 No 2 N/S, N/R 9</p>	
<p>14. ¿Considera que su clínica cuenta con el suficiente instrumental y equipo médico para su atención?</p>	<p>Sí 1 No 2 N/S, N/R 9</p>	
<p>15. ¿Está satisfecho con los servicios que otorga su clínica de medicina familiar?</p>	<p>Sí 1 No 2 N/S, N/R 9</p>	

CUADRO 1. Edad de los derechohabientes

Frecuencia	Número	Porcentaje
10-20 años	5	2.3
21-30 años	51	23.8
31-40 años	74	34.6
41-50 años	39	18.3
51-60 años	18	8.4
61-70 años	18	8.4
71 o más años	9	4.2
TOTAL	214	100.0

CUADRO 2. Sexo de los derechohabientes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	155	72.4
Masculino	55	25.7
Sin información	4	1.9
TOTAL	214	100.0

CUADRO 3. Escolaridad de los derechohabientes

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	3	1.4
Primaria incompleta	23	10.7
Primaria	25	11.7
Secundaria	44	20.6
Preparatoria	28	13.1
Profesional	77	36.0
Posgrado	1	0.5
Otro	9	4.2
Sin datos	4	1.9
TOTAL	214	100.0

CUADRO 4. Estado civil de los derechohabientes

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión libre	10	4.7
Casado	143	66.8
Viudo	17	7.9
Divorciado	6	2.8
Separado	4	1.9
Soltero	30	14.0
Sin datos	4	1.9
TOTAL	214	100.0

CUADRO 5. Tipo de derechohabiente

Derechohabiente	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador	141	65.9
Beneficiario	59	27.6
Pensionado	9	4.2
Sin datos	5	2.3
TOTAL	214	100.0

CUADRO 6. Número de asistencias por año

Concepto	Frecuencia	Número	Porcentaje
Esporádicamente	1-3 veces	176	82.3
Regularmente	4-6 veces	20	9.3
Frecuentemente	7 o más veces	18	8.4
TOTAL		214	100.0

CUADRO 7 Motivo de asistencia a las clínicas

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad	179	83.6
Tratamiento preventivo	28	13.1
Otro	1	0.5
Sin datos	6	2.8
TOTAL	214	100.0

CUADRO 8. Trato del personal administrativo

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	5	2.3
Bueno	74	34.5
Regular	80	37.4
Malo	32	15.0
Pésimo	16	7.5
Sin datos	7	3.3
TOTAL	214	100.0

CUADRO 9. Tiempo de espera para la consulta

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	79	36.9
Inadecuado	126	58.9
Sin datos	9	4.2
TOTAL	214	100.0

CUADRO 10. Tiempo de consulta

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	116	54.5
Inadecuado	88	41.3
Sin datos	10	4.2
TOTAL	214	100.0

CUADRO 11. Opinión de la consulta médica

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	9	4.2
Buena	100	46.9
Regular	71	33.3
Mala	21	9.9
Pésima	1	0.5
Sin datos	11	5.2
TOTAL	213	100.0

CUADRO 12. Conocimiento de los servicios médicos

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	76	35.7
No	122	57.3
No sabe	15	7.0
TOTAL	213	100.0

CUADRO 13. Suficiencia del personal médico y administrativo

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	84	39.5
No	110	51.6
No sabe	19	8.9
TOTAL	213	100.0

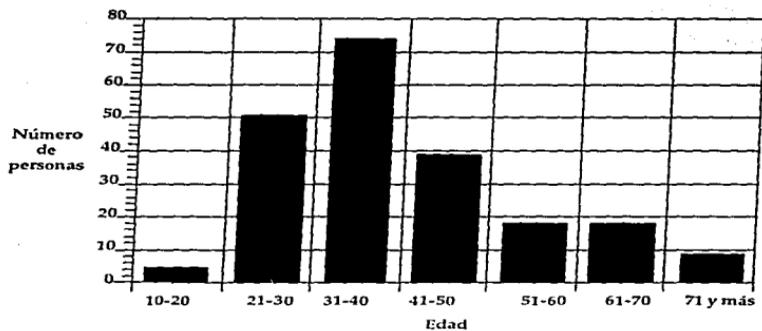
CUADRO 14. Suficiencia del instrumental y equipo médico

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	57	26.8
No	130	61.0
No sabe	26	12.2
TOTAL	213	100.0

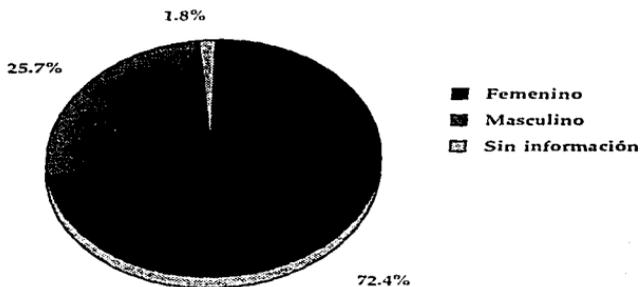
CUADRO 15 Satisfacción de los servicios médicos

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	97	45.5
No	100	46.9
No sabe	16	7.6
TOTAL	213	100.0

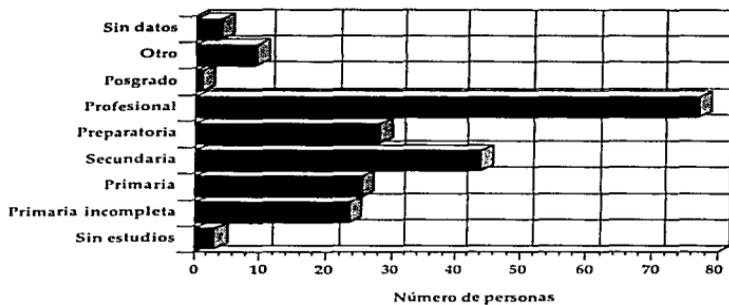
GRÁFICA 1. *Edad de los derechohabientes*



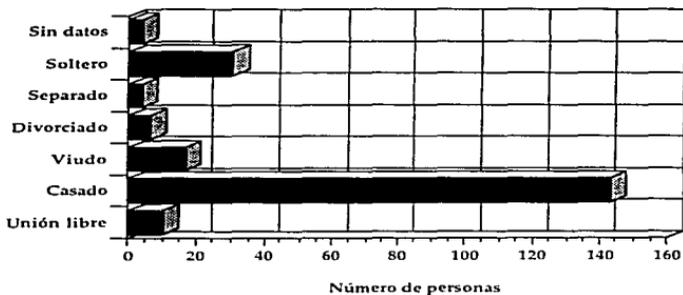
GRÁFICA 2. *Sexo de los derechohabientes*



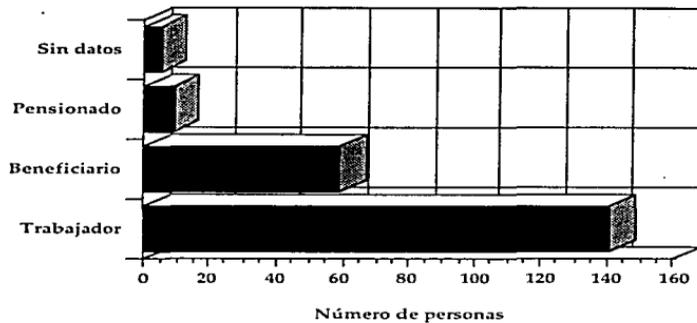
GRÁFICA 3. *Escolaridad de los derechohabientes*



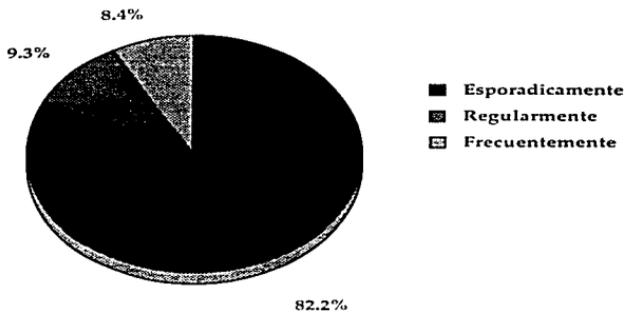
GRÁFICA 4. *Estado civil de los derechohabientes*



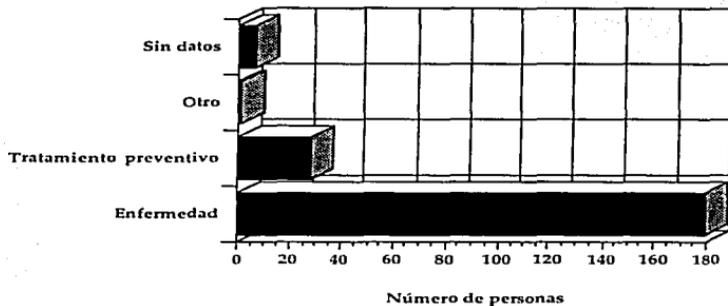
GRÁFICA 5. Tipo de derechohabiente



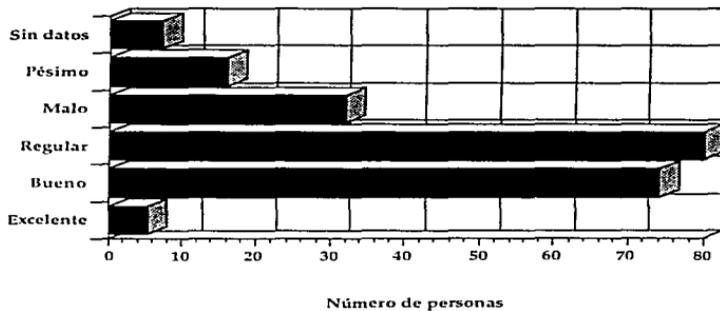
GRÁFICA 6. Número de asistencias por año



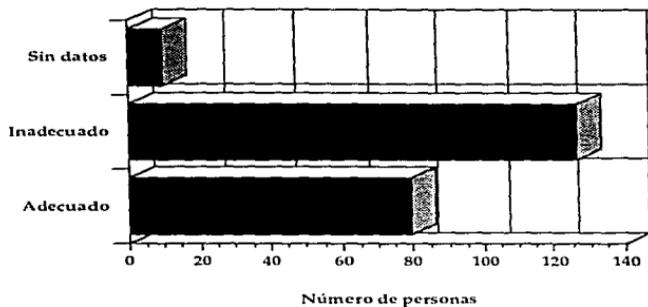
GRÁFICA 7 Motivo de asistencia a las clínicas



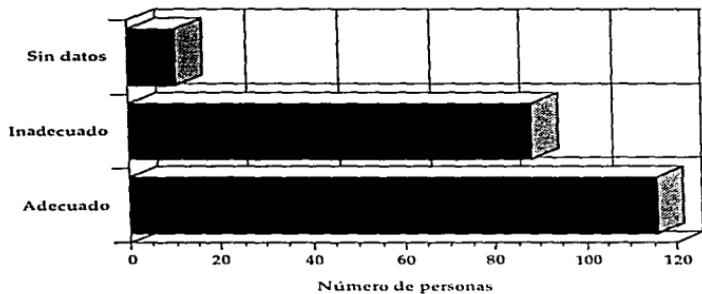
Gráfica 8. Trato del personal administrativo



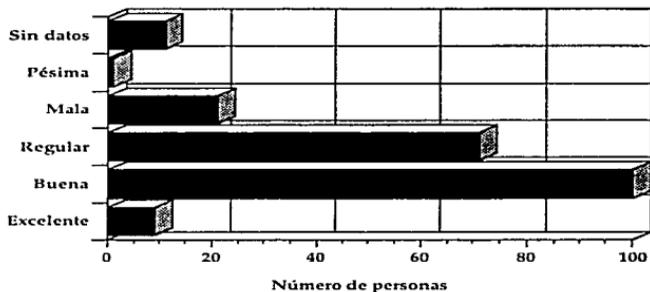
GRÁFICA 9. *Tiempo de espera para la consulta*



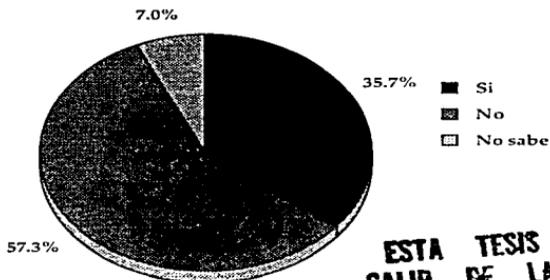
GRÁFICA 10. *Tiempo de consulta*



GRÁFICA 11. *Opinión de la consulta médica*

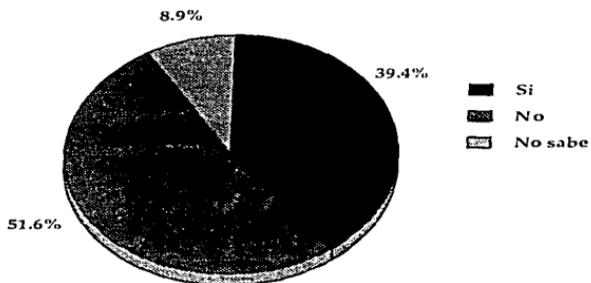


GRÁFICA 12. *Conocimiento de los servicios médicos*

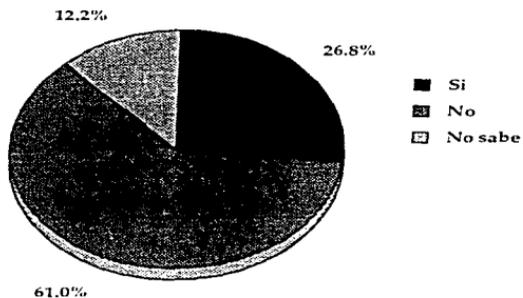


**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

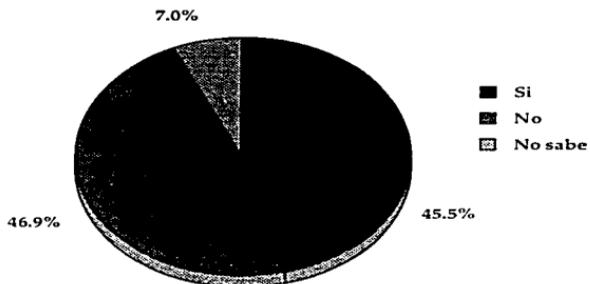
GRÁFICA 13. *Suficiencia del personal médico y administrativo*



GRÁFICA 14. *Suficiencia del instrumental y equipo médico*



CUADRO 15 *Satisfacción de los servicios médicos*



BIBLIOGRAFÍA

- Dios de Puente, Delia Selene de. Introducción al Estudio de los Problemas Sociales en México. Pie de Imprenta ANASSVO/ISSSTE. México, D.F., 1976.
- García Cruz, Miguel. Evolución Mexicana del Ideario de la Seguridad Social. Ed. Serie Ensayos Sociológicos, México, D.F., 1972 y 1973 2 volúmenes.
- García Cruz, Miguel. La Seguridad Social. Editorial UNAM, México, D.F., 1962
- Hoseltz Bertbold, Frank. Aspectos Sociológicos del Desarrollo Económico. ed. Hispano Europea, Barcelona, Esp., 1913
- Leñero Otero, Luis. Desarrollo Social: La participación del Pueblo en el Desarrollo. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, D. F., 1979.
- López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. Ed. Siglo XXI, México, D.F., 1986.
- Mayer N., Zaid. Organización del Bienestar Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1970.
- Morones Prieto, Ignacio Tesis Mexicanas de Seguridad Social. Editorial Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, D.F., 1970.
- Narro, José y Moctezuma, José (compiladores), La Seguridad Social y el Estado Moderno F.C.E. , IMSS-ISSSTE, México, D.F., 1992.

Remolina Roqueñi, Felipe. Declaraciones de Derecho Social. Congreso Iberoamericano de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Comité permanente de Seguridad Social, México, D.F., 1967.

Robledo Santiago, Edgar. Epistolario de Seguridad Social. Pie de Imprenta México, D.F., 1978.

-----Revolución Mexicana y Seguridad Social.
Ed. S.L., México, D.F., 1976.

Roemer I, Milton. Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud Ed. Siglo XXI, México, 1980.

Rojas Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. Ed. Folios Ediciones, S.A., México, D.F., 1982..

-----Sociología Médica. Ed. Folios, Ediciones.
México, D.F., 1983.

Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús y Laguna, José (compiladores) La Salud en México: Testimonios 1988. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1988.

Ward, Peter. Políticas de Bienestar Social en México. 1970-1980. Ed. Nueva Imagen, México, D.F., 1989.

HEMEROGRAFÍA

- Arnaiz Toledo Javier; Franco Vázquez Sergio. "Modelo para valorar la calidad de la atención medica" Revista Mexicana de Pediatría. N1. 52, Vol. 7, México, 1985. pp. (297-307).
- Delgadillo Macías, Javier; Torres Torres, Felipe. "Connotación del Bienestar en México. Una propuesta metodológica para su atención regional ". Revista Latinoamericana de Economía. N° 21, 1990. pp. (101 a 118).
- Donabedian, Avedis." La investigación sobre la calidad de la atención médica". Salud Pública en México. México, D.F.,Vol. 28 N° 28, 1986. pp. (324- 327).
- Geyndt Phd, Willy. "Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente". Salud Pública en México México, D. F., . Vol. 28, N° 3, 1986. (221-228).
- L. Parrot, Alec. "La seguridad social. Un gran designio amenazado de transformación en pesadilla". Revista Internacional del Trabajo. Vol. 161, N° 4, 1982. pp. (456-468).
- Soberón Acevedo, Guillermo."La calidad de la atención médica." Salud Pública en México México, D. F.,. Vol. 28 N° 8, 1986.pp. (145-156).
- Villarreal, Rene. "Del Estado de bienestar al Estado solidario" Revista USEM, México, D.F., 1991. pp. (5- 11).

DOCUMENTOS

- Banamex. México Social 1988-1989 Editorial AEIO; S.A, México, D.F., 1989.
- Coordinación de Comunicación Social ISSSTE en transformación con el México Moderno. ISSSTE, México, D.F., 1991.
- Coordinación General de Delegaciones. Cobertura de los Servicios Médicos en las XI Regiones del País. ISSSTE, México D.F., 1987.
- Coordinación General de Delegaciones. Evolución de las Delegaciones del ISSSTE. ISSSTE, México, D.F., 1987.
- Coordinación General de Delegaciones. Manual General de Organización de las Delegaciones del ISSSTE 1988. ISSSTE. México, D.F., 1988.
- Delegación Zona Sur del ISSSTE. Carpeta de Información Básica Delegacional ISSSTE, México, D.F., 1992.
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Bienestar Social y Planificación Familiar. Naciones Unidas., México, D.F., 1977.
- Diario Oficial de la Federación. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 México, D.F., 1995.
- Diario Oficial. De la Federación. Reglamento Interior del ISSSTE. México, D.F. 1985.
- Dirección General del ISSSTE. Informe Anual de Actividades 1989. ISSSTE. México, D.F. 1990.

- Dirección General del ISSSTE Programa de Trabajo 1990. ISSSTE, México, D.F., 1989.
- Dirección General del ISSSTE Programa Institucional 1983-1988. ISSSTE. México, D. F., 1983.
- Dirección General del ISSSTE. Programa Institucional 1989-1994. ISSSTE, México, D.F., 1989.
- Enciclopedia Todo México. Seguridad Social. México, D.F., 1985.
- Subdirección General de Delegaciones. Las Delegaciones en cifras. ISSSTE , México, D.F., 1991.
- Subdirección General de Delegaciones. Modelo de regionalización del ISSSTE, ISSSTE, México, D.F., 1988.
- Subdirección General de Delegaciones. Sexta Reunión Nacional de Delegados del ISSSTE. ISSSTE, México, D.F. ,1992.
- Subdirección General de Finanzas Subdirección de Programación Agenda Estadística 1990. ISSSTE, México, D.F., 1991.
- Subdirección General de Finanzas Subdirección de Programación Estadísticas de Población Derechohabiente. ISSSTE, México, D.F., 1989.
- Subdirección General Jurídica Subdirección de Programación. Ley del ISSSTE 1990. México, D. F., 1990.
- Secretaría de Gobernación. Política Social. Ed.Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1988.
- Secretaria de Programación y Presupuesto. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. S.P.P. México, D.F.,1989.