



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ACATLAN"



MODERNIZACION Y CAMBIO ORGANIZACIONAL EN EL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

T E S I S  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA  
P R E S E N T A :  
SIMON CORONEL PALOMINO

ASESOR: LIC. SAID ISRAEL VAZQUEZ SALINAS



MAYO DE 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ACATLÁN

MODERNIZACIÓN Y CAMBIO ORGANIZACIONAL EN EL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA  
Simón coronel palomino.

Asesor: Lic. Said Israel Vázquez Salinas

Mayo 2004.

ESTA TESIS NO SE  
DE LA BIBLIOTECA

INDICE.

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>1 ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA COMPRENDER LOS PROCESOS DE MODERNIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES.....</b>	<b>11</b>
1.1 La experiencia mexicana de modernización y su influencia en la Seguridad Social.....	15
1.2 Origen y desarrollo histórico del modelo de Seguridad Social en México 1942-1972.....	22
1.3 Transformaciones en el modelo de Seguridad Social 1973-1991.....	28
1.4 La Seguridad Social mexicana en 1992. ....	29
1.5 Modernización y cambio organizacional en la Seguridad Social mexicana..	32
1.6 Cambios del Seguro Social derivados de las modificaciones a la ley en diciembre de 1995.....	35
<b>2 MODERNIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 40</b>	
2.1 Las modalidades de la privatización de la Seguridad Social en México. ....	41
2.2 Condiciones para la implantación de los cambios y coparticipación en la prestación de los servicios médicos. ....	42
2.3 Los límites del modelo de desarrollo y la incorporación de agentes privados. ....	44
2.4 Los cómo de la privatización del I.M.S.S. ....	47
2.5 Las consecuencias de la transferencia. ....	48
2.6 Privatización indirecta, apertura y promoción del mercado interno o desnacionalización. ....	50
<b>3 IMPLICACIONES ORGANIZACIONALES DEL CAMBIO DE MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL.....</b>	<b>56</b>
3.1 Cambios en el modelo de organización del trabajo, en la Seguridad Social Mexicana.....	58
3.2 Expectativas posibles del proceso de cambio en el I.M.S.S. ....	66
3.3 Implicaciones organizacionales del cambio de modelo de la Seguridad Social.....	70
3.4 Reorganización del trabajo y nuevos perfiles de servicio, usuarios y tipos de demanda en las unidades médicas.....	72
3.5 Crecimiento natural o rediseño organizacional.....	74
3.6 Reflexiones sobre los resultados de la reforma de 1995-1997 a la Seguridad Social en el IMSS. ....	78
3.7 Algunas razones del fracaso de la modernización integral.....	85

<b>4</b>	<b>IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE CALIDAD COMO ESTRATEGIA DE CAMBIO, EN EL NUEVO MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.</b>	<b>90</b>
4.1	Conceptos de calidad en los servicios médicos.	93
4.2	Un modelo de intervención para las actividades de consultoría en Servicios de Salud.	96
4.3	Atributos de la calidad percibida por los usuarios.	99
4.4	Alternativas al modelo de modernización y mecanismos para la implantación de programas locales de mejora.	101
4.5	La función del sociólogo como investigador en las áreas de salud.	105
4.6	Implicaciones del cambio interno mediante asesoría de procesos y perspectivas de investigación en el futuro.	117
	Anexo: Una propuesta para el cambio organizacional en unidades Médicas del I.M.S.S.	124
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>129</b>
<b>6</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.</b>	<b>137</b>

El conocimiento surge más fácilmente  
del error que de la confusión.  
Error no poner atención  
en los fenómenos poblacionales  
Error no invertir en el ser humano.  
Error debilitar al Estado.  
Error pensar que el mercado  
lo solucionará todo.

Federico Reyes Heróles.

## INTRODUCCIÓN.

Una de las fuentes de legitimidad del llamado Estado benefactor mexicano fue la Seguridad Social, mecanismo de compensación de las diferencias entre los sectores de la población, que permitió incrementar la cantidad de años y la calidad de vida de los trabajadores beneficiarios de las entidades institucionales de salud.

La Seguridad Social, y en especial el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), nace como consecuencia de la institucionalización de la revolución y de las demandas del movimiento obrero organizado que exigía una protección ante las desventuras del trabajo y la vida<sup>1</sup>. Esta demanda con el tiempo logró convertirse en un poderoso mecanismo de redistribución, no solo de la riqueza, sino del control epidemiológico de la enfermedad y del diseño de políticas sociales y de salud, lo que legitimó la función social del Estado e incrementó su influencia, promoviendo el consenso, la búsqueda del bienestar, el progreso y la modernización acelerada del país durante más de cuatro décadas.

Como mecanismo de redistribución de la riqueza tiene según Fernando Solís, cinco objetivos:

*“Mantener la vida, reducir la desigualdad social, promover la integración social, evitar distorsiones macro y microeconómicas en el mercado y evitar abusos, corrupción o ineficiencias administrativas”* (Solís-Soberón, Fernando, 1999:27)

El modelo de la Seguridad generado en 1943, respondió a la coyuntura de un naciente movimiento obrero afianzado paternalmente en la protección del Estado, en un esquema patrimonial en el que la función de gobernar pretendía dos cosas: ayudar a los necesitados y facilitar el proceso de industrialización del país.

---

<sup>1</sup> La época de la fundación del IMSS coincide con la creación y consolidación de la CTM y con la elección de Fidel Velázquez como su líder histórico, y son también los momentos de gloria de otros líderes históricos del movimiento obrero como Vicente Lombardo Toledano. Vea los textos de Jorge Aburto “Del Avilacamachismo al Alemanismo” y el primer capítulo del vol. 21 de “Historia de la Revolución Mexicana” de Blanca Torres.

Por tal razón, la historia de la Seguridad es paralela a la del modelo de desarrollo económico, que pasó por etapas de crecimiento, consolidación, crisis, ajuste, reconversión y finalmente de debacle, privatización y apertura indiscriminada, en las décadas de los 80's a los 90's, periodos que coinciden con gran similitud con un proceso acelerado de expansión, consolidación diversificación y finalmente de parálisis y retroceso de una Seguridad Social Mexicana, que ahora se encuentra en franca crisis.

El largo periodo de pujanza que permitió crear una significativa red nacional de nosocomios se mantuvo de manera estable por varias décadas, mientras el modelo económico y la expansión de industria lo permitieron; sin embargo, la crisis de la salud se relaciona íntimamente con el comportamiento general de la economía que la determina.

De ahí que el nuevo modelo de la Seguridad implantado, una vez establecida la reforma de la Seguridad Social durante 1995-1997, se parece más a una medicina privada eficientada y adecuadamente planificada, que a un esquema solidario, compensatorio y redistribuidor como el que funcionó por más de 50 años y que se planteó como un compromiso social del Estado mexicano con los sectores más desprotegidos de la población mexicana, no solamente con los asalariados.

Dada la importancia política, económica y estratégica de la Seguridad Social, el proceso de cambio que vivió la organización no mostró su cara más agresiva, como en algunos países centro y sudamericanos, sino que ha seguido un lento, pero constante proceso de experimentación y modificación de proyectos de cambio externo e interno, con la finalidad de cambiar todo lo que se oponga a la liberalización y optimización de los servicios, mirados desde una perspectiva empresarial de eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad.

El Seguro Social de nuestros días vive un proceso irreversible de privatización gradual, paulatina, selectiva, indirecta y encubierta, que utiliza mecanismos técnicos y sofismas conceptuales como el de la calidad, para lograr que la función de los hospitales, unidades médicas, guarderías y áreas administrativas, se ajusten a los nuevos cánones del libre mercado, la concurrencia y la eficiencia operativa, expresada mediante la contención de costos y la expansión de los servicios, con nuevos paquetes de seguridad social en modalidades de prepago, muy similares a los de las aseguradoras privadas .

Ante los cambios observados en la Seguridad Social mexicana de los últimos diez años, es relevante describir a detalle las nuevas pautas de organización y funcionamiento de la Seguridad Social, lo cual es el objetivo de este estudio.

Lo anterior con el propósito de explorar las vías de modernización y algunos caminos alternativos al proceso de modernización, ya que en la experiencia mexicana e internacional, no siempre lo privado es lo mejor y la mano invisible del mercado no siempre regula y distribuye de forma eficiente y complementaria; menos aún cuando se trata de la salud y la vida de los menos favorecidos.

La nueva organización que se genera de las modificaciones a la ley del Seguro Social en diciembre de 1995, requiere un nuevo perfil de servidores públicos, flexibles, competentes, dispuestos a la polifuncionalidad, al trabajo interdisciplinario y en equipo, menos beligerantes, que acepten modelos mas simples y cambiantes de organización de las actividades y que participen en el proceso de modernización institucional, que requieren las áreas médicas de nuestros días para ser competitivas, no solo en el entorno nacional, sino en el internacional.

De aquí se deriva la importancia de la utilización de tecnologías, procedimientos y métodos de organización del trabajo, que han contribuido en la formación de la nueva revolución científico-tecnológica, de la información y la organización del trabajo, que se concretan en propuestas organizativas como las implantadas por las empresas japonesas, norteamericanas y europeas que han puesto el acento en el control total de la calidad; la distribución justo a tiempo de las mercancías y los servicios; los equipos obreros para resolver problemas conocidos como círculos de calidad; el análisis estadístico de los procesos de fabricación y servicio, la integración de proyectos de mejora, etc.

La preocupación por la calidad es un problema tradicionalmente abordado por la fábrica en su lógica de hacer más, mejor, con mayor valor y a menor costo, que se transfirió a los servicios como consecuencia de la consolidación de los mercados mundiales y el establecimiento de normas universales para el intercambio y venta de productos manufacturados, conocidas como normas ISO 9000 (International Standards Organization o Normas Internacionales de Organización y Normalización (en castellano). Dicho fenómeno coincide históricamente con la crisis de los Estados Sociales y aparece como una estrategia Europea para estandarizar sus mercados y mejorar su competitividad frente a la agresividad de los industriales Americanos y Japoneses.<sup>2</sup>

En su lógica expansiva, la fábrica obliga a sus proveedores, entre ellos los servicios médico-hospitalarios, para demandarles mayor efectividad, rapidez y capacidad de respuesta a sus necesidades productivas y de mantenimiento de su fuerza de trabajo.

En el caso del I.M.S.S., es precisamente en Monterrey Nuevo León y a instancias de la empresa Altos Hornos de México, donde se inician las actividades para la instalación de programas para el mejoramiento de la calidad en los servicios, ya que en su papel de apoyo externo a la producción, el Seguro Social se incorporó

---

<sup>2</sup> Aunque la Organización Internacional de Estandarización (ISO) inició sus labores en 1947 en Ginebra, Suiza, se consolidan como normas internacionales en 1987 y se emite la primera serie homogénea en 1994 y una nueva versión en el 2000.

en la cadena de proveedores que tuvieron que mejorar sus servicios para eficientar las labores de la industria del acero.<sup>3</sup>

En nuestros días, y en consonancia con la apertura irrestricta de los mercados nacionales y la necesidad de mejorar la productividad y la eficiencia empresarial para incrementar las exportaciones, se generaliza la tendencia a la certificación de la calidad de los productos y los servicios, y el Seguro Social no puede sustraerse de dicha tendencia.

Incluso el gobierno federal, en su papel de garante del capital nacional, inició durante 1996, a través de la Unidad de Desarrollo Administrativo de la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), una ambiciosa estrategia de apoyo para la modernización de la Administración Pública Federal y se ha convertido en juez y parte de los cambios que requiere el aparato de Estado para estar en consonancia con las nuevas pautas de la industria y el comercio mundial. Esta tendencia normalizadora se ha instalado en todas las entidades gubernamentales, muchas de las cuales ya se encuentran certificadas mediante metodologías como ISO 9000.<sup>4</sup>

Uno de los objetivos de nuestras indagaciones se orienta en el sentido de comprender la funcionalidad de los programas de mejoramiento de la calidad desde la perspectiva del cliente (usuario derechohabiente), enfoque explicativo que se encuentra en el marco de la estrategia institucional de modernización de los servicios del I.M.S.S., y que pretende ser una de las estrategias de cambio interno o modernización Institucional, para mantener su viabilidad financiera.

También nos resulta de gran importancia entender desde una perspectiva global y analítica como la de la Sociología, cuál es el impacto de la incorporación de la calidad en las instituciones de salud pública en México, y el papel que pueden jugar los profesionales de la sociología como consultores de procesos organizacionales, a fin de facilitar los procesos de modernización interna, evitando en lo posible la privatización, transferencia o subrogación de los servicios, segunda vía de modernización que explora de manera simultánea la Organización.

De este fin se desprende la necesidad de rastrear la conformación histórica de la Seguridad Social mexicana y su relación con el desarrollo económico y social del Estado, ya que resulta evidente que las instituciones de Seguridad Social han sido

---

<sup>3</sup> Hasta nuestros días, la zona norte del país se caracteriza por ser la más adelantada en la implantación del proceso de modernización y por su estrecha vinculación con las actividades empresariales regiomontanas; para el año 2000 el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, reporta más de 2000 empresas certificadas, la mayoría transnacionales o grandes empresas nacionales.

<sup>4</sup> El IMSS y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo administrativo (SECODAM) firmaron un convenio de apoyo y asesoría por parte de la segunda instancia en 1995, para asesorar y simplificar el proceso de modernización de la Seguridad Social y establecieron un plan quinquenal de modernización mediante una metodología para la Modernización de la Administración Pública Federal. (PROMAP 1995-2000).

una de las bases de legitimación social de mayor utilidad para los Estados latinoamericanos, y en el caso especial de México responde a la dinámica de crecimiento de la economía, globalización de los mercados y al proceso de Reforma del Estado, con las implicaciones negativas del desmantelamiento de su sector social que entró en crisis en la década de los ochenta.

El presente trabajo pretende describir y entender el proceso histórico de consolidación del modelo de Seguridad Social, el por qué de su crisis, las estrategias de modernización que se han planteado (cambio interno vía calidad e incremento de la productividad y cambio externo vía subrogación, transferencia y privatización encubierta), y los posibles escenarios de futuro que se derivan de ellas.

Comprendiendo el vínculo Estado-Seguridad Social, se puede entender la relación imperante entre las Instituciones sanitarias, las políticas estatales de salud, y las modalidades o esquemas de atención a la enfermedad, así como el proceso de expansión de los servicios, la causa de su crisis, las posibles vías de modernización, así como su impacto futuro en la economía, en la vida y salud de los mexicanos.

El primer capítulo aborda la revisión de los marcos conceptuales de la sociología que nos permiten entender los procesos de cambio social, modernización y cambio organizacional, que ofrece un panorama teórico explicativo a partir del cual interpretar el complejo proceso de modernización institucional en las entidades de salud en México. El análisis conceptual permite entender los orígenes del conflicto, los actores sociales involucrados, las finalidades o racionalidades que se ocultan detrás del discurso, y los propósitos y beneficiarios reales de los procesos de cambio en las sociedades globalizadas de nuestros días.

Posteriormente se describen las consecuencias del agresivo proceso de modernización y globalización en que se encuentra el país, lo que supone que el Estado y la economía en su conjunto no pueden sustraerse a las tendencias modernizadoras establecidas por los diversos organismos financieros internacionales, que han dictado el estilo y rumbo de los cambios estructurales de la economía mexicana en las últimas décadas, lo que incluye a las Instituciones que integran al sector salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recapitulamos los orígenes y evolución de la Seguridad Social a fin de entender los por qué y los cómo de la organización de los servicios médico asistenciales; se describe el origen y desarrollo histórico de la Seguridad Social, detallando las condiciones que propiciaron la creación de la institución y la evolución histórica de las diferentes modalidades de aseguramiento, incluyendo una revisión del estado que guardaba la institución en 1992, época previa a los procesos de crisis y modernización que describimos y tratamos de comprender.

Del análisis histórico de la consolidación de la seguridad social, podemos afirmar que existe en vínculo directo entre expansión del mercado y desarrollo de la

infraestructura de servicios de salud, por lo que las recurrentes crisis económicas de los últimos cuatro sexenios impactaron negativamente en la infraestructura de los servicios hospitalarios y provocaron incrementos en la demanda de los servicios, alterando la dinámica del mercado de la salud, ya que a mayor pobreza, mayor utilización de los servicios médico-asistenciales, lo que ha provocado un proceso acelerado de pauperización de las instalaciones, obsolescencia en equipos, e incremento en la demanda de atención, ante la incapacidad de la institución para seguir manteniendo el ritmo de crecimiento y otorgar atención con los mínimos decorosos que requiere la dignidad humana.

En el siguiente apartado se aborda el por qué y el cómo de la reforma estructural de la Seguridad social en el periodo 1995-96, tratando de entender cuáles fueron las justificaciones para el cambio y cuáles los supuestos del proceso de modernización.

Más adelante se describe el proceso de reforma planteado en diciembre de 1995 y se plantean las dos posibles vías de modernización institucional que se han explorado en los últimos años, que son la privatización paulatina, indirecta y diferenciada de las diversas modalidades de aseguramiento, y el proceso de modernización basado en ejercicios internos de modernización apoyados en el cambio de cultura organizacional, en un modelo de administración por calidad, sustentado en el trabajo de equipos multidisciplinarios de proyectos que establezcan nuevas vías para la organización y administración de los servicios.

Es importante destacar que ambas estrategias se implementaron de manera paralela y se siguen explorando hasta nuestros días; sin embargo la evidencia documental y numérica nos hace pensar que la Institución ha optado por la primera vía, sin dejar de considerar los beneficios de la segunda, de la que se esperan los máximos impactos, con los mínimos costos.

En el capítulo tres se analiza el impacto interno de la reforma, a fin de describir los mecanismos y estrategias de modernización y su impacto en la organización del trabajo, el cambio de roles y las modificaciones en la de cultura organizacional y sus posibles consecuencias en el corto y mediano plazos.

Dado que es nuestra hipótesis de trabajo que las estrategias de cambio externo no son funcionales en este caso, apostamos en el capítulo cuatro por la presentación de nuestra propia experiencia como consultores de procesos de cambio en la organización, por lo que se describen experiencias de cambio interno que pueden ser vías alternativas para generar modificaciones organizacionales, apoyados en las metodologías modernas de administración de la calidad, que son de uso universal en nuestros días y también han sido implantadas en el IMSS, ya que suponemos que el proceso de cambio y modernización es posible con el apoyo y talento de los trabajadores de la salud y que la dificultad actual de la organización, estriba en la falta de visión del futuro y del bajo compromiso social de las autoridades Institucionales y del Gobierno.

En el capítulo cinco se aborda el potencial del sociólogo como canalizador del cambio social, analista y consultor de procesos organizacionales y como generador de políticas públicas que apoyen el proceso de modernización en marcha, buscando el involucramiento de los actores de la organización y buscando salidas creativas, que beneficien a los usuarios de los servicios a los trabajadores, y que tengan un impacto financiero que favorezca la viabilidad de la Institución.

En el anexo se resume el proceso experimentado en las unidades del estado de México Oriente y sus consecuencias y se proponen mecanismos para la formación y utilización de capital humano dentro de la organización como mecanismo alternativo de cambio organizacional, pues consideramos que es pertinente asumir los costos de la modernización, pero dándole un enfoque humano, prospectivo e integrador, que beneficie a la organización, los trabajadores y la población beneficiaria de los servicios.

En el capitalismo globalizado de nuestros días, todo parece anticuado, experimentado, revisado o utilizado y se vuelve desechable, pero las organizaciones no deben olvidar que su mejor capital es el talento y la inteligencia de su gente, y que es precisamente ese talento lo que ahora se está convirtiendo en el valor agregado y en la diferencia competitiva de las grandes empresas nacionales y transnacionales, eso que se ha llamado "capital humano" y que no es otra cosa que el trabajo y la inteligencia en acción de sujetos comprometidos con un proyecto común que puede ser el de una organización, su comunidad o su Nación.

Es nuestra idea que modernización, tradición, eficiencia, cultura y cambio, no deben ser mirados como conceptos antagónicos o excluyentes, ya que como lo expresó uno de los mejores exponentes de la poesía mexicana, Octavio Paz, la universalidad deriva de la singularidad, ya que la mejor forma de convertirse en universales nace del conocimiento de nuestra raíz. Entendiendo nuestro pasado, distinguimos lo que nos hace diferentes; consolidando la tradición y afinando la diferencia, podemos ocupar un destacado lugar en el entorno mundial.

## 1 ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA COMPRENDER LOS PROCESOS DE MODERNIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES.

Los enfoques analíticos y comprensivos de la Sociología nos permiten estudiar los procesos de modernización institucional como elementos de interacción del sistema social, en el marco de una sociedad y economía globalizada en la que los actores políticos se disputan el poder, legitiman y comparten su concepto de realidad, establecen marcos jurídicos, normativos e institucionales para la vida social, dándole contenido y sentido a la función del Estado y promueven mecanismos culturales que les permiten volver hegemónica su concepción del mundo.<sup>5</sup>

En este marco de comportamiento social, es que la visión capitalista de la realidad se ha consolidado como el paradigma dominante de nuestros días e impone agresivos e irracionales procesos de modernización de las instituciones burocráticas que le dieron viabilidad técnica, flexibilidad política y cultural, compartiendo con las masas el sueño del progreso técnico, el consumo generalizado, el bienestar y la felicidad.

Para autores como Marshall Berman, este proceso social de construcción de la realidad se fundamenta en el cambio de valores, mitos, estilos de vida y tradiciones que se dan con la consolidación del Estado liberal democrático y que se expresan de modo directo en la tradición política inaugurada por Rosseau.

En su texto todo lo sólido se desvanece en el aire el autor nos comenta.

*“Si en la primera fase de la modernidad hay una voz moderna arquetípica, antes de la revolución francesa y americana, ésta es la Jean Jacques Rosseau. Rosseau es el primero en utilizar la palabra **moderniste** en el sentido que se usará en los siglos XIX y XX y es la fuente de algunas de nuestra tradiciones modernas más vitales, desde la ensoñación nostálgica, hasta la introspección psicoanalítica y la democracia representativa. (, Berman, Marshall, 1994: 03).*

Para Berman la idea de modernidad tiene que ver con la ruptura de las tradiciones y los modos de vida, mediante los cuales los sujetos asumen una nueva forma de mirarse a si mismos y a la realidad, por lo que nos comenta:

*“Ser modernos es vivir una vida de paradojas y contradicciones. Es estar dominados por las inmensas organizaciones burocráticas que tienen el poder de controlar y a menudo destruir, las comunidades, los valores, las vidas y*

---

<sup>5</sup> Una propuesta detallada de los mecanismos de funcionamiento de la arena política y de la interacción de los actores políticos, se puede encontrar en el libro de Majone, Giandomenico “Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas”. FCE/CNCPyAP. México.

*sin embargo, no vacilar en nuestra determinación de enfrentarnos a tales fuerzas, de luchar para cambiar su mundo y hacerlo nuestros. En ser, a la vez, revolucionario y conservador: vitales ante las nuevas posibilidades de experiencias y aventura atemorizados ante las profundidades nihilistas a que conducen tantas aventuras modernas, ansiosos por crear y asirnos a algo real aun cuando todo se desvanezca...* (Berman, Marshall, 1994: X).

La idea de modernidad y modernización son una dupla en relación simbólica que provocan la separación del sujeto y la realidad, disociando al sujeto de su experiencia e insertándolo en la carrera frenética del consumo y logro personal del capitalismo que apuntan hacia ninguna parte, sin mostrar finalidades alcanzables, en las que la lógica de la compra, el consumo y la modernidad, sólo se ofrecen como respuestas momentáneas y provisionales de lo que se es y de lo que se pretende.

*Como diría Marcuse de acuerdo con éste paradigma (el de la modernización), tanto Marx como Freud están obsoletos; no solo las luchas sociales y de clase, sino también los conflictos y contradicciones psicológicas has sido abolidas por el estado de "administración total". Las masas no tienen "yo" ni "ello", sus almas están vacías de tensión interior o dinamismo: sus ideas, necesidades y hasta sus sueños "no son suyos"; su vida interior está "totalmente administrada", programada para producir exactamente aquellos deseos que el sistema social puede satisfacer y nada más. "Las personas se reconocen en sus mercancías; encuentran su alma en su automóvil, en su equipo de alta fidelidad, en su casa de varios niveles, en el equipo de su cocina" (Berman, Marshall, 1994:07)*

De tal suerte que la vida social se vive en el marco de las instituciones y de la moda efímera, que establecen las líneas generales del comportamiento social en el marco del mercado globalizado, en el que todo y todos se venden y compran como mercancías en el mercado mundial.

La idea de modernización se ha convertido en un animal mítico que devora a sus creadores y después a sí mismo, por lo que nada ni nadie se puede excluir del proceso de ser útil, necesario, funcional, estar a la moda, y evitar caer en la obsolescencia; este criterio se aplica a todas la mercancías, procesos, personas e incluso al Estado.

El mercado globalizado de nuestros días compra y vende lo mismo autos, casas la fuerza de trabajo de las personas, las expectativas de crecimiento de las economías e impone acelerados procesos de homogenización económica a nivel personal, social y estatal que persiguen mantener la fluidez en la transacción de los capitales internacionales y obtener las mejores condiciones para la inversión y el comercio.

Siguiendo las ideas de Berman y enlazándolas con la intención de nuestra investigación, podemos comentar que los procesos de cambio social y cambio organizacional, se ciñen en lo general a las pautas modernizadoras que se consolidan en la globalización universal de nuestros días. Sin embargo, es importante comentar que estas tendencias se agudizan y generalizan a partir de las décadas de los sesenta –setentas, antecedendo a la crisis generalizada de los llamados Estados de “bienestar, benefactores, paternos o sociales”, máxima materialización de las ideas del progreso y modernización características de la racionalidad del capitalismo de la posguerra y de la época de la guerra fría.

Quizá es por ello que las respuestas que presenta el autor reseñado, sugieren dos consecuencias a nivel del análisis sociológico: la imposibilidad de entender el proceso de modernización mediante una teoría global e integradora, ya que la modernización solo se puede entender observando y parcializando las consecuencias del proceso de cambio, o eludiendo toda posibilidad comprensiva del mismo, como lo haría Michel Foucault, para quien:

*“Cualquier crítica suena a vacío, pues los propios críticos están en la “máquina panóptica”, dominados por sus efectos de poder que prolongamos nosotros mismos, ya que somos uno de sus engranajes.”*  
(Berman, Marshall 1994 : 25)

Y lo anterior es así, porque todos los comportamientos sociales se dan en el entorno de las instituciones, donde las pautas de comunicación, reglas de comportamiento, normas sociales, los códigos legales y las constituciones no son otra cosa que formas de un poder normalizador que comprende a todos y a todo.

Las tendencias modernizadoras son entonces el impulso a la creatividad permanente, al progreso interminable, al cambio sistemático y continuo, a la diversificación de los medios y modos de producción, a la multiplicación de las mercancías pero también a la masificación del consumo y de los sujetos, a la pérdida de identidad cultural, a la homogenización universal en la que es imposible pensar en la individualidad o diferencia, ya que en palabras de Berman:

*“El hombre existe en beneficio del desarrollo, no el desarrollo en beneficio del hombre”* (Berman, Marshall, 1994:80).

Estos afanes de mantener la carrera hacia ninguna parte, son el incentivo de la búsqueda de productividades incrementadas, de apertura de nuevos mercados, de obsolescencia de los Estados y las personas, ya que la institucionalización y modernización permanente, generan la tensión del nunca estar acabado, del no poder estar a la moda, de buscar las mejores condiciones o adquirir el nuevo programa de cómputo, la ropa a la moda, la más reciente cirugía estética, la versión de computadora personal, el nuevo teléfono, implantar el más reciente modelo de administración, etc.

En esta dinámica de obsolescencia permanente, todo es sujeto a la crítica y todo es susceptible a la transferencia, depreciación acelerada o retiro adelantado, para que el mercado con sus leyes universales y mágicas, lo regule, ajuste y lo venda de acuerdo con las reglas de la competencia universal.<sup>6</sup>

En este marco, aún los conceptos como Nación, soberanía, identidad, cultura, tradición, etc., se vuelven obsoletos y el Estado mismo tiene que asumir y respetar las nuevas reglas del intercambio universal; todo se compra, se vende, incluso la singularidad cultural o la historia.

Es en este complejo proceso histórico, donde se presenta la crisis de los Estados Nacionales en la década de los ochenta, cuando se abren espacios para la crítica a la labor compensatoria y redistributiva del Estado, al que se cataloga de "populista, patrimonial, paternal y protector", en la que los nuevos sectores de las finanzas y la industria, empiezan a considerar a los bienes del Estado como espacios para la expansión de los nuevos mercados internacionales.

La seguridad Social no se puede sustraer de esta dinámica de modernización y cambio acelerado y el mercado de los servicios de salud, antes prácticamente inexistente en nuestro país, empieza a ser visto como un amplio horizonte en donde es posible hacer negocios, por lo que se cuestiona la legitimidad de la intervención estatal para proteger la vida y salud de los mexicanos, argumentando ineficiencia, corrupción, burocracia y gigantismo, procesos todos sólo parcialmente verdaderos.

Con la justificación modernizadora se presenta a los individuos emprendedores como los únicos capaces de resolver los problemas y de racionalizar el mercado de la salud y al hospital privado como nuevo modelo ideal a seguir para otorgar la mejor atención al menor costo.

Por lo anterior, todos los intentos de modernización tienen como finalidad la transferencia a la iniciativa médica privada, (ya sea ésta indirecta, complementaria u oculta) procurando transferir los bienes, capacidades, instalaciones y talentos de las Entidades sociales de salud, a manos de los particulares, que desde la perspectiva del neoliberalismo en el poder en el caso mexicano, se pretende son los únicos que saben cómo volver funcional productiva y efectiva a la Seguridad Social mexicana.

---

<sup>6</sup> Este proceso de fetichización de las mercancías y los sujetos ha provocado la desaparición de ciudades y ramas industriales completas, como sucedió en la ciudad de Detroit con su pujante industria automovilística, donde no sólo las fábricas tuvieron que ser recicladas, sino la tecnología, los conceptos y las personas tuvieron que ser reconceptualizadas y ajustadas al nuevo marco establecido por la competencia salvaje del capitalismo de nuestros días.

### 1.1 La experiencia mexicana de modernización y su influencia en la Seguridad Social.

El proceso internacional de globalización, a pesar de su tendencia concentradora, centralizadora y focalizada en los países industriales del norte, y en las grandes corporaciones internacionales, no ha logrado establecer mecanismos de control social universales, y no podrá hacerlo, por la enorme diversidad de las comunidades y por el complicado entramado de interacciones que consolidan la raíz cultural y social de cada grupo humano, que permite se establezcan mecanismos autónomos de resistencia y adaptación a las tendencias trivializadoras y enajenantes de la modernidad.

De hecho, los países capitalistas se caracterizan por la desigualdad y diversidad de sus mecanismos de difusión y expansión del progreso tecnológico, cultural y material, por lo que cohabitan y se complementan formas modernas de comercio, intercambio cultural y telecomunicaciones, con formas atrasadas e incluso arcaicas de convivencia e integración de grupos que en muchas ocasiones son formas de resistencia cultural que permiten que los diferentes colectivos humanos, hagan válidos sus estilos de vida y sus modos de relacionarse, tal como lo establece Said Vázquez en su estudio sobre la respuesta de comunidades tradicionales como la tepozteca ante los procesos de modernización:

*"La comunidad, las tradiciones, el arraigo al espacio, etc., constituyen la identidad de este colectivo, el cual aparentemente impide cualquier cambio social. No obstante, después del movimiento, la participación política renació con más fuerza de la misma comunidad, reavivando formas que se consideraban ya acabadas. Y si bien no existió una transformación abrupta, el mercado capitalista no dejará de hacer su labor silenciosa al incorporar a las nuevas generaciones a su implacable lógica del consumo" (Vázquez-Salinas, Said, 1999:89)*

Es decir, el capitalismo incluye la paradoja y contradicción entre la pulsión excesiva y devoradora de la moda y el consumo irracional y la búsqueda de continuidad y permanencia de la tradición, del arraigo a la tierra, los valores y estilos de vida; sin embargo, los patrones del comportamiento de los mercados desplazan cada vez más a las personas del campo a la ciudad y las obligan a la migración interna o externa, provocando la incorporación paulatina de las comunidades tradicionales al mercado, rompiendo los lazos de lealtad e identidad entre los sujetos que en ellas viven o dándoles un matiz diferente de folklore o reliquia, que provoca un proceso largo de degradación y cambio social por difusión cultural.

Sin embargo, esta compleja interacción ha provocando una serie de fenómenos anómicos, que desarticulan a los grupos sociales implantándoles los nuevos

patrones de conducta, marcados por la globalización que en el caso mexicano son analizados a detalle por Sergio Zermeño, quien afirma que:

*“Sea como sea una cosa es cierta: la tensión preponderante de nuestra época está dándose entre ese núcleo duro del poder nacional y trasnacional, por un lado y todos aquellos territorios, regiones, comunidades, etnias, poblados, etc., que han decidido refugiarse de la intemperie globalizadora y que para ello han escogido el último de los derechos: el recogimiento en sí mismos, en lo local, alguna forma de autonomía, alguna reconstrucción de la identidad circunscrita a la comunidad, cuando eso es todavía posible: nos sobran ejemplos:.....” (Zermeño, Sergio, 1999:185)*

De este fenómeno dialéctico de modernización-consolidación de la tradición, en parte se pueden derivar los nuevos regionalismos, nacionalismos o tradicionalismos europeos por ejemplo, que se expresan en el regreso al pasado o en la recuperación de la tradición y los valores o la religión como elementos de redefinición o recuperación de la identidad cultural arrebatada por los afanes modernizadores del mercado.

Para Zermeño (1999), los efectos modernizadores en la economía y sociedad mexicana se traducen en varias pautas generales que son, a saber: La fragmentación de los grupos sociales que pierden identidad y razón de ser y buscan salidas desesperadas y aisladas a sus problemas; la dispersión de las sociedades desarticuladas por el mercado y sus nuevas tendencias, que rompen las comunidades y obligan a sus integrantes a incorporarse a la urbe con sus nuevas reglas y modos de relacionarse. En el caso mexicano estas tendencias se expresan en el desplazamiento de varios millones de campesinos que migran del campo a la ciudad o al extranjero, o que se reubican en la zona fronteriza estableciendo nuevas modalidades de relación laboral que alimentan las maquilas, nueva modalidad de la dependencia y la subordinación.

De hecho los mismos empresarios nacionales sufren el impacto de la trasnacionalización y con frecuencia tienen que recurrir al mercado informal, el contrabando o la competencia desleal para mantener sus pequeños negocios o sus magras ganancias. La clandestinidad y subcontratación son fenómenos aparejados a las tendencias enumeradas también, lo que impacta en la sindicalización y capacidad organizativa de los trabajadores cada vez más desprotegidos.

El rostro del capitalismo de nuestros días se caracteriza también por la ruptura de los lazos de identidad y de la tradición comunitaria, lo que deja solo al sujeto y lo aísla de su núcleo. Todo esto genera procesos de desintegración social acelerada de tal modo que incluso las bandas de delincuentes han tenido que aprender a disociarse para adquirir mayor efectividad.

Esta ola de privatización, desconcentración y atomización social se expresa en la salud de la siguiente forma:

*"Del campo de la salud se amputa su componente solidario, que fue su distintivo primordial, para caer en el egoísmo, en el individualismo, "yo cotizo tanto y tengo este seguro privado, tú a ver cómo le haces" (Zermeño, 1999: 191)*

Todos estos fenómenos son recuperados y analizados por Ricardo Pozas en su trabajo "**La modernidad desbordada**", del que se puede recuperar el concepto de globalización no sin antes aclarar como él lo hace, que el ritmo vertiginoso del cambio que impone la modernidad imposibilita la conceptualización de los procesos de transformación o los vacía de contenido, por lo que se vuelve más compleja la labor del analista.

*"Con la globalidad, el ámbito internacional ha dejado de ser lo extranjero por contraste con lo nativo y la soberanía no es ya el horizonte posible de la defensa de la identidad de los grupos sociales que formaron y dieron contenido a las sociedades modernas" (Pozas-Horcasitas, Ricardo, 1999: 150)*

Para el autor comentado, el final de los Estados de bienestar tiene que ver con el fin de la disputa por la hegemonía mundial, en la que se acusa a los Estados con preocupaciones sociales, presentándolos como mecanismos ideológicos e institucionales, con lo que se legitiman las nuevas modalidades del capitalismo y lo que origina una comunidad internacional determinada por el mercado y conducida por la revolución tecnológica, creando una sociedad informacional, caracterizada por la simultaneidad, lo que se expresa en:

*"... una economía sin sociedad y como reacción a ésta, un poder político, sin economía, que se expresa en la imposibilidad de diseñar políticas públicas racionales y previsibles. El proceso de globalización ha creado un nuevo fenómeno masivo de exclusión económica y ciudadana en el mundo." (Pozas-Horcasitas, Ricardo, 1999: 152)*

Es decir, que se pasa de relaciones formales, constitucionales e institucionales a situaciones de interdependencia mundial en las que las pautas, ritmos y formas de interacción están determinadas por los medios masivos de comunicación.

Ahora parece que todo se reduce a bloques o ciclos inconclusos de comunicación, en palabras del autor:

*"... solo existe falta de comunicación entre sus miembros: hoy la comunicación crea una nueva identidad e iguala a los individuos que entran en contacto a través de ella" (Pozas- Horcasitas, Ricardo, 1999: 152)*

Es decir, que el conflicto y la diferencia social aparentan ser sólo desigualdades comunicativas, que se dan en el marco de un fenómeno generalizado de transculturización comunicativa de todas las esferas de la vida privada y pública.

En la época de la comunicación internacional e instantánea parece que todo se puede resolver y sólo requiere de habilidades comunicativas e intercomunicadores, lo que provoca que aquéllo que se considera lastre para la modernización tienda a ser minusvaluado y puesto en desuso.

La etnicidad, la religión, la cultura, la lengua, son elementos que pierden su valor característico y se incorporan en el mercado de significados, símbolos y prácticas que se hibridan o se vuelven mestizos en la comunidad internacional, lo que les quita su valor local y los debilita como mecanismos de control social del Estado, la iglesia, la familia y la escuela.

Sin embargo, como consecuencia de la globalización se presenta un doble efecto, la desintegración de lo nacional y la integración de lo mundial. Pero también se observa la autonomización de las transacciones, los flujos financieros, el poder de las corporaciones y el regreso a la identidad local de los grupos comunitarios o lingüísticos antes integrados forzosamente a identidades nacionales.

*“Vivimos en tiempos caracterizados por las cada vez más frecuentes señales de fragmentación del orden edificado por la última etapa de la modernidad: fuerzas sociales centrifugas y creación de identidades locales particulares, que son el reverso de la integración y uniformación del mundo en el plano global. Unidad y diversidad diferenciada son los términos que construyen la paradoja de la globalidad regionalizada en este final del siglo XX”*  
(Pozas- Horcasitas, Ricardo. 1999: 153)

La comunicación global hace pequeño al mundo y rompe los criterios de tiempo, ahora todo se vuelve sincrónico, todo se mezcla, todo se comprime.

*“La globalidad se caracteriza por una doble dimensión: el alcance, es decir, la extensión y la intensidad o la velocidad de los fenómenos que le son propios...”* (Pozas-Horcasitas, Ricardo. 1999: 154).

Lo anterior provoca que todo se acelere y se vuelva simultáneo, generando la interconexión e interdependencia del sistema a nivel mundial, que hace que los actos sociales, económicos y políticos se vuelvan significativos sobre los individuos y comunidades situadas en distintas partes del globo.

Lo local y lo global se vuelven virtuales e interdependientes por lo que no se requiere la presencia de los individuos para su interacción; ahora por ejemplo se puede participar en la política mundial mediante comunicados virtuales o peticiones canalizadas por internet y provocar decisiones de gobierno que antes se hubieran antojado imposibles, como evitar la ejecución de una persona o promover su liberación desde el otro lado del mundo.

Se presenta un doble fenómeno: la interconexión entre los Estados y las sociedades y la compactación de los procesos políticos.

*“En el presente los medios de comunicación ocupan un lugar preponderante en el tiempo vital de los individuos en la vida social; de estos medios, es la televisión la que tiene el papel central: a través de ella se ponen en relación directa la vida privada y la realidad global (Pozas-Horcasitas, Ricardo. 1999: 155)*

Algunos autores como Juan Carlos de León suponen incluso que con las nuevas tendencias modernizadoras se rompe todo lo privado y se vuelve público acortando la esfera de lo individual; o que la esfera de lo público se vuelve de acceso privado, por lo que cualquier ciudadano puede consultar las actividades, salarios y proyectos de los funcionarios, lo que rompe la parte oscura del poder, el criptopoder o poder secreto.<sup>7</sup>

Vivimos en la época de la imagen, por lo que aún el discurso se vuelve fugaz y se incorpora a la lógica del mercado, que lo transforma el flash o videoclip, lo que nos vuelve, simultáneos, globales y comunitarios pero también, nos aísla y nos separa de los demás.

*“La característica más importante de la cultura planetaria de masas, es su capacidad de homogeneizar las formas de identidad global sin disolver las culturas nacionales, étnicas y regionales, sino operando racionalmente a través de éstas, con estrategias de mercadotecnia que absorben las diferencias en los valores y las representaciones que sustenta un estilo de vida preponderantemente identificado con la americanización”. (Pozas-Horcasitas, Ricardo. 1999: 157)*

Todo este proceso se traduce en nuevas modalidades de intervención Estatal que tienen un matiz mucho más ciudadano, pero también mucho más segregacionista en el que de acuerdo con los criterios de eficientismo global se elimina a los incapaces de competir, pero también se les excluye del beneficio social que aportaba el Estado mediante sus acciones de política social, como la Seguridad Social.

Se rompe el corporativismo, se desmasifican las clientelas electorales cautivas y la participación y control social se convierten en exclusión y orfandad. La sociedad se vuelve diversa y diferenciada, pero también el poder se elitiza y la decisión

---

<sup>7</sup> El gobierno de Vicente Fox pretende consolidar un proyecto de gobierno electrónico (conocido como e-gobierno) en el que se podrá consultar los ingresos actividades, ubicación, funciones y atribuciones de prácticamente todos los funcionarios, públicos que ahora tienen que presentar anualmente una declaración de recursos patrimoniales que le permite al Gobierno seguir el consumo, capacidad de compra y hábitos de sus trabajadores, no sólo detectar el enriquecimiento ilícito.

política se vuelve exclusiva de la tecnoburocracia, que gravita en la autonomía del sistema económico, comenta el sociólogo mexicano.

La fuerza de la élite tecnocrática tiene que ver con su capacidad de interlocución con las agencias económicas multilaterales, lo que provoca la subordinación de los políticos a los intereses de los técnicos que controlan la administración.

*“Sin embargo la diversidad de respuestas de los actores políticos, conduce crecientemente a un acotamiento de las acciones de los Estados y de sus formas de legitimidad, abriendo al mundo de lo posible a nuevas formas de relación política, que rompen los parámetros establecidos en las conductas fijadas por las reglas de los sistemas autoritarios de participación restringida” (Pozas-Horcasitas, Ricardo. 1999: 160).*

En este escenario de aceleración de las transacciones de interacción de las economías, de intercambio generalizado de mercancías y signos, se dio el proceso de estabilización y ajuste de las economías latinoamericanas que entraron en etapas de crisis estructural a partir de 1982, siendo precisamente en esta época cuando se establece la vinculación entre la crisis de la economía y la decadencia de la Seguridad Social Mexicana.

En el marco de estos llamados “cambios estructurales” establecidos a nivel internacional desde los organismos financieros internacionales como el Fondo monetario Internacional (FMI), se propuso el ajuste económico mediante medidas de austeridad presupuestal, la eliminación de subsidios y la desaparición de los apoyos en los que se sustentaban las políticas sociales consideradas tradicionales en el Estado de bienestar, que después fueron descalificadas por los tecnócratas por considerarlas populistas. Es decir, los compromisos sociales del gobierno empezaron a ser vistos como ideológicos y malas inversiones, justificando la intervención de los empresarios en servicios que poco antes eran estratégicos y justificaban el contenido social de las intervenciones estatales.

La privatización paulatina de los sectores sociales de la economía, ha fortalecido el proceso de concentración del ingreso y la consolidación de una nueva clase dominante apoyada en instrumentos de acumulación acelerada de capital, ligados a la especulación bursátil y a un alto grado de corrupción en la privatización de las empresas nacionales.

Pozas comenta en sus textos, que parte de los procesos de crisis actual en nuestro país, se derivan de la alta porción de ingresos financieros que se utilizan para fines especulativos (llegan a ser del 80%), lo que provoca la pérdida de control del Estado sobre las finanzas públicas e incorpora al Estado en el comportamiento de los mercados financieros globales, lo que trae como consecuencia que las decisiones de política económica y social se tomen en las agencias internacionales, más que en las oficinas del Gobierno Mexicano.

Esta lógica de administración de la política social supone entonces, que es necesario reestructurar el sector social de la economía (incluyendo a la Seguridad Social). Y de esta manera de ver la relación entre el Estado y la población se deriva la búsqueda cada vez mayor de la ciudadanización, de la economía, de la libertad individual y libre mercado, como mecanismos naturales de regular la economía y las relaciones entre el gobierno y ciudadanos. En un gobierno ciudadano como el de nuestros días, cada quien debe conseguir y pagar sus servicios de salud como pueda, parece ser la conclusión de los neoliberales en el poder.

Este es el marco de reforma del llamado Estado Social y la entrada al mundo de las economías globalizadas, la solidaridad, la redistribución de la riqueza y la llamada justicia social, se presentan como lastres de los gobiernos populistas del pasado.

*"En la década de los ochentas los conceptos estratégicos de la política económica y social fueron: recortar, diferenciar, disminuir y disciplinar, comenta" (Pozas, Horcasitas, Ricardo, 1999: 165).*

Sin embargo, el cambio de élite en el control del Estado no ha mejorado ni diferenciado la administración de las finanzas públicas nacionales, ya que algo que caracteriza a ambas élites la de la clase política y la de la tecnocracia es el grado de corrupción en el manejo de los bienes del erario, ya que como comenta el autor :

*"Metafóricamente podemos decir que unos robaron al Estado y los otros se robaron al Estado" (Pozas-Horcasitas, Ricardo, 1999: 168).*

El proceso de Reforma de la Seguridad Social mexicana fue en parte consecuencia de los cambios estructurales de los Estados latinoamericanos en los años ochenta, determinados por las nuevas prioridades estratégicas de los países desarrollados, dictadas desde Washington y ejecutadas mediante las directrices del Fondo Monetario Internacional, en las que se determinó como relevante ocupar los nuevos nichos de mercado que se originaron mediante el abandono de las políticas sociales en las áreas de gobierno, que atendían a los sectores más estratégicos de las economías emergentes, como la distribución de energía eléctrica, el petróleo, agua o los servicios de salud.

Como hemos comentado hasta aquí, conceptos como modernización, progreso y globalización nos pueden servir como marcos conceptuales para entender las transformaciones en las instituciones nacionales y el manejo de las políticas públicas en nuestro país en las últimas décadas, ya que se dan en el marco de la transición del Estado social mexicano de fin de siglo que se integra a una economía globalizada que establece reglas universales de intercambio y marca nuevos derroteros a la política social de los Estado emergentes.

La reforma de la Seguridad social fue un fenómeno común en Latinoamérica, Europa e incluso en América del Norte, y en todos los casos las intenciones fueron las mismas: abatir los costos, bajar la cobertura de los servicios, eliminar las pensiones, transferir los costos de la atención a los consumidores y dar pie a la consolidación de un nuevo sector de los servicios, el de la atención privada de la salud pública.

Ser moderno desde esta perspectiva es dejar que los hospitales privados atiendan la Seguridad Social, disminuyendo los costos y los compromisos sociales con los trabajadores, que han dejado de ser interlocutores del poder y cada vez son más relevantes para el desarrollo del modelo de industrialización.

## 1.2 Origen y desarrollo histórico del modelo de Seguridad Social en México 1942-1972.

Con la construcción del Estado Nacional en los años posteriores a la revolución, se rompieron las trabas que imposibilitaban la organización obrera, lo que permitió la integración de centrales obreras como la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM) y la Confederación de Trabajadores de México (CTM), que se convirtieron en mecanismos de negociación de los obreros organizados, para exigir la cobertura de las necesidades de salud más urgentes de los asalariados mexicanos. Estas acciones una vez convertidas en Instituciones, desarticularon la actividad de la Iglesia como oferente de servicios médico-asistenciales y dieron origen a un ambicioso modelo de Seguridad Social que incrementó radicalmente la esperanza de vida en el territorio nacional.

En México, hasta la década de los años cuarenta, las formas organizadas de protección a la enfermedad, la indigencia y la muerte prematura (derivadas de las condiciones laborales y la intensidad en el trabajo), provocaban una esperanza de vida baja, alta rotación laboral, baja productividad y un gran número de accidentes de trabajo, por lo que la consolidación del modelo de desarrollo industrial derivado de la revolución mexicana, requirió la creación de Instituciones sociales que aseguraran una mayor rentabilidad económica para la industria y mejores niveles de calidad de vida de los trabajadores de fábrica, de lo que se derivó la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es precisamente como reflejo de la consolidación del Estado posrevolucionario y de la organización y consolidación del movimiento obrero, como se perfiló la función mediadora de las instituciones del Estado ante la enfermedad, la muerte y la indigencia. El mecanismo mediante el cual se formalizó la protección de los trabajadores fue el Seguro Social de la década de los cuarenta.

Es importante recordar que la Seguridad Social en todo el mundo aparece después de la consolidación del Estado y de la institucionalización de sus relaciones con el movimiento organizado. En el México de la década de los

cuarenta, ya existían confederaciones obreras con capacidad negociadora como la CROM y la CTM y sindicatos de la envergadura del sindicato de mineros que según Basurto (1984), contaban con una importante membresía y capacidad negociadora.

*“ Uno de los sindicatos más importantes del país es el sindicato Industrial de Trabajadores Mineros, Metalúrgicos y Similares de la república Mexicana (SITMMSEM) que en 1940 contaba con 50.444 miembros y 10 años mas tarde con 52.000, agrupados en 170 organismos sindicales (secciones) que gozaban de amplia independencia en el seno de la organización principal (la CTM), razón por la cual podía considerársele prácticamente como una federación sindical más que como un sindicato propiamente dicho”.* (Basurto, Jorge. 1984: 226)

Es durante el gobierno de Manuel Ávila Camacho en 1943, cuando aparece la Seguridad Social mexicana. Hay que recordar sin embargo, que aún cuando existieron propuestas anteriores como la presentada en 1938 durante el gobierno de Lázaro Cárdenas, éstas no fueron viables, por la coyuntura política y por la incapacidad organizativa y administrativa del gobierno, por lo que fue necesario que el presidente en turno contara con una mayor capacidad institucional y un proyecto aceptable para todos los sectores de la sociedad.

El momento del nacimiento de la Seguridad Social es paradójico, pues no fue suficiente la decisión estatal para su construcción; se requirió del apoyo de importantes sectores sociales en un principio renuentes y de la demostración de la superioridad de la medicina institucional frente a la práctica privada. La paradoja consistió en que la Seguridad Social nació a pesar de la resistencia obrera y en instalaciones subrogadas con apoyo de médicos particulares.

El modelo nacional de salud logró su integración definitiva con el desarrollo de la medicina de especialidad, dos décadas después en la década de los sesenta, debido a que la magnitud y complejidad de las funciones hospitalarias no podían ser cubiertas en su totalidad por los hospitales privados y no podían ser transferidas a los médicos locales, por sus altos costos iniciales y por los periodos largos de amortización de la inversión, lo que dejaba descubierto el mercado de los servicios de salud.

Es con la creación de una importantísima infraestructura hospitalaria que surgió con el acelerado proceso de expansión industrial en las décadas de los 60-80's, como se consolida la Seguridad Social mexicana, consecuencia de la atención a las demandas más políticas que médicas de los grupos sociales en ascenso y con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo .

Sin embargo, la red de nosocomios no fue diseñada a partir de criterios de política pública o de criterios técnico-médicos, razón por la cual la ley del Seguro Social

tuvo modificaciones importantes durante la década de los setenta (1973), momento en el que se incorporaron nuevas ramas de aseguramiento que tuvieron como finalidad compensar la inversión realizada para la construcción de hospitales, ampliando la atención de la "medicina familiar", impulsando un programa de expansión de los servicios de atención a los núcleos poblacionales no considerados en el proyecto original (atender solo a los trabajadores, pero no a sus familias), estrategia que ocasionó conflictos en la orientación del modelo de asistencia médica, lo que originó la resistencia del personal médico en la década de los setenta.<sup>8</sup>

El ajuste al modelo de Seguridad Social en esta época, fue una respuesta parcial a las demandas obreras y un mecanismo para evitar la beligerancia de algunos sectores pujantes de las clases medias que se originaron como consecuencia del despliegue del modelo de crecimiento estabilizador. De allí que la ley del Seguro Social funcionara como un mecanismo de compensación de los diferentes actores políticos organizados, ya que en la medida que estos adquirieron suficiente influencia económica, social o política, como para o ser reconocidos o útiles en el proyecto de expansión industrial, exigieron la creación de nuevas modalidades de aseguramiento. Todos los nuevos esquemas de atención a grupos diferenciados, como los cañeros, jornales, taxistas, etc, se generaron con un afán incluyente y universalizador, que corrió paralelo a la aparición y organización de estratos sociales en un país que se volvía más complejo, urbano, polarizado y diverso.

El concepto de "Medicina Social" aparece en los setenta y pretende ampliar la medicina familiar, la acción de tipo epidemiológico, la prevención y educación para la salud, mediante procedimientos médico-sanitarios. Sin embargo, su propósito incluye también la masificación de los servicios de salud, acercando la infraestructura médico-hospitalaria a los polos de desarrollo industrial, ya que si se observa con cuidado la distribución histórica y la naturaleza de las instalaciones sanitarias, se podrá observar una correlación entre los centros de actividad empresarial, los cinturones de vivienda urbana y suburbana y la distribución de las unidades médicas y hospitales.

Por ejemplo, en el caso del IMSS en el Estado de México, es muy evidente este fenómeno, ya que coincide la distribución de la infraestructura sanitaria, con los municipios altamente industrializados como el corredor Naucalpan-Tlalnepantla-Ecatepec y la zona Toluca-Lerma.

El modelo de desarrollo estabilizador utilizado durante la década de los sesenta se caracterizó entre otros atributos, por generar un crecimiento industrial y mercantil acelerado pero polarizado, que centralizó las actividades económicas en los Estados de la meseta central, por ello la expansión de la cobertura médica obedeció a un patrón similar. Este fenómeno se repitió en forma paralela en los

---

<sup>8</sup> Recuérdese la movilización sindical de los profesionistas del IMSS en el marco de la huelga de médicos en esa época.

Estados norteños, como lo podemos constatar en el trabajo del Dr. José Narro, lo que nos permite afirmar, que las entidades más industrializadas, son también las que cuentan con mejor infraestructura médica.

Para este periodo histórico, la médica social aún no contaba con una definición práctica o conceptual, sin embargo proporcionó un argumento ideológico acabado y efectivo para la participación del Estado en el otorgamiento masivo de los servicios médicos, ya que no restringía el significado de la medicina social al primer nivel de la atención (la medicina familiar), sino que incluía a todos los tipos de atención médica y asistencial en el sistema, presentando al gobierno como el mayor promotor y garante de la salud y el bienestar de la población.

La cobertura de servicios a nivel nacional obedeció más a lineamientos políticos que a criterios epidemiológicos, por lo que no logró atender de forma efectiva y eficaz a la población; sin embargo, los indicadores de morbi-mortalidad reflejaron mejoramientos significativos en los niveles de calidad de vida de los mexicanos, en la segunda mitad del siglo XX.

La historia del Seguro Social es en cierto modo, un reflejo del proceso de industrialización y modernización del aparato productivo del país, que no es ajeno a la constitución misma del Estado Nacional. Situación que se repitió con sus particularidades en todos los países latinoamericanos, en los que el Estado se convirtió no solo en garante y soporte del desarrollo industrial, sino que en algunos casos se presentó como apoyo directo para las actividades comerciales de los empresarios, ocupando los mercados poco rentables o de baja plusvalía, para transferirlos a la iniciativa privada cuando fueron reestructurados, mejorados o consolidados, como ha sido el caso de otros servicios estratégicos como la banca, la construcción de autopistas o la industria telefónica.

Resumiendo el proceso descrito podemos decir que en el desarrollo histórico del modelo de industrialización en México, se requirió de una fuerza laboral organizada y reconocida políticamente por el Estado para generar una institución de servicios de salud con un carácter nacional y social, que vivió un proceso de consolidación a partir de la creación de una política de salud, basada en una ideología de la medicina socializada, en el contexto de una economía y sociedad emergentes con tendencias a la modernización y urbanización aceleradas.

Con la ampliación de la medicina de especialidad, el Seguro Social logró adquirir su carta de legitimidad y desplazar definitivamente a la medicina privada y a la iglesia del mercado de los servicios de salud. Todo lo anterior mediante la creación de una monumental infraestructura médico-hospitalaria en la que el Estado se presentó a sí mismo, como el promotor de la asistencia ante la enfermedad y como el protector de las clases trabajadoras.

Aún y cuando no es posible establecer un vínculo directo entre los programas de salud y la mejora en la esperanza de vida, ya que los cambios en la salud pueden relacionarse con el proceso mismo de desarrollo urbano, el cambio de patrones de

alimentación y estilos de vida, como lo describe el Dr. Narro en su visión de la Seguridad Social de fin de siglo, pueden haber determinado el incremento en los años de vida y la calidad de la nutrición de los mexicanos. (Ver su propuesta en Narro- Robles, José : 39-54).

La cobertura hospitalaria requirió de complementos naturales que aparecieron en la forma de nuevos proyectos de salud orientados al conjunto de la sociedad como la "Medicina Familiar", la "Medicina Preventiva" y la "Medicina del Trabajo", que buscaron equilibrar las acciones en materia de medicina especializada. Con la nueva medicina social se atendió a grandes núcleos demandantes de medicina general y se amplió la atención preventivo-epidemiológica, hacia los estados más pobres y a los sectores más desprotegidos.

El crecimiento de la cobertura fue desigual y regionalizado, como el crecimiento de la economía, porque obedeció a los requerimientos de la expansión del modelo de desarrollo industrial, situación que generó crisis en los setenta y fue resuelta con la incorporación de nuevas ramas y modalidades de aseguramiento que dirigieron la atención al medio rural, mediante la incorporación de nuevas modalidades de aseguramiento como fue el caso de los cañeros, jornaleros agrícolas y campesinos organizados. Cabe mencionar que, al igual que en el pasado, solo se incluyó a los actores rentables para la consolidación de los proyectos de desarrollo rural. El IMSS COPLAMAR, que nació posteriormente, tuvo un afán de universalización de la medicina social, y aunque su accionar pretendía la consolidación del Sistema Nacional de Salud, sólo tuvo impacto en 17 entidades federativas y fue perdiendo presencia poco a poco hasta que las unidades médicas de campo fueron absorbidas por los sistemas estatales de atención a la salud como la S.S.A o el ISSSTE.<sup>9</sup>

Con el IMSS-COPLAMAR se culminó la creación de la infraestructura para la salud a nivel nacional y se incorporó bajo el régimen obligatorio a varios sectores sociales todavía no favorecidos. De allí que el nuevo reto para la década de los ochenta fue la integración de un verdadero Sistema Nacional de Salud, que se inició con la creación de la "Coordinación General del Sector Salud" en 1981 y que tenía por objetivo estudiar las posibilidades de integración de todas las instituciones de este tipo en un solo organismo de carácter nacional.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Las memorias históricas del IMSS describen a detalle el proceso mencionado. Para el año 2000 el IMSS Coplamar convertido en IMSS Solidaridad seguía manteniendo la misma cobertura geográfica y atendía a diez millones novecientos mil personas. Como se podrá observar, los problemas de regionalización y desigual cobertura determinada por el desarrollo económico regional, no se han resuelto, sino agravado a consecuencia de la crisis sistémica de la economía y de la Institución. La información detallada se puede consultar en el informe de labores del Director General del IMSS, rendido el 13 de marzo del 2001 ante la LXXXVIII Asamblea General Ordinaria.

<sup>10</sup> En su evaluación del desarrollo histórico de la Seguridad Social Mexicana el Dr. Narro comenta que la intención universalizadora, que estuvo presente desde años antes, se mantenía en vigor hasta la década de los noventas, cuando se hablaba de un sistema Nacional de Salud, para mayor información vea el trabajo del Dr. Narro, en "La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI". 1992, pp. 75-76.

En su evaluación del desarrollo histórico de la Seguridad Social Mexicana el Dr. Narro comenta que la intención universalizadora, se mantenía en vigor hasta la década de los noventas, cuando se hablaba de un sistema Nacional de Salud.

Como se puede observar, el planteamiento de la seguridad tenía para entonces un carácter progresivo, incluyente y universal, sin embargo, su dependencia del modelo de crecimiento y de las líneas generales de la conducción del Estado que fueron su soporte inicial, se convirtieron al correr de los años, en su obstáculo insalvable y en su aparente debacle.

La llamada crisis estructural del Estado benefactor en la década de los ochenta, lo fue también de una Seguridad Social masificada, con tendencia universal, solidaria y equitativa que fue la que se construyó en los primeros cuarenta años del Seguro Social.

Con la incorporación de un nuevo modelo de crecimiento económico, que pone los intereses privados por encima de los intereses colectivos de la nación, tener un Instituto grande, funcional, redistributivo y poderoso, se antoja como innecesario, estatista o burocrático. Además, los fondos sociales y los recursos manejados por la Institución eran tan cuantiosos que bien podrían ser la base para nuevos proyectos de crecimiento y modernización, dirigidos por el capital financiero nacional e internacional.

En la coyuntura internacional actual de Estados "Representantes Comerciales", o "Gestores de la economía", no resulta rentable un Sistema Nacional de Salud, cuando la atención a los enfermos puede ser un excelente negocio para los bancos, las aseguradoras y el pujante sector de los hospitales corporativos privados.

Esta parece ser la línea de pensamiento de los industriales y banqueros en el poder y la de los últimos cuatro equipos de Gobierno, por lo que la reforma y modernización de la Seguridad Social en México no aparece como algo coyuntural, sino como una necesidad irrenunciable, para hacer más competitivo al mercado nacional.

La época de la crisis de la Seguridad Social, como manifestación de los tropiezos del Estado Benefactor, fue paralela a las crisis de los Seguros Sociales latinoamericanos y europeos. Además, si se compara la velocidad de la reforma mexicana, con los procesos de cambio de las Cajas Latinoamericanas de Seguridad Social, la reforma del Seguro Social ha sido un proceso tímido y lento, ya que desde los ojos del gran capital nacional e internacional, la acción correcta debió ser la privatización completa y definitiva desde hace algunos años.

Los industriales nacionales y extranjeros han puesto su mirada en un renglón económico antes despreciado, por su baja rentabilidad y sus ciclos largos de amortización, ya que la atención médica, los seguros médicos y las pensiones, sólo se han convertido en buenos cotos de negocio hasta hace muy pocos años.

Con la consolidación de los sistemas de Seguridad Social y la creación de una poderosa infraestructura médica, se volvió rentable la participación privada de los empresarios nacionales y las aseguradoras, por lo que los proyectos de reforma o privatización que han promovido e incluyen a la nueva ley del Seguro Social, pretenden transferir paulatinamente la atención médica a los particulares. Esta situación no se da solo en México, sino en otros países latinoamericanos como Chile, Costa Rica, Panamá, Puerto Rico, etc., donde los empresarios esperan controlar en las próximas décadas más de un tercio del producto interno bruto, una inmensa masa de capital que puede ser un gran incentivo para los negocios nacionales y extranjeros.<sup>11</sup>

### 1.3 Transformaciones en el modelo de Seguridad Social 1973-1991.

La crisis del modelo de acumulación de capital en la década de los setentas y el incremento en la velocidad del desarrollo industrial derivado de los procesos de globalización, ocasionó la adopción inflexible de políticas contrarias a la función social del Estado en todos los países Latinoamericanos y ha convertido a las naciones, en empresas mercantiles que compiten en un mercado abierto de consumidores voraces, exigentes e informados.

Es natural por lo tanto que la inserción de nuestro país al mercado mundial fuera condimentada por la privatización, y reconversión industrial con su preocupación por la rentabilidad y la calidad, incorporando a todos los sectores económicos incluido el de los servicios médico-hospitalarios, a la nueva estrategia de la nación "todos para el mercado, el mercado para nosotros" (los industriales y banqueros).

La crisis de la Seguridad Social en México, fue la del estancamiento económico recurrente, la caída del empleo, los salarios y las cotizaciones, ya que mientras la economía se mantuvo creciendo, los indicadores de aseguramiento, eran uno de los platillos fuertes de los informes presidenciales y ahora pocos hablan de ellos.<sup>12</sup>

El Desmantelamiento de la Seguridad Social mexicana ha tenido una estrategia de largo plazo y su propio estilo de implementación, privatizando de manera indirecta

<sup>11</sup> Un ejemplo de las acciones y consecuencias de la privatización de la medicina social que describe el proceso de modernización en Costa Rica se encuentra en el trabajo de Vargas-Fuentes, Mauricio, 1993.

<sup>12</sup> Aún ahora lo son, pero sirven para decirnos que todavía no estamos desempleados o hemos conseguido trabajo en una maquiladora con salario mínimo, además de que los indicadores de aseguramiento han dejado de ser atractivos desde el punto de vista económico o financiero ya que debido al estancamiento económico sus diferencias son poco significativas y un buen pretexto para las quejas del SNTSS, ya que cada vez es más evidente la relación inversa entre crecimiento de la demanda de servicio y la infraestructura y el número de trabajadores activos, ya que aumenta la cobertura, el número de hospitales y disminuye la proporción de trabajadores activos que atienden los nosocomios.

informal y cambiando todo pero sin que sea demasiado evidente, de forma pausada, paulatina y experimental. La pregunta que el capital financiero parece plantearnos es la siguiente: ¿Cómo decirle a los obreros mexicanos, que en la nueva coyuntura industrial, científica y tecnológica, no son tan necesarios y que por lo tanto o se ajustan a las nuevas condiciones labores, al nuevo ritmo y estilo de trabajar que imponen las grandes corporaciones internacionales, o enviamos nuestras manufacturas a Singapur, Indonesia, China o Brasil?

La función de la Seguridad Social ha cambiado, porque el contexto económico mundial se ha modificado, de lo que se deriva la revisión de los fundamentos de la actividad estatal como garantía del mantenimiento y salud del tejido social de la Nación; tener un pueblo sano y longevo fue relevante cuando era necesario para consolidar el proyecto de desarrollo económico, ahora ya no lo es, porque la economía mexicana crece hacia fuera, no a partir del mercado interno.

Solo así se puede entender que un presidente como Bill Clinton en Estado Unidos se empeñara por defender y mantener un sistema de Seguridad Social como el norteamericano<sup>13</sup>, y que el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo insistieran en recomendar amplios cambios en las organización de salud de países como el nuestro y nos propongan ahora, que cada cual compre su seguro médico, ahorre lo que pueda y confíe en que el Estado lo sacará de la indigencia si no cubre la cuantía mínima de su seguro médico, situación que en voz de los expertos en servicios de salud, incluye a un alto porcentaje de los asegurados actuales y futuros.<sup>14</sup>

#### 1.4 La Seguridad Social mexicana en 1992.

Si recurrimos a una de las voces Institucionales que han descrito los logros de la Seguridad Social en nuestro país podemos recordar la del Dr. Narro, que para 1992 describía los logros del sistema nacional de Salud de la siguiente manera:

- *Tenia una cobertura del 56% de la población.*
- *Incluyendo al IMSS-Solidaridad tenían una cobertura potencial del 70% de los mexicanos.*
- *Multiplcó por trece su población atendida de 1943 a 1992.*
- *Contaba con 2,900 unidades, en las que se contabilizaban 347 hospitales*

<sup>13</sup> La Seguridad Social Norteamericana no es una de las mejores a nivel internacional, ya que cuenta con un sistema mixto de cobertura, que se complementa con seguros privados de pólizas de cobertura y riesgos predeterminados y que requieren pago una vez que se rebasa el monto asegurado, por lo que es un esquema de los menos favorecidos en el ámbito mundial. A pesar de ello el gobierno tuvo que vencer una gran resistencia de los republicanos en la década de los noventa, que lo quisieron transferir totalmente al dominio de las aseguradoras privadas.

<sup>14</sup> Vea el trabajo de Ulloa-Padilla, Odilia, (1996). "Nueva ley del Seguro Social: la reforma provisional de fin de siglo". pp 27-40.

- *Empleaba a 242,000 trabajadores, que atendían 35,000 camas, 16,000 consultorios, 1,100 quirófanos, 1,075 gabinetes de radiología 500 laboratorios, 600 salas de expulsión y un centenar de bancos de sangre.*
- *Atendía 410,000 consultas, 5,500 operaciones y hospitalizaba a 9,250 personas diariamente.*
- *Existían Estados en los que el 100% de los municipios contaban con servicios médicos como Aguascalientes, Baja California Norte y Sur, Campeche, Coahuila, Colima, el D.F., y el Edo de México, entre otros.*
- *Se atendía a 650,000 patronos de los cuales 542,000 eran de la provincia. (Todas las notas son de Narro-Robles, José. 1992: 72) <sup>15</sup>*

En lo relativo al funcionamiento del IMSS el Dr. Robles comenta:

*“Para cumplir con su tarea, el Instituto cuenta con una capacidad instalada de gran importancia. El primero de unidades de atención médica que es de 1991 e incluye 226 hospitales generales y 40 de alta especialidad que en su mayoría integran los 10 centros médicos existentes estratégicamente regionalizados. En total se cuenta con más de 28,000 camas hospitalarias que tienen un índice de ocupación del 80%; con 12,733 consultorios, 888 quirófanos, 488 salas de expulsión, 1,910 peines de laboratorio y 750 salas de rayos x entre otros muchos recursos”. (Narro-Robles, 1992: 73-74)*

*El IMSS Coplamar atendía a más de 11 millones de personas en más de 12,000 comunidades rurales, en 17 entidades federativas. También a 1,225,000 pensionados con 1,033,000 familiares. (Narro- Robles, 1992: 74)*

*Se otorgaban 328,000 consultas, más de 2,000 partos y 5,000 intervenciones quirúrgicas diarias. (Narro- Robles, 1992: 74)*

*“Para el otorgamiento de las prestaciones sociales se dispone también de una estructura significativa; se cuenta con 373 guarderías, 126 centros de Seguridad Social, mas de 1000 centros de extensión de conocimientos 24 centros deportivos, 16 velatorios, 74 teatros y cuatro centros vacacionales, a través de las acciones que se realizan millones de mexicanos son beneficiados”. (Narro, Robles, 1992: 74)*

Sin embargo, a pesar del optimismo en la posibilidad de la consolidación del Sistema Nacional de Salud, esperanza que todavía se albergaba en 1992, el mismo autor presentaba algunas reflexiones que ya perfilaban la crisis del sistema

<sup>15</sup> Se recomienda ampliamente la lectura del Texto de Narro, ya que es un excelente resumen del comportamiento histórico de la Seguridad Social Mexicana, en la que aporta un significativo número de datos sobre el comportamiento de la organización de los que se obtuvo la lista presentada. Para mayor detalle vea Narro-Robles, José, 1992. "La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI".

ya que en el mismo documento presenta un diagnóstico poco halagador en el que comenta.

*“En el país aún se padece el azote de enfermedades que reflejan los rezagos e inequidades existentes en la sociedad. La pobreza caracterizada por deficiencias notables en alimentación, el nivel educativo, el ingreso familiar, las condiciones sanitarias, la vivienda, el empleo y el acceso a los servicios de salud, todavía golpea a núcleos importantes de la población y contribuye en parte de la patología perinatal, la influenza y las neumonías, las infecciones intestinales, los hechos violentos, las enfermedades carenciales, la tuberculosis y el sarampión, que están representadas entre las primeras causas de muerte”. (Narro- Robles, 1992: 41)*

Además, el país había incorporado las consecuencias del desarrollo industrial, como las enfermedades cardíacas, los tumores, los accidentes de tránsito y la diabetes, que explicaban el 40% de las defunciones, en esos días.

Las enfermedades infecciosas seguían dando cuenta del 23% de los años potenciales de vida que se perdieron en 1986, lo que hacía un 50% si se incluía a las enfermedades del corazón y los tumores.

Narro presenta las importantes diferencias regionales cuando comenta que

*“..... en tanto que cerca del 90% de la población de Nuevo León cuenta con protección de los sistemas de Seguridad Social, en Oaxaca la cifra no alcanza siquiera el 25%” (Narro-Robles, 1992: 46).*

Otras diferencias clarísimas son las proporciones de recursos e infraestructura que son tres veces mayores en Nuevo León que contaba con casi el doble de camas censables, de personal médico y enfermeras. Obviamente la mortalidad registrada para Oaxaca tiene que ver con las enfermedades de la pobreza y las de Nuevo León se parecen más a las de los países desarrollados.

Para 1992 persistían las enfermedades respiratorias, y diarreicas, los accidentes, las muertes violentas y la patología perinatal. Se reactivó el cólera, el SIDA, el alcoholismo y la diabetes mellitas, que fue la primera causa de muerte hospitalaria del IMSS.

Aun cuando la mayor institución de salud de este país no puede considerarse en ningún sentido como perfecta, incluyó y materializó algunos principios básicos, como la redistribución de los beneficios que le permitió una espectacular ampliación de la cobertura nacional de los servicios médicos, que incrementaron su tamaño trece veces en un lapso de 40 años,

Esta carrera hacia el bienestar de todo un país fue cambiada por la nueva actitud de Estado en los siguientes años, que pasó de ser el promotor de salud universal, al vigilante de la instalación de las Afores. Su papel económico ahora representa

destinar una porción de sus recursos al auxilio de los desamparados, en lugar de ser el garante y promotor de la salud de los ciudadanos económicamente activos.

Otro de los principios eje de la Seguridad Social fue la solidaridad, que se expresaba mediante una estructura de fondos colectivos de reparto común que permitía cubrir las obligaciones con las aportaciones de los cotizantes activos sin importar sus ingresos, de tal modo, que aportaban más los de mayores ingresos y la distribución era de tipo igualitario, lo que permitía el acceso de todos a los servicios y beneficios. Esta situación cambió con la individualización de las cuentas y la puesta en operación de las Afores durante 1997.

La solidaridad Social del Estado, ahora conocida como paternalismo populista, se expresaba en la seguridad como una acción de apoyo subsidiario en el que el compromiso era garantizar niveles mínimos de bienestar para los más pobres, situación que ahora tiende a desaparecer y a ser sustituida por la función asistencial del gobierno en turno.

La tendencia a la universalización de los servicios de salud, que se paralizó en los noventa, suponía como un derecho ciudadano el mantener la salud y la obtención de las garantías y los beneficios que ello implicaba, por el solo hecho de trabajar. Ahora los asalariados deberán destinar el 22.4% de un salario mínimo, para el pago de un paquete básico de servicios, que ofrece la institución. Es importante constatar en este sentido que muchos de los sujetos al régimen obligatorio, ahora tendrán que asegurarse por la vía voluntaria, con significativas pérdidas en prestaciones e importantes cambios en sus esquemas de cotización.<sup>16</sup>

El principio de integralidad que se perdió, suponía la capacidad para cubrir todas las contingencias y situaciones que afectaban al bienestar individual, familiar y social. Ahora este apoyo tenderá a ser restringido a la porción de logros derivados del monto de la cantidad aportada por cada trabajador.

### 1.5 Modernización y cambio organizacional en la Seguridad Social mexicana.

Muchas de las organizaciones nacionales de Seguridad Social en Latinoamérica enfrentaron severas crisis de solvencia económica y de capacidad instalada durante las últimas tres décadas, derivadas de la crisis del Estado benefactor. Las causas enunciadas fueron el agotamiento del modelo médico-asistencial, el incremento en la esperanza de vida, el incremento en los costos, la transición epidemiológica, la aparición de enfermedad con alta demanda o tratamientos prolongados<sup>17</sup>. Por ello, la mayoría de los Seguros Sociales latinoamericanos

<sup>16</sup> Un trabajo detallado sobre las modificaciones ocurridas y su impacto se puede encontrar en el texto de Fernando Solís Soberón, "las pensiones" en "La Seguridad Social en México", pp. 103-159.

<sup>17</sup> Como los pacientes cardíacos, renales, diabéticos y con V.I.H., entre otros, que son ahora los que representan una mayor ocupación hospitalaria y un mayor gasto para la Institución, en voz de Santiago Levy, en el año 2000 los 13 mil casos atendidos de pacientes con VIH representaron

atendieron su problemática mediante acciones de privatización parcial o total de sus servicios médicos.

Dicho fenómeno afectó también a otros países como España, Bélgica y Estados Unidos; en éste último se promovió una reforma sustancial de la Seguridad Social que buscaba aumentar la influencia de la medicina privada, sin mucho éxito, durante el mandato de Bill Clinton.

Nuestro país no fue la excepción, pues durante 1995-1996 vivió un momento de crisis histórica que ocasionó cambios radicales en la organización y funcionamiento de los seguros médicos sociales, dando como resultado la nueva Ley del Seguro Social con la que se promovió la separación del seguro de pensiones y jubilaciones y la creación de los Fondos para el retiro (AFORES).<sup>18</sup> ; la reestructuración administrativa y un proceso de reasignación y reubicación de personal de confianza en el nivel central, así como un ciclo importante de liquidaciones de personal con mandos altos e intermedios en las áreas normativas y Delegacionales en el ámbito de los estados, que incluyó la desaparición de algunas Direcciones Generales Jefaturas Normativas y Departamentos.

En el escenario de futuro se proponen cambios radicales en la organización y funcionamiento de la institución con la expectativa de recuperar la capacidad financiera, evitar que se presenten nuevas crisis en el futuro y reorientar las funciones sustantiva a efecto de garantizar la viabilidad futura de la organización.<sup>19</sup>

Por tal motivo se implementaron cambios estructurales significativos, que incluyeron la desaparición o creación de nuevas Direcciones y Coordinaciones Normativas entre las que se destacó la Dirección de Organización y Calidad, que tenía como propósito promover y apoyar el proceso de modernización institucional.<sup>20</sup>

Durante el ciclo 1996-2000, se implementaron un número importante de medidas administrativas a efecto de incorporar una nueva cultura laboral orientada a la eficiencia, eficacia y calidad; sin embargo, en los hechos no es evidente el beneficio generado por las nuevas pautas de cambio en la prestación de los servicios.

---

el 10% de los gastos en materiales y suministros, una cifra altísima considerando el pequeño número de casos. Para mayor información vea el resumen del informe de resultados de la Dirección General en el año 2000 en Revista Mexicana de Seguridad Social 2001, "**Cuestión Social**", nueva época No. 46.

<sup>18</sup> Con la que pasó a manos privadas la reserva financiera de la Institución.

<sup>19</sup> Situación que no fue lograda después de cinco años de cambios estructurales y funcionales ya que la situación actual de la Institución es crítica y ha requerido de un mayor número de cambios, reestructuraciones y un proceso de liquidaciones que en el año 2000 implicó el despido de 9,800 trabajadores de confianza en todo el país y la desaparición de 12 de las 37 Delegaciones y de áreas antes estratégicas para la Organización.

<sup>20</sup> Las funciones y atribuciones de la Coordinación se presentan con mayor detalle, en las memorias Institucionales anuales que emite la Coordinación General de Comunicación Social.

El proceso de modernización que describiremos siguió un camino contrario al planteado por Leonardo Santana Rabell en su texto "Fulgor y decadencia de la administración pública" ya que el autor menciona que:

*"... desde la perspectiva del gobierno como maquinaria, la administración pretende: La centralización de la autoridad y las acciones de asesoría y planeación, la consolidación o reagrupación de funciones operacionales y el establecimiento de procedimientos y normas uniformes". (Santana-Rabell, Leonardo. 1994: 10)*

situaciones que ya existían en la estructura y la organización del IMSS provocando hipertrofia y burocratismo, ya que volvieron muy tortuosa y compleja la operación de los servicios, pues obligaban a la consulta permanente de las decisiones locales con las autoridades de las oficinas centrales, imposibilitando la toma de decisiones en el Nivel Regional, Estatal o Municipal.

Por tal situación, el programa de modernización iniciado en 1996 se propuso en tres vertientes,

- *La desconcentración y apoyo a las Regiones y Estados, lo que implicó la reestructuración de la organización y la creación de siete Direcciones Regionales, con patrimonio y libertad de gestión.*
- *La descentralización de los servicios, que tenía como fin dotar de mayor autonomía a las recién creadas Direcciones Regionales, asignándoles recursos propios y capacidad de autocontrol.*
- *Autonomía de gestión, mediante la asignación regional de presupuestos y la creación de las condiciones para la operación autónoma local de todos los servicios, mediante el diseño de un nuevo modelo de áreas médicas de gestión desconcentrada (A.M.G.D.), con el que se intentó mirar a los hospitales como corporativos médicos, con una estructura centro-unidades satélite.<sup>21</sup> ("Asamblea General Ordinaria del IMSS LXXX" 1997:13)*

Es importante destacar que lo que se pretendía era establecer un nuevo modelo que apoyara la acción local con autonomía financiera, presupuestal y operativa.

Sin embargo, y tal como lo destaca Santana, los cambios estructurales no generan necesariamente cambios funcionales, situación que fue muy evidente en el Seguro Social y que provocó que después de 5 años de operación del nuevo modelo de administración, desaparecieran 3 de las 7 Direcciones Regionales, la Dirección de Organización y Calidad y de la Dirección de Subdelegaciones.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> La definición de las políticas generales de acción se conoció como Estrategia de modernización 1996-2000. Para mayor información al respecto vea los discursos de la "Asamblea General Ordinaria del IMSS LXXX" 1997.

<sup>22</sup> Vea notas de prensa emitidas por la Dirección de comunicación Social del IMSS.

Tal como lo señala el autor:

*“Los cambios organizacionales en ocasiones obedecen a estrategias de dominación basadas en el control de grupos internos en disputa por el poder” (Santana-Rabell, Leonardo, 1994: 11)*

En el caso del IMSS fue evidente la disputa entre las Direcciones Médica y de Organización y Calidad, la primera representando el statu quo de la tradición médica, y la segunda promoviendo la modernización e incorporación del nuevo modelo de administración por calidad.

La duplicidad de visiones de futuro y métodos de cambio se observó durante esos cinco años y aún cuando la estrategia de modernización encabezada por Organización y Calidad fue a poyada y dirigida por las Direcciones General y por las Direcciones Regionales, al final se impuso la tradición y el estilo de los trabajadores de bata blanca, encabezados por la Dirección General Médica, provocando que abortara el proceso de rediseño y modernización propuesto en la reforma de 1996, lo que implicó nuevos procesos de crisis e intentos de modernización durante el año 2000 y el 2001.

#### 1.6 Cambios del Seguro Social derivados de las modificaciones a la ley en diciembre de 1995.

En lo general, los cambios sustantivos que plantea el nuevo modelo cancelan de forma definitiva la estrategia estatal de cinco décadas que tenía como propósito, crear un Sistema Nacional de Salud, renuncia que expresa tácitamente, que el gobierno decidió retirar lo social y solidario que le quedaba al IMSS y al ISSSTE.

El impacto político, médico y social del nuevo modelo es tal, que no pudo encontrar propagandistas ni siquiera entre las autoridades Institucionales, ni en la bancada priísta, que aprobó la nueva ley mas por disciplina y lealtad que por convencimiento. El Gobierno en turno se vio en aprietos para pasar la iniciativa por el Congreso, aún cuando fueron numerosas las modificaciones propuestas por la bancada oficial, que sólo resultaron en un buen ejercicio de maquillaje técnico y político, ya que en esencia el nuevo modelo de Seguridad Social excluye del sistema de protección a las pensiones, las guarderías e incluso a varias de las modalidades del régimen obligatorio, como lo comprueban en sus investigaciones Laurell, Moreno, Mussot y Ulloa.<sup>23</sup>

El debate generado por la nueva ley del Seguro Social, ha permitido un amplio análisis técnico de las modificaciones al articulado y de las modalidades de aseguramiento; los analistas del tema han demostrado con lujo de detalles lo incierto de las supuestas bondades del nuevo modelo y han cuestionado de forma

<sup>23</sup> En los capítulos siguientes se realiza un análisis detallado de los impactos comentados por los autores citados, para mayor información consultar las referencias bibliográficas de los autores en las siguientes páginas.

sería y sistemática el futuro del nuevo modelo asistencial.

En el análisis que hace Eduardo Venegas de las perspectivas de la Seguridad Social nos presenta los dividendos derivados del nuevo esquema de pensiones y comenta que:

*“Sin embargo la precipitación con la que se aprobó el cambio de un sistema de pensiones basado en el modelo de reparto a uno de capitalización individual no permitió que se llevara a cabo una discusión más amplia sobre las consecuencias de la reforma y sobre el comportamiento del nuevo sistema de pensiones frente a distintos escenarios demográficos y macroeconómicos” (Venegas, Eduardo. 1996:205).*

Más adelante nos comenta algunas de las implicaciones negativas que pueden ser:

- *Que no se consideró el costo fiscal de la reforma*
- *Que no se regula y no se conoce la capacidad real de la Consar para regular y supervisar a las Afores.*
- *Que se desconoce el posible comportamiento del mercado de las pensiones*
- *Se desconoce el impacto de las pensiones en el ahorro interno y*
- *Que se desconoce el impacto de la reforma en los mercados financieros y la reorganización de los servicios de salud. (Venegas, Eduardo. 1996:205).*

El autor en sus conclusiones nos alerta respecto del futuro al comentar que no es claro el beneficio del nuevo esquema respecto del otro y es incierto el beneficio futuro que pueda generar la reforma.

Por otra parte, han sido publicados los estruendosos fracasos de algunos de los procesos de privatización de los fondos de pensiones, como en el caso chileno, en el que se descubrieron fraudes en el manejo de los fondos y del cual se sabe, se utilizó como referencia para el diseño de la nueva política de seguridad social mexicana. La prensa ha seguido con cuidado el caos técnico, administrativo y los retrasos en la puesta en marcha de las nuevas disposiciones; a la fecha de elaboración de este trabajo por ejemplo, nadie sabe a detalle donde se colocaran los fondos de los trabajadores, que no han elegido Afore, pues no se han asignado las cuentas individuales, no se ha concluido con el sistema de registro nacional y existen mas de 10,000,000 de cuentas, muchas de las cuales están duplicadas.

Si pretendemos mostrar algunos de los cambios y su impacto en el modelo, puede comentarse que la nueva propuesta es mucho menos solidaria, equitativa, redistributiva y tiene una clara tendencia al manejo privado de las cuentas de seguro; reserva la función del Estado a la asistencia a la indigencia y excluye a una importante masa de los trabajadores de bajo salario de los beneficios que anteriormente les otorgaba la Seguridad Social.

Por otra parte la nueva ley prevé el retiro de prestaciones ya asignadas o su modificación y supone que es la incompetencia de los trabajadores una de las

causas de la baja capacidad de respuesta de los servicios médicos y la mala atención, por lo que establece la posibilidad de sancionar a quienes no se ajusten al nuevo modelo, mediante la aplicación de la ley de responsabilidades de los servidores públicos.

En el cuadro anexo se relacionan las posibles consecuencias de algunos de los cambios realizados, en la reforma de la seguridad social mexicana.

<b>Cambio generado</b>	<b>Impacto posible</b>
Se cambia la equidad social por la igualdad de oportunidades	Volverá al sistema inequitativo y diferenciado, generando servicios de baja calidad o simplemente asistenciales
Se cambia la estructura de cotización en pensiones	Tiene más recursos el que aporta más o puede ahorrar una mayor cantidad.
Se amplía el tiempo de cotización	Se pensionarán menos trabajadores, las pensiones serán iguales o menores en sus cuantías
Se establecen los seguros voluntarios masivos	Se otorgarán paquetes asistenciales para los pobres y servicios de mayor calidad para cotizantes altos.
Se formaliza la reversión de cuotas	Es posible transferir a los trabajadores de mayores ingresos a la medicina privada con lo que se descapitalizará al Seguro social. El acceso a los servicios se estratificará en función directa del pago, lo que originará la integración de tres subsistemas: el de los seguros privados de los altos cotizantes que aportan el 55% de los fondos; el de seguro social de bajos salarios, que es probable solo tengan acceso a un paquete básico de salud; y el de la población no asegurable.
Los seguros se separan, desarticulan y se privatizan las pensiones	Las prestaciones tenderán a ser excluyentes, disminuirá el número de beneficiados, los montos recibidos serán menores
Se establece un sistema de cotización conocida, pero de beneficios inciertos	Con el uso privado de los fondos se abre la oportunidad de perder los ahorros o tener ganancias no determinadas, por su uso especulativo. (Recuérdense los sucesos recientes en Chile de fraudes con las cajas de Seguridad Social).
Se asigna a los grupos financieros el uso de los fondos sociales que aportan los trabajadores	El uso del dinero en los circuitos financieros elimina la posibilidad de que tengan un impacto social e incrementa la influencia de los bancos y grupos bursátiles que según previsiones, con este mecanismo captarán el 25 % P.I.B. en 10 años, 45% en 20 y el 60 % del producto nacional en 30 años.
Se cobrarán cuotas sobre el manejo de los fondos	Se calcula que del 22 al 40% de los ahorros de los trabajadores terminarán en manos de las Afores, lo

	que les permitirá controlar o influir los mercados financieros
El trabajador deberá comprar seguros privados de renta vitalicia	Los seguros privados recibirán más de un millón de salarios mínimos anuales por este concepto, cantidad igual a la que reciben ahora por todas sus primas de aseguramiento.
Cambia la forma de cotización y se establece la opción de contratación voluntaria en el seguro obligatorio	Como la cuota es a porcentaje fijo, se termina con el principio de redistribución y el servicio es equivalente a lo que se paga.
Se autoriza a los patrones a retener las cuotas más tiempo del necesario (hasta 12 meses o más) y a los de la construcción se les permite hacer convenios extemporáneos de aseguramiento	Estas modificaciones permitirán que los patrones eludan sus responsabilidades y defrauden mediante el uso inadecuado de las cuotas retenidas a sus trabajadores.
Con las modificaciones en el articulado existen pérdidas a los derechos ya establecidos	Se incluye incluso la posibilidad de la suspensión en el pago de las pensiones y el obligar a los trabajadores incapacitados a someterse a exámenes periódicos para verificar el estado de la enfermedad.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el nuevo modelo plantea la privatización paulatina, mediante la individualización de las cuentas, la separación de los seguros y la asignación inequitativa de los montos, situaciones que son muy similares a las propuestas empresariales presentadas en su momento por el Consejo Coordinador Empresarial, la Coparmex, el Banco Mundial y la plataforma política del PAN, partido en el Gobierno.

Las transformaciones integradas en el nuevo modelo han sido definidas a detalle por Asa Cristina Laurell en la siguiente nota.

*“Las propuestas de los actores coinciden en los siguientes ejes básicos: la desarticulación del sistema integral de protección social; la supresión del principio solidario vía la individualización de las obligaciones y los derechos, y la vinculación más estrecha entre la aportación y los servicios-beneficios recibidos; la administración privada de las pensiones y la inclusión de la opción privada dentro del seguro obligatorio de salud; la reorganización del sistema de salud por funciones y autonomía administrativa de las unidades de servicios, basada en criterios gerenciales de costo-efectividad; un nuevo tipo de intervención estatal y la reorientación en los subsidios”* (Laurell, Asa Cristina. 1996: 17).

Todos estos cambios tendrán en el presente y el futuro un impacto decisivo en la estructura de la organización, en las modalidades y tipos de servicios, en la organización del trabajo y en la atención a los derechohabientes, de lo que se deriva la urgencia de las autoridades por volver más atractivos, eficientes, productivos y humanos los servicios, situación que analizaremos a detalle en los próximos capítulos.

## 2 MODERNIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Intentar una explicación del proceso de modernización que se ha dado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es posible a partir de las ideas presentadas en el Texto de Paul Starr (1993) denominado "El Significado de la Privatización"<sup>24</sup>, al cual nos referiremos con detalle ya que en el que se presentan y analizan los procesos de privatización en la economía mexicana y trata de entender sus razones y mecanismos de actuación.

Es importante comentar que la aparición histórica del Seguro Social obedece a una Política del Estado Mexicano que pretende "Garantizar el Derecho a la Salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar social y colectivo".<sup>25</sup>

En este sentido, la creación del IMSS en 1943 fue una decisión racional del Estado Mexicano, que pretendió promover la administración pública de un bien social que es la salud, ante la ineficiencia derivada de la acción dispersa, insuficiente y defectuosa de los hospitales privados y de una casi inexistente asistencia pública. Es importante recordar una anécdota histórica de la integración de las primeras clínicas, que explica la naturaleza de la Institución.

Las memorias históricas del IMSS comentan que las primeras consultas médicas se otorgaron en consultorios privados, con equipamiento y personal no institucional y ante la manifestación de obreros organizados que apedrearon las instalaciones, considerando que la creación del Seguro Social atentaba contra sus intereses de clase. Es decir, un bien público nació en instalaciones privadas y ante la resistencia de los beneficiarios.

Vale la pena recordar también, que tal como lo define la Ley del Seguro Social el I.M.S.S. es

*".. un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, y que cuenta con el carácter de organismo fiscal autónomo." ( Ley del Seguro Social, 2002: art 5.)*

---

<sup>25</sup> El artículo 2 de la Ley del Seguro Social establece este derecho; el artículo 4 y el 123 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos establecen el derecho de todos los mexicanos a la salud y el último regula la responsabilidad de los empresarios frente a las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo de sus empleados.

Es decir, en un sentido estricto el IMSS es un organismo mixto paraestatal, que se encarga de administrar Seguros Sociales.

El Seguro Social nace como transferencia de una actividad privada a la que se le otorga dominio público, mediante una entidad mixta y autónoma, que ha ido regresando al dominio de los particulares de manera paulatina e indirecta mediante las acciones de reestructuración que se derivan de las modificaciones a la ley realizadas en el mes de diciembre de 1995.

También es importante recordar que el IMSS no es una organización asistencial, sino que ofrece seguros médicos de prepago y atiende en su gran mayoría a los trabajadores que pueden pagar y pagan sus servicios<sup>26</sup> y que otorga varias modalidades de seguros médicos y sociales.

Un dato más que es importante considerar es que 1995-1996 se decidió que uno de los seguros a su cargo, el de las pensiones de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, pasara a manos de organismos privados, llamados Afores, a cargo de aseguradoras privadas.

Con esta modificación se transfieren los fondos que permitían la expansión de la cobertura y la creación de la infraestructura hospitalaria y generar un importante ahorro financiero para apoyar los egresos futuros derivados de los esquemas de pensiones, por lo que en el lapso de 1996 al 2003, empieza a ser evidente que la nueva forma de administrar a la organización no parece mejor que la anterior.

## 2.1 Las modalidades de la privatización de la Seguridad Social en México.

Recordando las ideas de Starr, el IMSS como organización aparece como un nuevo tipo de relaciones de mercado, que promete resultados superiores a los de la iniciativa privada que atendía los malestares y enfermedades de la pobreza, que con el paso del tiempo y derivado de los cambios económicos, políticos y sociales del país, buscó nuevos equilibrios entre lo privado y lo público.

Como Institución paraestatal, el IMSS tiene como función histórica la administración de Seguros Sociales de tipo médico y social, atendiendo un mercado monopólico durante las últimas cinco décadas. Sin embargo, paulatinamente ha ido promoviendo las condiciones para el desarrollo del mercado privado de las pensiones y de los servicios de salud a partir de sus reformas estructurales, legales y organizacionales y de su incapacidad para apoyar el proceso de universalización los servicios de Seguridad Social en todo el país.

---

<sup>26</sup> En la estructura de las aportaciones totales, las que corresponden al patrón representan más del 70%, según lo establecido por la Ley del Seguro Social.

Una vez que el mercado de la salud se vuelve una fuente de negocios rentable para las aseguradoras, en la década de los ochenta y noventa, las empresas privadas de servicios y un número importante de microempresas, empiezan a participar en el otorgamiento de los servicios.

Durante la década de los ochenta se observa una expansión de los hospitales y policlínicas particulares<sup>27</sup> y se vuelve significativa la insistencia de los empresarios y grupos sociales, que acusan de burocracia e ineficiencia a la Institución.

Si embargo, en el comportamiento de los corporativos médicos privados o la iniciativa individual de los médicos especialistas por organizarse y ofrecer servicios al público derechohabiente, no se observa la búsqueda del interés general o la atención a las demandas sociales, si no más bien, la búsqueda de beneficios personales y la medicalización de la enfermedad, lo que implica el encarecimiento de la atención y la transferencia directa de los costos a los enfermos. Por tanto, la expansión de la medicina social privada no es otra cosa que una fuente de negocios de corto plazo para los socios de los hospitales o las clínicas privadas.

La transferencia de los bienes públicos administrados por el Estado a empresas privadas, convierte también la preocupación cívica del Gobierno por la salud de la población, en la búsqueda del interés propio de los empresarios médicos, y este fenómeno tiene una expresión legal en el IMSS que se llama subrogación de servicios, que es un mecanismo formal establecido en la Ley del Seguro Social que se usó ocasionalmente en el pasado y se ha usado en el último quinquenio para transferir la función pública a la oferta de los particulares.<sup>28</sup>

## 2.2 Condiciones para la implantación de los cambios y coparticipación en la prestación de los servicios médicos.

En el caso de la Seguridad Social mexicana, las modificaciones legales ocurridas en la Institución durante 1995-1996, tienen que ver con la aceptación pública de la crisis de la Seguridad Social y es evidente la nueva orientación de la organización hacia el mercado, ya que establece en el nuevo articulado de su ley una óptica diferente para mirar la forma de administrar y establece mecanismos para la privatización indirecta y secuencial de tareas estratégicas para la organización.

En la nueva ley se establecen las condiciones para la funcionalidad del mecanismo de transferencia de las actividades de la Institución a los particulares,

<sup>27</sup> El crecimiento de los hospitales privados en los últimos 5 años es del 2.7 al 7.7% del mercado nacional, como señala la especialista en el tema Asa Cristina Laurell.

<sup>28</sup> Es muy común en el interior del país la subrogación de servicios que consiste en la contratación indirecta de los servicios profesionales en el mercado, en lugar de la compra de equipo médico o de la contratación de especialistas para otorgar atención especializada a padecimientos poco frecuentes, lo que permite abaratar los costos y evitar la contratación de médicos especialistas.

aunque el fenómeno de transición empezó a desarrollarse de manera subterránea durante la década de los ochenta mediante convenios de reversión de cuotas que se establecieron con empresas como las armadoras de autos, la Comisión Federal de Electricidad, los Bancos, Aseguradoras y algunas empresas transnacionales, a las que se autorizó la instalación de sus propios servicios medico-asistenciales: en otros casos se crearon servicios de atención exclusiva como en la Comisión Federal de Electricidad, que cuenta con clínicas propias con vigilancia directa del sindicato, quien negocia el otorgamiento de las incapacidades, pensiones y medicamentos de sus representados.

Otra modalidad de transferencia es la creación de un nuevo modelo de guarderías con el esquema "vecinal comunitario", que inició funciones en el año 1998, en el que el Instituto transfiere a manos de particulares la función del cuidado de los niños, antes bajo la responsabilidad del sistema de guarderías a nivel nacional.

El nuevo modelo se caracteriza por la función reguladora de la institución que establece el marco formal para la actuación de los particulares y vigila con detalle la calidad en la prestación del servicio en un entorno de mercado competitivo y garantiza la inversión mediante la asignación permanente de niños que requieren cuidados, el otorgamiento de asesoría técnica, supervisión, orientación pedagógica y recursos económicos, para los nuevos empresarios.

En la experiencia de la Delegación Estado de México, el fenómeno de las guarderías particular-institucional es muy descriptivo de las tendencias estudiadas, ya que ha permitido multiplicar por 6 la infraestructura en solo cinco años. Durante el periodo 1998-2002 se crearon 30 nuevas guarderías atendidas por particulares en comparación con las 5 del esquema ordinario (instaladas en un periodo aproximado de veinte años), lo que en términos económicos representa erogaciones menores al 50% de los costos de operación de cualquier guardería del esquema ordinario, con una calidad de atención equivalente, transfiriendo la responsabilidad a los particulares, evitando la carga sindical, fiscal y contractual de las guarderías ordinarias.

Las funciones transferidas o privatizadas, en todos los casos que describimos, pasaron de la administración directa a la regulación, o a la asignación de funciones a empresas o particulares; las funciones de apoyo social antes públicas, ahora son otorgadas por entidades privadas.

En sus orígenes, el Seguro Social apareció como complemento a la oferta privada de servicios de salud en un momento histórico de expansión económica, en el que la protección de la salud se vuelve una importante variable económica, de tal modo que se establece una relación unívoca entre crecimiento económico y expansión de la infraestructura médica. Con la consolidación del mercado a nivel nacional, se establecen mecanismos directos e indirectos de transferencia y se van incorporando agentes económicos interesados en invertir en los seguros médico-asistenciales, cada vez más rentables.

Desde el punto de vista de algunos analistas<sup>29</sup>, se espera que en los próximos años el mercado privado trate de posicionarse en el 20% de los trabajadores, con la capacidad para contratar servicios privados complementarios o sustitutos, lo que puede ocasionar la transferencia del 80% de los ingresos de la Institución a los hospitales y aseguradoras privadas.

### 2.3 Los límites del modelo de desarrollo y la incorporación de agentes privados.

La década de los noventa podría llamarse la época de la transición epidemiológica-organizacional y de la crisis de internacional de los Seguros Sociales a nivel mundial, ya que se caracterizó por fuertes discusiones académicas y agresivos procesos de privatización de las entidades de Seguridad Social en todo el mundo, pero en especial en Latinoamérica.

Incluso Norteamérica intentó nuevos modelos de Organización de la Seguridad Social, ya que sus servicios médicos consumían alrededor del 14.5 % de su producto interno bruto en 1996, montos altísimos, equivalentes a los Productos internos brutos de varios países emergentes juntos<sup>30</sup>.

Uno de los supuestos subyacentes a la reforma del Seguro Social, es que el modelo actual de Organización de la Seguridad Social mexicana es muy costoso. De hecho desde la década pasada se iniciaron estudios en los que se ha tratado de identificar los costos reales de la atención, con el supuesto de que la medicina privada es más eficiente y barata lo que no es del todo cierto, como lo han demostrado varios analistas especializados en el tema y que comentamos adelante.

Por ejemplo en el estudio de costos de la atención en las unidades médicas realizado por Enrique Villareal en 1996, se concluyó que:

*“La disposición de los costos por Unidad Médica, permite hacer una evaluación de la eficiencia en el uso de los recursos disponibles en cada una de ellas, así como comparar la efectividad en su uso. Sin embargo, es necesario aclarar que, desde el punto de vista médico, la efectividad en el uso de los recursos económicos debe ser evaluada en conjunto con la efectividad de los aspectos clínicos, para que la evaluación sea integral. Actualmente los sistemas de salud deben sistematizar la información y hacer uso eficiente de los recursos con los que cuentan para la obtención de mejores resultados: la parte correspondiente al costo de la atención es una de ellas” (Villarreal-Ríos, E.; Montalvo-Almaguer, G. 1996: 332)*

<sup>29</sup> Los trabajos de Laurel y Moreno tocan con profundidad las consecuencias futuras que pueden tener las modificaciones al sistema de pensiones y el nuevo articulado de la ley del Seguro Social.

<sup>30</sup> Sin gran éxito por cierto, ya que tal como lo comenta Rabell, le ha resultado muy complejo desarticular su sector público y continúa contando con un Estado grande, fuerte y organizado en torno a una administración de tipo municipal.

Algunas experiencias en la implantación exitosa de métodos de calidad en hospitales, como las realizadas en España, confirman estas ideas ya que los hospitales que se preocupan de manera intensa por la calidad, llegan con frecuencia a conclusiones como que la calidad es un asunto que va más allá de los costos o el recorte de los presupuestos y que la evaluación final corre a cargo de los pacientes más que de los administradores.

Otros estudios como el de Damián Arredondo de 1997 refieren que:

*"A partir de la información generada se sugiere replantear los procesos de planeación, organización y asignación de recursos, en función de demandas de servicios hospitalarios y ambulatorios para cada trazador (una metodología de calidad aplicada a los padecimientos más comunes a los que se les asigna costo unitario). Asimismo, se sugieren acciones para propiciar ganancias económicas en la utilización de recursos y en el uso más eficiente de los mismos."* (Arredondo, A.,; Damián, T. 1997:117)

Es cierto que se pueden generar economías de escala y ahorros en la prestación de servicios médicos, sin embargo, éstos tienen como límite el trato digno a los pacientes y la decisión ética del enfermo o sus familiares en el sentido de cuánto y hasta dónde administrar la enfermedad, ya que es muy recurrente que a mayor tiempo de hospitalización y mayor cantidad de recursos técnicos para la atención, se observa una menor calidad de vida en los pacientes tratados.

Más adelante el autor comenta:

*Mientras que en países de ingreso alto como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos de América, España y Francia se han desarrollado múltiples estudios para la generación de conocimiento y control sobre los costos de la atención médica, en países de ingreso medio como México, la identificación y contención del costo de producir los servicios constituyen dos aspectos poco estudiados.*

*La escasez de información relativa a los costos en salud en México, por lo tanto, se constituye como un problema prioritario para la organización de los sistemas de salud. Esta problemática se ve condicionada fundamentalmente por dos circunstancias: el incremento en los costos de los insumos para la salud y los pocos datos que existen para identificar los montos económicos que alcanza la producción de un servicio de acuerdo con los insumos y funciones de producción que se requieren.*

*Los incrementos en los costos de los insumos y en los de producción de equipo y material médico-quirúrgico, cuya causa principal está determinada por fuerzas del mercado, son un problema que rebasa los ámbitos de acción del sector salud.* (Arredondo A.,; Damián, T. 1997:120.)

La tendencia al incremento en los costos es un fenómeno universal que se caracteriza por la prolongación de las estancias hospitalarias y por el incremento del componente tecnológico en la medicina, que recurre cada vez más a los auxiliares de diagnóstico, que con frecuencia son importados y requieren mantenimiento especializado.

Estos incrementos fueron notables en la crisis del periodo 1995-1996, que provocó modificaciones importantes en el funcionamiento de la Seguridad Social, como el rediseño de las prestaciones médico-asistenciales y la ruptura de la estructura de la organización, modificaciones que por cierto, no han generado los resultados que se esperaban, ya que en voz del Director General, Santiago Levy Alzati vivimos una situación financiera crítica en nuestros días.<sup>31</sup>

En este sentido resulta ilustrativo que el Estado de México, por ejemplo, a pesar de ser uno de los Estados más pequeños de la federación, sea uno de los que cuenta con mayor infraestructura médica en todo el país<sup>32</sup> y también que sea en nuestros días, una de las entidades con mayor problemática para la expansión de la cobertura y la calidad de la atención.

Esta situación deriva en parte de los largos ciclos de crisis económica del país que han repercutido en las finanzas de la organización, y del rezago en la creación de infraestructura médica prevista para las décadas de los 80's y 90's, ya que según las previsiones de la Delegación a nivel local, solo la zona del Valle de Chalco y los Reyes la Paz, requieren la construcción de 5 Unidades de Medicina familiar para el periodo 2002-2006, de las cuales no se tiene planeado construir ninguna, lo que traerá como consecuencia un incremento significativo en la presión de la demanda sobre la infraestructura existente. En este sentido es muy interesante el trabajo de Patricia Nájera, donde describe la correlación entre crecimiento económico y de la infraestructura médica en el Estado.<sup>33</sup>

Podríamos afirmar que las modificaciones realizadas al art. 89 de la ley del Seguro Social, establecen el marco legal para la coparticipación de las entidades privadas en el otorgamiento de los servicios, médicos, asistenciales y de apoyo de manera directa o indirecta, ya que prevé las figuras de subrogación de servicios médicos; convenios para servicios médicos y hospitalarios; reversión de cuotas para el pago de servicios de seguros médicos privados; también considera los reembolsos, convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos públicos

<sup>31</sup> El Dr. Levy realizó un análisis detallado de la situación financiera de la institución en el 2003 en el que considera como difícil el futuro de la Institución, El documento se encuentra disponible para consulta en la hoja de internet del IMSS en [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

<sup>32</sup> Cuenta con más de 80 áreas de servicios que incluyen Hospitales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales, Hospitales de Zona, Velatorios, Guarderías, Tiendas, Centros de Seguridad Social, Subdelegaciones, Deportivos, etc.

<sup>33</sup> Nájera-Aguilar, Patricia (1995). "Cobertura de las instituciones de salud en el Estado de México. Análisis comparativo entre la población asegurada y la no asegurada". Salud Pública de México, vol. 37, no.1, pp 4-11.

federales, estatales y municipales y el otorgamiento de servicios a otras entidades del sector salud, siempre que no se afecte la capacidad instalada.

Es decir, el Seguro Social de nuestros días se ve a sí mismo como una entidad mixta que interactúa de manera compleja con los diferentes agentes del mercado, tanto públicos como privados, incluso se mira en un marco de competencia abierta en la que se disputa parte del mercado social y privado. En este sentido, un fenómeno interesante es el inicio de la expansión de los servicios médicos del instituto que se otorgan a compatriotas que viven en la zona fronteriza del sur de Estados Unidos, en la que mantiene una promoción permanente con el propósito de incorporar a los trabajadores mexicanos inmigrantes, que carecen de servicios en los estados sureños de la Unión Americana.

#### 2.4 Los cómo de la privatización del I.M.S.S.

Aun cuando se especuló durante muchos años sobre la privatización del IMSS nosotros consideramos esta no será necesaria, porque en los hechos la nueva normatividad del Seguro Social mexicano establece el marco legal para la coparticipación, abierta, directa y/o complementaria de los particulares, es decir la nueva ley incluye mecanismos indirectos de privatización o transferencia de las atribuciones institucionales.

Las modificaciones a la ley del IMSS en diciembre de 1995 permiten la participación de los agentes privados en la administración y otorgamiento de los servicios e incluso permitieron la transferencia de los recursos y reservas Institucionales a empresas privadas como las AFORES.

Lo que nos permite afirmar que en materia de seguridad social se observa una clara tendencia a dejar la función social-solidaria del Estado, que es cambiada por otra en la que el eje es la función reguladora del mercado, por lo que en la práctica no se requiere de una privatización directa y total de los servicios de salud porque el proceso ha sido indirecto, subterráneo y paulatino.

No se da la privatización como proceso de transferencia de los derechos de propiedad, sino como reasignación de las funciones económicas, con la figura de subgración de los servicios médicos que "no se pueden otorgar".

En su propuesta Paul Starr, nos plantea la idea de que:

*"Los mecanismos de transferencia que promueven la privatización tienen que ver en el caso de las Instituciones no lucrativas, con el manejo o administración de los activos o con la asignación de contratos o el monopolio de franquicias". (Starr, Paul 1993: 38)*

Estos tres fenómenos se presentan en el Seguro Social de nuestros días; por ejemplo, en relación al manejo de los activos desde hace aproximadamente 10 años desaparecieron las áreas institucionales dedicadas al mantenimiento y

conservación de vehículos, equipamiento médico y el mantenimiento de equipos de alta tecnología, y en su lugar se establecen contratos estatales con proveedores de servicios.

Otro ejemplo es el monopolio de franquicias o actividades que generan importantes negocios, como son el manejo del cartón, la basura y los desechos infecto-contagiosos,<sup>34</sup> fenómeno que se ha consolidado en los últimos cinco años.

La asignación de contratos privados, permitió a la Institución en la década de los noventa, prescindir de los servicios de los Departamentos de vigilancia en todo el país, lo que originó la liquidación de la mayoría de este tipo de personal de confianza.

Actualmente los servicios básicos de limpieza, la conservación y el mantenimiento de las instalaciones se otorgan en muchas áreas de servicio institucional, mediante empresas privadas a nivel estatal o local. De hecho ninguna nueva unidad médica cuenta ya con servicios de intendencia o servicios generales otorgados por personal sindicalizado.

Es importante señalar que tal como lo comenta Starr, aunque se pretende una economía de costos, pues el supuesto de la transferencia o la privatización es la eficiencia y la rentabilidad que otorga el mercado, en la práctica no necesariamente se mejora la calidad o eficiencia de la actuación de las organizaciones ya que por ejemplo los nuevos servicios de fotocopiado, servicios generales o transportes privados, que se han ido incorporado paulatinamente son lentos, insuficientes y más caros que los del modelo anterior, además de que han sido una fuente de pequeños negocios familiares de muchos funcionarios públicos, asociados al nuevo mercado de servicios complementarios que se crea entorno a las entidades estatales tal como lo demuestra Luis Aguilar en sus trabajos recientes<sup>35</sup>.

## 2.5 Las consecuencias de la transferencia.

La atención privada con fondos públicos, en el caso del IMSS ha originado fenómenos interesantes, por ejemplo la creación de empresas que contratan a personas discapacitadas o jubiladas en condiciones draconianas, con jornadas de más de 12 horas, sin prestaciones (incluso sin Seguro Social) y con una altísima

<sup>34</sup> Este último representa la organización y mantenimiento de una industria para el control de desechos infecto-contagiosos por los que se transfieren muchos millones de pesos anuales, solo por la inactivación de materiales biológicos o evitar posibles focos de infección intrahospitalaria, tareas que antes se realizaban de manera local y con el apoyo de sustancias como el cloro con costos bajísimos.

<sup>35</sup> Luis Aguilar, Villanueva (1966) en su trabajo "**La silenciosa heterodoxa reforma de la Administración Pública**", Nos muestra cómo se va creando y consolidando un mercado privado en torno a las actividades que los organismos públicos dejan de realizar y transfieren de manera directa o indirecta, temporal o permanentemente a manos de empresarios locales o transnacionales.

rotación, que no representan soluciones reales a los problemas de la Institución, pero que le han permitido abatir sus altos costos de operación.

Otro fenómeno común es el de la creación de pequeños hospitales privados, velatorios, oficinas de gestión de trámites, o despachos legales, que viven de la transferencia indirecta de servicios que deberían otorgarse a los pacientes institucionales, pero que debido a la tardanza, complejidad de los trámites o inexistencia, requieren ser realizados o complementados con atención médica privada.

Existen empresas dedicadas a dar mantenimiento preventivo a equipos de oficina y computadoras; laboratorios y clínicas que realizan en horas los estudios que requieren días o meses en los hospitales, o despachos o personas en la vía pública que hacen los trámites administrativos que deben hacerse de manera gratuita en las Subdelegaciones y que se instalan exactamente enfrente de las oficinas administrativas, a efecto de facilitar la solicitud de servicios de parte de los usuarios.

Es muy común que al morir un paciente por ejemplo, se enteren primero los servicios funerarios privados, que los institucionales, que ofrecen por cierto mayores costos, menor cobertura e instalaciones de dudosa calidad.

El fenómeno de los asesores legales que viven del presupuesto, merece una mención aparte ya que existe toda una cultura nacional en torno a la demanda contra el Seguro Social y es un problema que atenta contra el patrimonio del Instituto, ya que actualmente están en proceso más de 109 mil demandas de las cuales, se sabe por referencias del área jurídica, que se pierden aproximadamente el 98%. Existe un verdadero ejército de abogados que viven de litigar contra el instituto y conseguir beneficios para si mismos y sus representados, que en muchos casos son improcedentes o de plano ilegales, ateniéndose a la ineficacia, lentitud y burocracia de la respuesta Institucional.

Por lo anterior, nos parece que en las condiciones de desarrollo del mercado a nivel nacional, el cuidado a la salud es ya un mercado con alta rentabilidad, que ya no requiere de tan grandes inversiones como antaño o de tan largos plazos de amortización, por lo que empieza a ser visto con muy buenos ojos por los empresarios nacionales y extranjeros.

Me explicaré con mas detalle; hasta hace una década, la construcción y administración de un hospital requería de grandes capitales y largos plazos de amortización, con los nuevos modelos de organización de negocios como las franquicias, o la subcontratación de servicios de apoyo (esto ya no es necesario). También se requería de altas inversiones en tecnología y equipamiento y esto tampoco es ya del todo necesario, porque las empresas dedicadas a la venta de equipo médico y clínico, en muchos casos lo rentan o lo entregan en consignación con el propósito de garantizar los contratos, la compra de reactivos y de refacciones.

Entonces, ¿cómo se crea un pequeño hospital privado en la actualidad? Un grupo de médicos, en su gran mayoría especialistas de clase media y muchos trabajadores del Seguro Social, se organizan y aportan capitales para constituirse en sociedad, adquieren un predio y después consiguen créditos para la construcción; una vez terminado el inmueble ofrecen en venta o renta los consultorios y abren las instalaciones al uso de cualquier médico que las pueda pagar, evitan la contratación de servicios de apoyo diagnóstico, paramédico o clínico, pues es más fácil subcontratar o negociar la incorporación de franquicias que atienden el laboratorio y auxiliares de diagnóstico, el comedor, la ropería y todos los servicios complementarios.

La garantía y la rentabilidad del negocio estriba en muchas ocasiones en la cercanía con un hospital del Seguro Social, ya que esto facilita la transferencia de pacientes, no atendidos o descontentos con el trato, por lo que se observan fenómenos de acarreo artificial entre la asistencia social y la privada.

El gancho para la contratación de servicios particulares es en muchas ocasiones la respuesta inmediata de la medicina privada, contra la burocracia y lentitud de la atención de los hospitales públicos, en los que las citas o cirugías pueden hacer esperar a los pacientes días o meses.

Estos fenómenos plantean problemas técnico-administrativos muy interesantes para la Seguridad Social Mexicana, como la baja capacidad de la institución para retener a sus médicos de alta especialidad, la baja productividad quirúrgica, el doble o triple empleo de sus trabajadores profesionistas o el cálculo económico en las decisiones médicas de los especialistas quirúrgicos y la evasión o retraso en el cumplimiento de la responsabilidad asignada en el hospital.

La pérdida real de los ingresos de los profesionales médicos en las últimas tres décadas ha provocado la complementariedad de la práctica de la medicina institucional con la privada, en detrimento de la primera, ya que es una experiencia muy común que los trabajadores de la Seguridad Social tengan de dos a tres empleos, intercalando su práctica privada con la pública y promoviendo la transferencia de pacientes públicos hacia los hospitales privados, generando negocios privados donde deberían atenderse necesidades públicas.

## 2.6 Privatización indirecta, apertura y promoción del mercado interno o desnacionalización.

Me parece que un acierto de las ideas de Starr es que atinadamente identifica el contexto de las privatizaciones, señalando que en el caso de los países pobres, con frecuencia la privatización se convierte en transferencia que promueve la desnacionalización.

Fue muy publicitado, durante la Reforma del Seguro Social en 1995-1996, el

interés del Fondo Monetario Internacional por la apertura de los servicios de Salud y dos años después se materializó un préstamo por 750 millones de dólares para compra de equipo médico, pero dicho préstamo fue condicionado por la aceleración del proceso de modernización de la Institución.<sup>36</sup>

También varios analistas políticos predijeron con acierto un proceso paulatino de descapitalización de la Institución y de transferencia paulatina de la Seguridad Social a manos de los particulares, que se confirma con las declaraciones de la Dirección General en el sentido de que la situación financiera actual es grave, después de 6 años de reformas no se ha cumplido con la creación de las reservas financieras programadas y no se han obtenidos las economías y mejoras esperadas.

Me parece que el caso del Seguro Social el fenómeno es doble; a nivel macro, con la ruptura de los esquemas de aseguramiento y la transferencia de las pensiones a las aseguradoras privadas,<sup>37</sup> la institución perdió su capacidad de inversión, creación de infraestructura y la capacidad para expandir los servicios y corre riesgos financieros importantes sobre todo en lo relacionado con la formación de reservas financieras, que ya empiezan a mostrar signos de agotamiento y tienen expectativas negativas para la próxima década.

Los beneficios generados de la importante masa de capital e intereses involucrada en las Afores, que se originó como transferencia del capital institucional hacia las aseguradoras privadas, es precisamente la que propuso recientemente el presidente Fox que se canalizará a la inversión Eléctrica, por lo que es muy claro que se busca hacer negocios privados con dineros públicos y que la caída real de la calidad de la atención del Seguro Social, sirve como marco para el desprestigio social y político de una organización que ha demostrado su funcionalidad económica y social durante casi 6 décadas.

Por otra parte, los cuatro sexenios de crisis y parálisis de la expansión de la Seguridad Social han ocasionado procesos graves de obsolescencia tecnológica, sobredemanda de atención, caídas importantes de salarios, así como un cambio radical en la imagen pública, de una organización que se esfuerza por hacer más con menos, en condiciones de restricción técnica y humana cada vez más claras.<sup>38</sup>

Durante las épocas en las que existió un paralelo entre el crecimiento de la economía y la expansión de la Seguridad Social, el nivel de quejas por mala

<sup>36</sup> La revista Proceso en sus días publicó con detalle el proceso de negociación de la Institución con el Banco mundial, argumentando que el préstamo era para la compra de equipo y se supo tiempo después, que parte de las condiciones de la negociación del préstamo fue acelerar los trabajos de modernización y privatización de la Institución.

<sup>37</sup> Que incluye el manejo de las inversiones y los réditos que pasaron a manos de las Aseguradoras nacionales o muchas de las que ahora están en manos de capital extranjero.

<sup>38</sup> Por ejemplo, ahora se atiende con menos de 1000 trabajadores la estructura de un hospital diseñado para 1500 trabajadores, de acuerdo con indicadores normativos de la Institución.

atención o mal trato era bajísimo, y la capacidad de respuesta de los hospitales y Unidades médicas muy alta; sin embargo los tiempos de empobrecimiento del Seguro Social, han sido los de la crisis recurrente del país, e incluso el Gobierno mismo ha reconocido públicamente que por más de un sexenio dejó de aportar su porcentaje de ingresos para el mantenimiento de la Institución.

A nivel micro, la incapacidad de atención de la medicina social provoca la organización y expansión acelerada de un sector importante de micro empresarios que complementan o atienden lo que no puede hacer la institución, transfiriendo los costos de la Seguridad Social a los usuarios derechohabientes y promoviendo el uso de instalaciones privadas, cuando los trabajadores tienen derecho a una atención pública completa, oportuna y de calidad.

En este sentido, es importante comentar que parece que la institución empieza a reaccionar intentando crear nuevos polos de atención mediante unidades médicas de alta especialidad que utilizan los mismos mecanismos que los microempresarios para generar servicios con valor agregado a nivel local; sin embargo, este un programa piloto, que aún no se implanta y sus expectativas de resultados son a mediano plazo.

Pensamos que aunque la privatización indirecta y silenciosa en el caso del IMSS es un hecho, no es el único mecanismo posible para incrementar la productividad y la rentabilidad de la organización.

Algunas estrategias alternas para modernizar e incrementar la productividad de la atención tienen que ver con el cambio de cultura organizacional, que se da mediante la incorporación paulatina de herramientas técnico-administrativas y la difusión de nuevos modelos de organización del trabajo y control de los procesos de atención, situación que ha sido descuidada y poco promovida.

El Nuevo modelo de administración por la calidad de la organización, pretende modificar la cultura y mejorar la atención simplificando procedimientos e incorporando a los trabajadores en una cultura de calidad orientada a los clientes; con éste propósito se creó del Premio IMSS de Calidad, se promueve la modernización Tecnológica y se ha multiplicado la automatización de procedimientos.

Otra experiencia importante se ha tenido con la integración de equipos de proyecto y con la difusión de la cultura de calidad en el personal operativo. En los últimos cuatro años, se han generado propuestas muy exitosas y proyectos de gran rentabilidad a nivel local, sin embargo, no parece que sea del interés de las autoridades volver más eficiente a la organización por esta vía, por lo menos en el corto plazo u otorgar mayor capacidad para decidir o dar mayor autonomía de gestión a los hospitales, ya que son las mismas autoridades locales, estatales y Nacionales las que se convierten en el principal obstáculo para la implantación de cambios significativos en el otorgamiento de los servicios.

En los últimos años, de 48 proyectos de mejora presentados en el Estado de México Oriente, por ejemplo, sólo 10 han tenido resultados satisfactorios, la mayoría no han logrado implantarse por falta de apoyo de la autoridades a nivel estatal o local, por falta de asignación de recursos o por falta de apoyo de los responsables de la implantación y seguimiento.

De hecho, muchas de las experiencias descritas más adelante, favorecen y consolidan estructuras burocráticas que se auto reproducen y obtienen beneficios directos e indirectos de los usuarios para promover una mejor posición de los agentes privados en el mercado de la salud.

Los procesos de liquidación ocurridos durante la década pasada, no solo no contuvieron el incremento en el número de plazas de confianza, si no que los elevaron en el nivel central y una de las primeras decisiones de la nueva Dirección General fue incrementar el sueldo al Director y al pequeño grupo de funcionarios que más ganan, situación que generó descontento interno y un número importante de críticas en los medios de comunicación.

Con el proceso de liquidaciones actual se da un fenómeno similar; la desaparición de áreas o liquidación de personal, no muestran impactos directos en la prestación del servicio y sólo permiten la consolidación o redistribución del poder entre las áreas normativas a nivel nacional y estatal.

Por todo lo anterior, es evidente que la privatización no es la mejor vía si se pretende reactivar a la organización, sin embargo, la tendencia parece que llegó para quedarse, ya que el programa de liquidaciones continúa hasta el 2003.

El comportamiento que se observa en nuestros días, nos permite afirmar que el sector privado de los servicios públicos de salud crece rápidamente apoyado en mecanismos directos e indirectos de parte de la Institución, que facilitan la incorporación de la iniciativa privada, la apoyan, le generan las condiciones propicias para su expansión o de plano se reorientan los programas o actividades de tal modo que puedan ser mejor atendidas por los particulares.

En el nivel micro y macro se observan comportamientos hacia la transferencia, complementación o reasignación, por lo que podemos hablar de la existencia y expansión de un mercado de servicios de salud que vive de la Seguridad Social Mexicana.

Durante el 2003 el proceso de liquidación fijó como meta la separación de 7,500 trabajadores, pero fueron 7,800 y aún se mantiene la estrategia. El programa de construcciones y equipamiento tiene dos años inactivo y es probable que se mantenga así por lo menos tres años más, lo que pone en evidencia o que no se puede o no se quiere apoyar el crecimiento mínimo programado.

El cambio estructural de la institución en los últimos 5 años se puede resumir de la siguiente forma:

- Se modificó la estructura a nivel nacional y se crearon 7 Direcciones Regionales con autonomía financiera y programática.
- Se dividieron las Delegaciones más grandes del sistema
- Desapareció casi en su totalidad el Nivel Central y se le asignaron funciones de nuevo tipo.
- Se desconcentraron los recursos, los sistemas, y se dotó de mayor autonomía programática a los Estados.
- Se modernizaron los sistemas y programas de alcance estatal.
- Desaparecieron o se fusionaron varias Direcciones Generales, Subdirecciones o Unidades.
- Desaparecieron Departamentos o áreas a nivel estatal
- Se Liquidó a Personal de confianza de Nivel Central y Delegacional.<sup>39</sup>

Durante el 2000-2001.

- Desaparecieron 3 de las 7 Direcciones Regionales
- Desaparecieron 12 de las 37 Delegaciones Estatales
- Se implantaron a nivel Nacional nuevos modelos de organización y nuevos programas rectores.
- Se Automatizaron los procesos administrativos más significativos como el de Administración de Personal, Abasto, Afiliación y Cobranza, etc.
- Se mantuvo el programa de liquidación de personal de confianza a nivel estatal.<sup>40</sup>

Por todo lo anterior, se puede comentar que la tendencia liberalizadora del mercado de los servicios de salud, no sólo se mantendrá, sino que es muy probable que incluya a las áreas operativas como los hospitales y Unidades Médicas, ya que la Dirección General logró que el Sindicato de trabajadores del Seguro Social firmara un convenio para la reasignación de personal mediante un mecanismo conocido como analítico puesto-plaza, lo que implica la revisión a nivel Nacional de las plantillas de todos las áreas de servicio, a fin de reasignar la fuerza de trabajo<sup>41</sup>

Los procedimientos de transferencia de las actividades antes exclusivas, se observan con mayor claridad en el interior de la república, donde por las

<sup>39</sup> Los datos presentados son un resumen de los resultados anuales dados a conocer por la Dirección General del IMSS en su reporte anual de resultados o en las asambleas Generales que se realizan anualmente; para mayor detalle ver las revistas Cuestión Social, incluidas en la bibliografía, números 45, 46 y 47 o las memorias anuales emitidas por el Coordinación General de comunicación Social, en 1996, 1997 y 1998. Actualmente estos datos están disponibles también en la hoja de internet de la Institución en [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

<sup>40</sup> Vea la memoria institucional del 2000 o las notas generadas por comunicación social en internet para los primeros meses del 2002.

<sup>41</sup> El ajuste va del 5 al 10% y se establecieron convenios locales institución empresa para la congelación de las plazas.

condiciones de distribución de los servicios, problemas de acceso o falta de disponibilidad de médicos e instalaciones, las situaciones expuestas son más comunes y promueven la coexistencia y cooperación entre los esfuerzos Institucionales y los de los hospitales privados y médicos organizados.

En conclusión podemos decir, considerando las propuestas de Starr, que el proceso de privatización es más complejo que la simple transferencia de los derechos de propiedad de las entidades públicas, y que la reasignación directa o indirecta de los recursos y atribuciones no muestran resultados más alentadores en la productividad y calidad de la atención en los hospitales, por lo menos en el corto plazo. Tampoco se observa evidencia de mejora en el sentido del ahorro de recursos, o incrementos en la eficiencia, por lo que bien valdría la pena la exploración de caminos alternativos para el rediseño de las funciones o la reasignación de las responsabilidades.

Nos parece que, si se trata de impulsar la productividad y la atención a la ciudadanía, se puede tener un mayor impacto en el corto y mediano plazo, mediante procesos sistemáticos de formación Gerencial para los Funcionarios, altos mandos y mandos intermedios y con el uso de modelos de gestión por calidad como el premio Nacional de Calidad o ISO 9000 2000 complementados con programas de rendición de cuentas o utilizando indicadores de gestión.

De aquí se derivan algunas de las ideas centrales de nuestra propuesta, ya que se puede demostrar que la modernización Institucional obedece más a premisas económicas y políticas del gobierno, que a asuntos técnicos como la búsqueda de Calidad o eficiencia en la atención a los problemas de salud. Ya que la cultura de la lealtad, la rotación de los funcionarios y la hipertrofia normativa son fenómenos que limitan los esfuerzos, para ofrecer servicios humanos, cálidos y personales, que no solo reparen el daño, sino eleven la calidad de vida de los trabajadores mexicanos y sus familias.

También es posible realizar ejercicios de reingeniería minimalista o fortalecer la creación de capital Humano, lo que sería muy factible en el IMSS, ya que los perfiles profesionales y los niveles de escolaridad de sus trabajadores son más altos que los del promedio de los trabajadores del sector público a nivel nacional.

### 3 IMPLICACIONES ORGANIZACIONALES DEL CAMBIO DE MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL.

En el apartado anterior realizamos una descripción de los cambios a la ley del seguro social; no fue hecha con profundidad por no ser el objetivo central de este estudio, pero fue necesario su abordaje por sus implicaciones en la nueva forma de mirar a la institución y de organizar sus procesos internos.

En este capítulo esbozaremos desde la perspectiva de la sociología del trabajo las implicaciones laborales, organizacionales y de redistribución de las funciones y del perfil de los servicios que se ofrecen, en las unidades médicas y hospitales e intentaremos presentar algunos de los escenarios posibles, que se originarán como consecuencia de la implantación de las nuevas normas de funcionamiento de la seguridad social.

Sin embargo, antes de llevar al análisis específico, es importante recurrir a un marco conceptual que nos permita entender el fenómeno de la modernización organizacional desde una perspectiva analítica y no meramente descriptiva como las que utiliza la administración o la psicología del trabajo, en algunos textos de moda entre los gerentes y administradores; por lo que recurriremos constantemente al modelo explicativo presentado por Benjamin Coriat en sus trabajos sobre la organización del trabajo en la época posfordista, con la finalidad de conocer las consecuencias del nuevo paradigma de la distribución de las tareas de la empresa conocido como "ohñismo", o cultura japonesa del trabajo, la calidad y la productividad; en especial nos remitiremos a sus trabajos "él cronometro y el robot" y "pensar al revés".<sup>42</sup>

En dichos trabajos, Coriat desentraña los elementos conceptuales y los mitos que giran en torno a la nueva organización del trabajo. Es importante aclarar que la utilización de los conceptos que se describirán adelante obedece a las pautas de expansión y transferencia observadas en los modelos de organización del trabajo que se presentan no sólo en la fábrica, si no también en el comercio, los servicios e incluso las instancias hospitalarias como las que analizamos, ya que en todas ellas podemos encontrar numerosos ejemplos de implantación de los nuevos métodos de organización del trabajo, con las implicaciones culturales, organizacionales, económicas y sociales que ello implica.

Dichas pautas de expansión se caracterizan por la constante exploración de nuevas formas de organización y distribución, de la fuerza laboral, la maquinaria, la información, los procedimientos laborales, las técnicas de control de procesos etc., que se experimentan en un sector y se transfieren posteriormente a los demás, adaptándose a las condiciones de los nuevos sectores o áreas funcionales; por ejemplo, la línea de montaje nace en la industria alimenticia, se

<sup>42</sup> No se realizaron citas textuales, por la extensión de las mismas, por lo que se presenta una síntesis comentada de sus ideas; para conocerlas con mayor detalle consulte Coriat, Benjamín. 1992. "Pensar al revés y "El taller y el robot" ambos editados por Siglo XXI Editores, México.

transfiere a la fabricación de automóviles y posteriormente a toda la producción en serie; la línea de ensamble aparece en la industria textil, pasa a los auto motores y posteriormente a toda la industria; con el tiempo llega a los servicios, incluyendo a los hospitales. En nuestros días, un fenómeno común es la hibridación de técnicas y procedimientos organizacionales que se rediseñan a partir de los métodos originales a los que se les hacen modificaciones paulatinas mediante el uso de técnicas de pensamiento creativo.<sup>43</sup>

Para comenzar la exploración sobre las nuevas formas de racionalización del trabajo, es importante decir que se vive el desplazamiento definitivo de los paradigmas de la organización industrial representados por el taylorismo y el fordismo, que han sido sustituidos por el ohnismo, que en la práctica empresarial se traduce como la universalización de las pautas de organización del trabajo, la calidad y la productividad al estilo japonés, que han promovido un movimiento mundial en pro de la estandarización, productividad, calidad y eficiencia, mejor conocidas actualmente como normas ISO 9000<sup>44</sup> (normas internacionales de organización, tan en boga por nuestros días en México).

Los elementos centrales del nuevo modelo de racionalización del trabajo en el ámbito mundial, desde la perspectiva de Coriat, se caracterizan por un conjunto de principios conceptuales que rompen con el modelo de organización fordista del trabajo, que traen como consecuencia un estilo diferente de mirar a la empresa, los insumos, a los trabajadores, contratistas y proveedores, lo que originó nuevos métodos para la organización del trabajo, que revolucionó la forma de producir e incorporaron pautas que garantizan una mayor productividad con mejor calidad, apoyadas de un compromiso personal de los trabajadores hacia la empresa. Los nuevos esquemas de mirar a la organización y al trabajo se concretan en una serie de técnicas y procedimientos laborales que permiten ampliar el proceso de acumulación de capital y transferir una parte de los beneficios a los trabajadores.

Dicho modelo tiene como fundamento el apoyo sindical y de los trabajadores, (aunque se funda en la derrota obrera y en los sindicatos de empresa) lo que permite crear un círculo virtuoso caracterizado por un proceso constante de mejoramiento de lo que se hace y de las formas como se planea y organiza lo que se hace, que se basa en cinco principios y dos ejes de sustentación.

---

<sup>43</sup> Los trabajos del filósofo francés Edward de Bonno como "El pensamiento lateral", "Pensar bien", "Seis sombreros para pensar", etc, desarrollan modelos de pensamiento creativo orientados a la solución de problemas empresariales.

<sup>44</sup> La norma ISO 9000 (Estándares Internacionales de Organización por sus siglas en Inglés) es la referencia mundial que establece los requisitos y condiciones mínimas para elaborar productos o servicios de calidad mundial. La organización internacional de estándares, diseña normas técnicas, con el apoyo de especialistas en donde se establece, cómo se debe planear, elaborar, controlar y evaluar la producción, de tal modo que rebase las expectativas de los clientes y consumidores. Utilizando esta estrategia, las empresas transnacionales han logrado llevar sus mercancías y servicios a prácticamente todos los mercados y sujetar a sus proveedores a estrictos controles de calidad.

- Inversión en recursos humanos
- Polivalencia y plurifuncionalidad
- Automatización y justo a tiempo
- Productividad calidad y diferenciación, sustentadas en
- Salario por antigüedad
- Y mercados internos (para la promoción y especialización)<sup>45</sup>

### 3.1 Cambios en el modelo de organización del trabajo, en la Seguridad Social Mexicana.

Para comprender los procesos de cambio organizacional es relevante ubicarlos en el marco de su razón de ser y su propósito como consecuencia de acciones orientadas a metas en el sentido Weberiano, es decir, es importante asumir que la organizaciones como los sujetos pueden ser y son racionales y orientan su actuación, utilizando como referencia a sus visiones de futuro y las metas que persiguen. En este sentido la fábrica, el Estado y las organizaciones son entidades suprapersonales que materializan las aspiraciones de los sujetos que las conforman, por lo que siguiendo a Pablo Sánchez en sus comentarios a la nueva ley del Seguro Social podemos decir que:

*“La acción social en el sentido Weberiano debe entenderse como una conducta humana en la que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo: el objeto de la Sociología sería, bajo esta perspectiva, la interpretación y comprensión del sentido que motivó una acción en particular”* (Sánchez-Gutiérrez, Pablo. 1988: 335).

Sánchez nos propone hacer de la ley del Seguro social un objeto detallado de análisis de la Sociología jurídica, pues supone que la acción legislativa y técnica que llevan detrás tiene un sentido y una consecuencia al materializar los intereses de los sujetos que representan.

Y esto es relevante por uno de los supuestos de las modificaciones a ley que hemos comentado, que es la pérdida del contenido solidario de la Seguridad Social, porque como comenta Sánchez:

*“Uno de los principios de dicha ley –cuyo alcance se explica a los largo de toda la obra- es el concepto de “corresponsabilidad” del individuo, organizaciones sociales y gobierno en la consecución del bienestar del trabajador. La voluntad de la persona tiene mayor peso específico y se abandonan los esquemas paternalistas, en los que se niega la mayoría de*

<sup>45</sup> En su trabajo, Coriat desentraña la matriz organizacional de las nuevas modalidades organización de la producción y las asocia con la racionalidad empresarial y con la racionalización de las tareas, los tiempos y las personas, condiciones todas de los nuevos espacios de producción del capitalismo globalizado.

*edad a los trabajadores. A través de los comentarios a la ley el lector descubre la intención del legislador de transferir al individuo responsabilidades y simultáneamente, aprovechar la potencialidad de las organizaciones sociales para agrupar a los trabajadores en torno a un objetivo común: Obtener las prestaciones del Seguro Social”* (Sánchez-Gutiérrez, Pablo. 1988: 336).

Por lo que propone al autor es relevante:

*“... Profundizar en el comportamiento del trabajador en relación con la empresa y la importancia que tiene el seguro Social en la evolución de esas relaciones”* (Sánchez, Gutiérrez, Pablo. 1988: 336).

Pero quizá antes de averiguar las intenciones y razones de los actores políticos que plantearon la reforma, es importante que entendamos el marco conceptual que en el ámbito internacional presionó a las diferentes modalidades de formaciones sociales para incorporarse a los procesos de modernización acelerada, que se dan como consecuencia de la reflexión japonesa de la posguerra para el replanteamiento de la estructura y función de la empresa y que tienen que ver con los mecanismos naturales de ajuste que encontró el capitalismo para garantizar su sobrevivencia y le permitió levantar y reconstruir las economías más adelantadas que quedaron devastadas como consecuencia de la segunda guerra mundial, y que ocasionaron una vez consolidados la universalización de la economía y los fenómenos tan comentados hasta ahora, como la modernización y la globalización de las economías y de los Estados.

La creación del nuevo modelo de organización del trabajo que tiene como propósito incrementar la productividad y la rentabilidad empresarial de la posguerra, supone un serio proceso de reflexión sobre la propia experiencia de la organización y planificación del trabajo en la fábrica, que desarrollan los ingenieros japoneses para entender las pautas de funcionamiento de la gran industria norteamericana a fin de ajustar sus enseñanzas a las condiciones históricas de Japón de la posguerra que los llevó a descubrir los siguientes principios:

- Es posible la integración funcional de todo el proceso productivo en cada puesto de fábrica (lo que le permitió que cada obrero controlara su proceso de programación de producción, reparación de máquina, control de calidad de los productos elaborados y fabricación de productos diferenciados en serie, de forma flexible y de acuerdo con ajustes programados o no en la cadena de montaje).<sup>46</sup>
- La producción puede flexibilizarse mediante la polifuncionalidad obrera, es decir cada obrero puede hacer más de una tarea a la vez.

<sup>46</sup> Los principios enumerados son presentados con detalle en la obra de Benjamín Coriat, autor que nos sirvió de referencia para entender los mecanismos de ajuste del modo de producción capitalista de nuestros días; vea las referencias bibliográficas al final del documento.

- La producción puede realizarse sin conmociones o fragmentaciones, sin puestos obligatorios o división artificial de las tareas, es decir en un mismo puesto de trabajo se pueden realizar trabajos complejo y creativos, no monótonos y repetitivos como antaño.
- La producción se puede realizar con un esquema de justo a tiempo, es decir, sin excedentes, sin desperdicio, saturación o almacenamiento.
- Es posible innovar los métodos de organización del trabajo, asignación de los materiales. Distribución de las máquinas, equipos y herramientas, haciéndolos flexibles y continuos con el proceso de manufactura y la actuación del obrero.
- El flujo de la producción puede ser continuo, complementario y sin interrupción, integrándolo por procesos completos, previamente determinados, programados y modificables, asignándolos como tareas completas y asignando la responsabilidad de su realización y ejecución al obrero responsable del mismo.
- Se pueden compartir tiempos en los procesos de producción, mediante la intervención en tareas múltiples.
- Es posible implementar el cambio rápido de herramientas especializadas, que incluyan mecanismos de autocorrección y detección de errores.
- Es posible planear y controlar a simple vista todo el proceso de fabricación, (dirección por ojos).
- Las pautas para el incremento de la productividad están determinadas por la desaparición de la especialización, la reasociación de actividades separadas y la pluriespecialización de los trabajadores, que les permite volverse polifuncionales.
- La organización del trabajo mismo, puede incluir pautas de aprendizaje dinámico de las tareas y un análisis de las mismas, (círculos de calidad, o equipos autodirigidos, por ejemplo).
- La productividad está determinada por la diferenciación y la flexibilidad en la asignación de las tareas.
- Hay que buscar la eficiencia sistémica mediante la flexibilización de todas las tareas sin importar su naturaleza.
- Con la incorporación de estas nuevas pautas es posible tener ganancias en la productividad, mejorar la calidad e involucrar al operario en el control y programación de su propio trabajo (principio de autoactivación).<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Estas pautas generales de comportamiento laboral son las que hacen distinto al capitalismo en la época de las organizaciones abiertas y flexibilizadas y donde predomina la racionalidad científica en la empresa; de hecho todas las metodologías de calidad y todos los sistemas de aseguramiento de la calidad no son otra cosa que la aplicación sistemática y ordenada del pensamiento científico a la fábrica, ahora producir es un asunto que requiere de mediciones detalladas, hipótesis que se comprueban, experimentos que permiten aumentar la productividad y disminuir errores, todos basados en el método científico experimental .

Para comprobar esta hipótesis nos remitimos a un importante número de investigaciones de la sociología industrial en las que se analizan los procesos de modernización, flexibilización y apertura de las industrias de todos los sectores a la tecnología y al capital internacional; en todos los casos se pueden encontrar pautas similares a las que enumeramos en esta apretada lista de hallazgos de la modificaciones en el modo de producción. Para conocer a detalle los trabajos remitase a las aportaciones de Bayon, Bueno, Castillo, Díaz, Hernández, Góngora, Lara, Leyva, Maldonado, Martens, Montesinos, Muñoz, Rosado, Soto y Wannofel, detalladas en la sección de

A partir de estos principios se crea un nuevo modelo de la organización y división funcional del trabajo que en palabras del propio Coriat expresa que:

*“En un mundo internacionalizado, si las “lecciones” japonesas se copian y se vuelven a copiar en todas partes es porque corresponden a la fase actual del capitalismo que se caracteriza por el ascenso de la competencia, por la diferenciación y la calidad, condición original, como recordamos, de la constitución del método ohniano y con respecto a la cual, por esta misma razón, los teóricos japoneses de gestión de la producción disponen de alguna ventaja. Si en todas partes se intenta imponer este método, es porque en su principio es portador del modo de extracción de ganancias de producción que corresponde a las normas actuales de competición entre empresas.” (Coriat, Benjamin, 1992:146).*

La interconexión de los principios enumerados, se conoce popularmente como cultura japonesa del trabajo, teoría Z de la administración, estilo japonés de administrar, entre otros. Sin embargo, en la práctica gerencial mexicana, son más bien una fuente de simplificación o copia fácil de los métodos de trabajo en la búsqueda de mayores nivel de productividad, pero que evitan las sutilezas y especificidades del contexto histórico japonés que les dio origen, es decir, no se observa un compromiso de los empresarios o gerentes mexicanos, por favorecer la productividad en los hechos y de forma negociada, pues les interesa ser más productivos, pero no mejorar las condiciones de vida y trabajo de sus empleados, o sus salarios, por lo que la totalidad de los analistas del trabajo en México, concuerdan en que el modelo de modernización industrial y de los servicios, que proponen las dirigencias empresariales, (con predominio ohnista o de modalidad japonesa) solo retoman de las experiencias japonesa y europeas las formas, pero sin el contenido, lo que genera prácticas verticales en las que se impone, la modernización de las formas de trabajo, pero no sus beneficios colaterales y redistributivos a nivel de mejoramiento del ingreso, lo que explica que México sea la décima economía mundial, que tenga altos niveles de productividad pero sea uno de los países con salarios más bajos en todo el mundo .

El proceso de racionalización y globalización de las pautas de trabajo, que se inaugura con el ohnismo como nueva modalidad de entender las relaciones entre el capital y el trabajo, le ha permitido a los empresarios mexicanos a lo largo de la última década<sup>48</sup>.

- Intensificar el ritmo de trabajo y disminuir el número de empleados
- Ampliar el número de tareas controladas por obrero

---

bibliografía y que nos permitieron llegar a los principios enumerados para describir la experiencia de modernización en la industria y los servicios en México.

<sup>48</sup> La lista de principios que se enumeran se derivan de la revisión de las experiencias de modernización en la industria mexicana para conocer el detalle sus resultados incluimos algunos trabajos de sociólogos industriales al respecto en la sección de bibliografía.

- Lograr la vigilancia de varias máquinas o procesos por trabajador
- Maximizar la ocupación de la maquinaria y las herramientas
- Automatizar los procesos repetitivos o simples
- Lograr la auto activación del obrero (autocontrol y auto supervisión)
- Descentralizar las funciones de planeación, gestión, corrección y mejora hasta la línea de montaje.
- Integrar el control de calidad a la tarea misma
- Reducir los inventarios
- Disminuir los tiempos ociosos y superponer las tareas entre líneas de montaje.
- Lograr que las tareas incluyan un efecto educativo-formador y faciliten la organización del trabajo.
- Incorporar en el trabajo del obrero las funciones de diagnóstico, reparación y mantenimiento de las máquinas.
- Volver genéricas las actividades del trabajador y volverlo polifuncional.
- Integrar horizontalmente las funciones de producción involucrando al trabajador en todo el proceso no solo en alguna parte.
- Incluir la robótica y las técnicas de información en la fábrica.
- Incorporar nuevas técnicas de organización, supervisión, control y gestión de la producción controladas por personas o por máquinas.
- Incorporar la voluntad y creatividad del trabajador en la búsqueda de ganancias en la productividad, simplificación de tareas o invención de nuevos métodos de trabajo.<sup>49</sup>

Vale la pena recordar que fueron las grandes turbulencias económico-financieras del país en las dos últimas décadas del siglo pasado, las que promovieron que las empresas entraran en procesos de reingeniería, negociaran acuerdos de productividad y calidad, flexibilizaran sus procesos productivos, los modernizaran o de plano declararan quiebras fantasma y se reintegraran como unidades más pequeñas, funcionales y sin sindicato de por medio.

El proceso de implantación del nuevo modelo ha sido desigual y poco uniforme, derivado del grado la presión que han tenido que enfrentar las empresas para competir en mercados abiertos, ya que es común observar, incluso al interior de una misma empresa, cómo llegan a coincidir líneas de producción de la más alta tecnología; con procesos refinados de planeación y control de las actividades, con líneas de trabajo semi-artesanal en las que la función del operador es muy similar a la que tenía hace diez o veinte años.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Todos estos elementos integran la nueva racionalidad laboral sobre la que se fundamentan los exitosos programas de administración de la calidad que han permitido a las empresas en todo el mundo, incrementar la productividad, disminuir los gastos, flexibilizar el trabajo, disminuir el desperdicio, etc. Para conocer sus resultados e impactos en las industrias mexicanas remítase a los trabajos de los cuales se anexan en la sección de bibliografía y en los que se identificaron los principios enlistados.

<sup>50</sup> Es común en las empresas mexicanas que coincidan el futuro con el pasado y aún en las industrias de punta se mantienen modelos de organización del trabajo tradicionales conviviendo

La modernización que se ha impulsado en el sector salud se ha caracterizado por el uso de estrategias de ruptura de la capacidad negociadora del sindicato y por una búsqueda de la polifuncionalidad en las actividades de los trabajadores.

Aprovechando su situación ventajosa, la empresa asume una posición dominante y paternal, mediante la que impone sus condiciones y legitima los cambios, aludiendo al tamaño de la institución, la burocracia, la amplitud de los beneficios contractuales de los trabajadores que afectan la operación de los servicios, la necesidad de cambiar para otorgar mejor atención, el alto nivel de quejas, etc.

En el IMSS, como en la industria nacional en general, las autoridades han recurrido a mecanismos sistemáticos para debilitar al sindicato; él ultimo ejemplo de ello fue la división de la Delegación en el Estado de México, que se ha caracterizado por su combatividad sindical y abierta diferencia con las pautas de negociación marcadas por el sindicato en el ámbito nacional, que se pliega con mayor facilidad a las posiciones patronales.

La representación institucional ha intentado sin éxito hacer modificaciones importantes al contrato colectivo de trabajo en las dos ultimas revisiones, o por lo menos, incluirle cláusulas de productividad y calidad; sin embargo, dadas las implicaciones estructurales de los cambios y aun a pesar de que el sindicato nacional no se caracteriza por tener alta beligerancia, la institución no ha logrado convencerlo de sus propósitos.

En este sentido, es importante reconocer la habilidad mostrada por los dirigentes por acercarse la asesoría especializada necesaria para presentar sus propias propuestas para elevar la calidad y la productividad que empiezan con terminar con el desabasto y cubrir la plantilla de personal faltante, y generar un esquema de incentivos a los trabajadores que participen, por lo que en la práctica, no ha cedido en la modificación de las normas laborales que busca la empresa.

Por la parte institucional, desde hace ocho años se han impulsado amplias estrategias de cambio, que iniciaron con la incorporación de los círculos de calidad; posteriormente se buscó formar equipos de mejora; equipos multidisciplinarios de trabajo fue la siguiente propuesta nacional, incluso se contrataron servicios de consultoría para impulsar un modelo de calidad en el ámbito nacional con el apoyo de Tennessy International Asociation y posteriormente un modelo de calidad en el servicio con el apoyo de Muller grupo consultor, proyectos todos que finalmente fueron abandonados y en los que los rasgos comunes fueron en todos los casos:

- Se solicita al personal su apoyo para resolver los problemas.

---

con esquemas de actividad automatizada; el ejemplo de la cervecería modelo, o industrias Bimbo son claros al respecto.

- Mayor disposición para el trabajo.
- Mayor disciplina y profesionalismo.
- Compromiso personal con la calidad de la atención,
- Disminuir el uso de las prerrogativas marcadas en el contrato colectivo.
- Participar activa y voluntariamente
- Ceder parte de su tiempo de descanso para ser capacitado.
- Trasladarse al centro de capacitación por sus propios medios.
- Hacer uso de sus propios recursos para apoyar la instalación de las propuestas de mejoramiento.
- No solicitar ningunos apoyos extra o más recursos para resolver algún problema operativo

Sin embargo, no se habla de ningún beneficio para los trabajadores involucrados y las propuestas para mejorar que presentan los trabajadores no son tomadas en cuenta, cuando consideran mejoras en las condiciones de trabajo.<sup>51</sup>

Todas estas situaciones han creado un ambiente adverso a la instalación de proyectos para el mejoramiento de los servicios en los hospitales, unidades médicas, guarderías y áreas administrativas.

Actualmente, y en voz de la dirección general, se habla de importantes cambios organizacionales y funcionales; uno de ellos es la reestructuración de actividades por puesto, que cambiara un esquema de profesiogramas de actividad por otro integrado por procesos, que amplía de forma importante las actividades de los prestadores de servicio y las orienta hacia la polifuncionalidad, el trabajo horizontal y sin control o vigilancia sindical.

En esta tónica se han piloteado un número importante de propuestas para la reorganización local del trabajo que van desde pequeñas unidades automatizadas, con servicios subrogados y médicos con horario continuo, hasta hospitales en los que se cede la autonomía financiera a los mandos locales, o áreas de servicio, en las que todo el personal es no sindicalizado o trabaja en su totalidad como personal de confianza; también se ha propuesto una estrategia paulatina para la descentralización y desconcentración de las funciones y la autoridad.

En la LXXX asamblea general, el director presentó un ambicioso programa de modernización por la vía informática y de telecomunicaciones que implica el cambio en más de 1700 programas de cómputo internos y con ello la radical modernización de las comunicaciones internas de la seguridad social.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Para constatar el manejo y abordaje en la difusión de los valores de la cultura Institucional, se refieren algunos cursos de capacitación en Calidad que se imparten en la Institución como **"Calidad en el servicio"** **"Conceptos básicos de calidad"**, etc. Para mayor detalle vea o consulte los cursos otorgados por los centros de capacitación del SNTSS en [www.sntss.org.mx](http://www.sntss.org.mx).

<sup>52</sup> La referencia completa de los documentos de la LXXX asamblea se pueden consultar en la sección de bibliografía; también es posible consultar su versión en internet. Vea los Comunicados del área de comunicación social en la hoja de internet de la Institución en [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

Al igual que la industria nacional, el IMSS asume un rol paternal, protector e involucra al sindicato para justificar el proceso de modernización, al que le concede individualmente, pero el que ha cambiado de una actitud pasiva ante las situaciones de inoperancia y falta de recursos que se vive, a una actitud de negociación y protección selectiva del personal de base.

El sindicato del seguro social es uno de los más grandes y también de los más poderosos y acaudalados del país, lo que permite que sus líderes sindicales reciclen periódicamente sus carteras y comisiones sindicales al estilo del sindicalismo oriental, incluso llegan a ocupar puestos importantes en los mandos directivos locales o regionales, y llegan a ocupar puestos políticos de relevancia dentro y fuera del sistema de partidos, lo que le da gran capacidad de negociación y movilidad para negociar de manera indirecta<sup>53</sup>.

Algunos de los fenómenos que permiten la analogía entre el Seguro Social Mexicano y las experiencias descritas por Coriat, cuando habla de la vinculación empresa-sindicato son:

- Su esquema de empleo, que prácticamente es de por vida, si el trabajador no comete errores o faltas muy graves,
- La forma de salario, que recompensa ampliamente la antigüedad y sujeta la carrera del trabajador, más a la estancia en el puesto, que a la competencia técnica.<sup>54</sup>
- La creación de mecanismos alternos de compensación no salarial, que pretenden mejorar su calidad de vida o su formación profesional.
- El sindicato es un organismo integrado a la empresa con una estructura jerárquica, vinculada por la promoción y las componendas, que reacciona a cualquier malestar, llamando a la negociación, cooperación y a la disciplina.
- La dirigencia sindical tiene un número importante de beneficios colaterales, el primero de los cuales es no trabajar, lo que favorece una actitud permisiva y desapegada, ante las constantes violaciones contractuales que se dan en las áreas de servicio.
- La institución ha cedido paulatinamente la función de la capacitación al sindicato, creando centros de capacitación que posteriormente le cede.
- Aun cuando el IMSS es una de las organizaciones que más capacitación otorgan a sus trabajadores, difícilmente ésta tiene algún impacto como un mecanismo para mejorar los servicios, para la promoción interna, o el otorgamiento de estímulos por desempeño.

<sup>53</sup> Esta pauta de organización interna del sindicato es muy parecida a las referencias del comportamiento sindical oriental, lo que permite un estrecho vínculo entre la dirigencia obrera y la gerencia de la empresa y permite incluir al sindicato en la óptica e intereses de la empresa.

<sup>54</sup> El contrato Colectivo de trabajo de los trabajadores sindicalizados del IMSS es uno de los más importantes del país y contiene un gran cantidad de cláusulas y de mecanismos formales que favorecen la estancia del trabajador y su permanencia, pero no su productividad, y el Sindicato agrupa a la segunda fuerza laboral más importante en Latinoamérica solo después del sindicato de maestros.

- El sindicato ha formalizado mecanismos para la eliminación de todos los gérmenes de descontento o autonomía frente a sus decisiones, ya que todos los intentos de autonomía, división o faltas a la disciplina del grupo dominante al interior del sindicato se castigan con la cláusula de exclusión, expulsando a la disidencia.
- La creación de mercados internos para el ascenso o la promoción mediante el desarrollo de habilidades en el trabajo, situación que ha perdido flexibilidad en los últimos años y ha creado importantes núcleos de trabajadores sobre capacitados, en categorías funcionales, que no corresponden con su perfil educacional, generando duplicidad de actividades y baja moral en el trabajo.<sup>55</sup>

A partir de la descripción del paradigma dominante en las formas de organizar el trabajo y de la situación actual de la Seguridad Social, es posible especular sobre el proceso general de cambio en la organización y división del trabajo y proyectar algunos escenarios posibles sobre el futuro de la misma.

Es importante considerar que las experiencias de modernización de las formas de organización del trabajo, como las que propone el modelo onhista, suponen organizaciones disciplinadas, bien entrenadas, con trabajadores competentes y dispuestos a colaborar con la empresa, situaciones todas que se dan en el seguro Social mexicano y que permiten cambios organizacionales y funcionales relevantes.

### 3.2 Expectativas posibles del proceso de cambio en el I.M.S.S.

Aludiendo a la idea de Tomas Miklos en el sentido de que es posible diseñar modelos de futuro y materializarlos<sup>56</sup>, hemos intentado visualizar posibles caminos alternos de la modernización en marcha en la seguridad social mexicana. Todos los escenarios son posibles desde nuestra perspectiva, y están determinados en todos los casos por la habilidad y compromiso de la dirigencia Institucional, ya que consideramos que existen condiciones ideales para la modificación de las pautas de organización del trabajo, ya que no existen resistencias en el nivel de los trabajadores o sindicato, sino que las posibilidades de éxito están determinadas por la claridad del proyecto de la Dirección y por la habilidad gerencial de los funcionarios para implementar los nuevos modelos.

#### **Primer escenario: El proceso de cambio se mantiene igual.**

En este supuesto se esperaría un progresivo deterioro de los servicios médico asistenciales, que darían origen a quejas sociales organizadas y podrían ser un

<sup>55</sup> Todas estas modalidades de relación empresa sindicato explican porque aún, a pesar de las evidentes violaciones al contrato colectivo de trabajo, se mantiene la operación y la calma en los hospitales y cómo la empresa logra funcionar ante la recurrencia y agudeza de sus crisis financiera, operativa y gerencial.

<sup>56</sup> Vea el concepto de prospectiva en Miklos, Tomás. 1994. "Planeación Prospectiva". Ed. Limusa. México.

excelente pretexto para realizar una privatización definitiva de la seguridad social, aludiendo a la ineficacia del sistema. Dicho proceso implicaría la reestructuración o desaparición de la organización y la transferencia de los servicios a manos privadas.

Se abriría la posibilidad de la liquidación del SNTSS y la conformación de una nueva empresa nacional u organizaciones regionales o estatales, que recontractarían a un porcentaje de trabajadores, que podrían ser útiles al nuevo esquema por su alto nivel de especialidad, bajo nuevas condiciones ya que es muy probable que cambiarían las condiciones laborales y se ajustarían los salarios a la baja para las áreas de apoyo administrativo y se mantendrían o incrementarían para el personal médico y paramédico, dependiendo de su nivel de especialidad (el caso de la seguridad peruana es ilustrativo al respecto).

En la nueva lógica de una Seguridad Social privada, se optimizarían los servicios útiles y se subrogarían los de apoyo o colaterales, se crearía una red de informática médico-administrativa con la que se simplificarían los procedimientos administrativos, para su posterior automatización y se liquidaría al personal sobrante.

Se organizaría una institución más horizontal con un número mucho menor de mandos medios y directivos, mejor informados y con mayores atribuciones.

### **Segundo escenario: el S.N.T.S.S. negocia con éxito su incorporación al programa de modernización institucional.**

En este marco tocaría a la representación sindical promover la ruptura de la tradición burocrática y de control administrativo, que rige actualmente a la institución. Es altamente probable un proceso muy agresivo de flexibilización del trabajo orientado a la polifuncionalidad, sobre todo en las áreas administrativas y paramédicas. La estrategia de cambio acelerado pasaría por un complejo proceso de negociación de los nuevos perfiles profesionales y los esquemas salariales y los incentivos, que se apoyaría en una función intensiva de la capacitación y el reacomodo laboral, proceso parecido al que se dio en Teléfonos de México.

Se esperaría un alto nivel de resistencia de los mandos medios, sobre todo en el nivel de coordinaciones estatales y regionales, que tendrían que ser reubicados o liquidados, con lo que se daría paso a una organización más horizontal y productiva.

Con el rediseño de la organización, se haría factible la incorporación acelerada de estrategias para el cambio local, al estilo de la certificación con norma ISO 9000 versión 2000 o procesos locales de planeación estratégica o reingeniería. Es probable que la estrategia de incentivos por productividad y calidad sea bien aceptada por los trabajadores, ya que el nivel de identificación con la institución ha sido seriamente dañado por la caída salarial del sector médico en los últimos

quince años. En este supuesto sería probable un mejoramiento de la calidad de los servicios en el mediano plazo y una expansión rápida de la cobertura.

Uno de los riesgos de este esquema es la pérdida de control del sindicato sobre los trabajadores, el salario y el contrato, ya que se esperaría una estructura diferencial del salario, relacionada con indicadores de productividad y calidad, lo que provocaría a la larga la pulverización de la influencia de uno de los sindicatos más importante en América Latina.

El efecto de la capacitación y promoción interna despertaría el interés por mejorar de los trabajadores y la reubicación del personal sobre capacitado,<sup>57</sup> lo que facilitaría la incorporación de nuevas modalidades de organización del trabajo o el uso masivo de tecnologías de la información.

Con la reestructuración y reubicación interna del personal se obtendrían ganancias de productividad y se lograría una mejor respuesta de los trabajadores en el corto plazo, sin embargo, no mejoraría la cobertura, ya que el sindicato promueve la atención médica ajustándose a los mínimos requisitos en relación al número de trabajadores, insumos, equipos y materiales.

### **Tercer escenario: Apertura indiscriminada del sector de los seguros privados.**

Una de las trayectorias presentadas por los analistas es la de la desincorporación paulatina de los servicios médico-asistenciales, que se configura incluso en el articulado de la nueva ley del Seguro Social, (ver art. 89) en este supuesto, la tendencia actual se mantendría, pero el proceso de desacreditación de la atención médica y la imagen pública de la institución se acelerarían, se articularía una campaña de desprestigio o se promoverían sistemáticamente de los beneficios de la medicina privada.

Se articularía y apoyaría al sector de los hospitales privados y se diseñarían paquetes alternativos de seguridad de fácil acceso<sup>58</sup> para los sectores de mayor poder adquisitivo, proceso que al parecer ya está previsto y con el que se retirarían del seguro social más de un millón de trabajadores mediante la estrategia de reversión de cuotas. La migración a los servicios privados, provocaría el paulatino desplazamiento de los hospitales públicos por los de paga, sobre todo en la atención hospitalaria de segundo nivel (mediana especialidad).

---

<sup>57</sup> Que no ha podido ser promovido por la pérdida de flexibilidad de la organización para profesionalizar y premiar al personal más competente.

<sup>58</sup> Al estilo de los seguros médicos privados, pero incluyendo servicios de medicina familiar atención dental, de radiodiagnóstico, laboratorio o chequeos médicos, experiencia que ya se está dando en el norte y centro del país mediante promociones de servicios médicos ofrecidos por aseguradoras y corporativos médicos como el Hospital Angeles, Durango, ABC, etc.

El impacto de la pérdida de más de dos tercios de sus recursos económicos de la Institución sería brutal, y en este supuesto los servicios médicos privados se diferenciarían notablemente en el corto y mediano plazo, otorgando atención más personalizada y efectiva pero de mayor costo y con pagos individualizados y la Seguridad Social tendría un destino muy similar que el de la medicina asistencial, con una tendencia acelerada al empobrecimiento; es decir se atendería al tercio inferior de los trabajadores, que significan un 80% en número de usuarios, pero sólo con un paquete básico de servicios en los que la función del Estado sería de gran relevancia ya que en su mayoría, los cotizantes no podrían garantizar las cuantías mínimas para jubilarse o tener acceso a los servicios ofrecidos.<sup>59</sup> Ello provocaría un proceso de pauperización de las instalaciones, equipos y un incremento en el uso de las instalaciones y número de demandantes.

La organización y el sindicato sufrirían un proceso lento de decadencia y obsolescencia, caracterizado por el cero crecimiento, el estancamiento salarial y la pérdida paulatina de las conquistas sindicales. La situación podría ser parecida a la sufrida por el sector ferrocarrilero, que fue de gran importancia a principio de siglo, pero que se dejó a su suerte en la segunda mitad del siglo pasado.<sup>60</sup>

#### ***Cuarto escenario: la actual estrategia de modernización tiene éxito.***

Aún cuando la coyuntura política actual nos permite prever que de todos los escenarios posibles este es el que menor posibilidad tiene de materializarse,<sup>61</sup> es importante considerar la posibilidad de que la estrategia de cambio iniciada con la reforma a la ley del Seguro Social funcione, tal como se propuso hace siete años.

Las provisiones generadas por la propia Dirección han sido en el sentido de que el IMSS se convertiría no solo en una Institución moderna, competente, que trabaja con altos estándares de calidad, sino que se convertiría en el pivote para el despegue económico y productivo de la nación, ya que sus recursos fomentarían la inversión productiva y el ahorro interno.

Su estructura organizacional sería más flexible, oportuna y efectiva, contaría con una red nacional de telecomunicaciones que facilitaría el acceso a los servicios y el cobro de las prestaciones. Sus trabajadores se parecerán en mucho a los de la iniciativa privada, ya que estarían integrados en equipos multidisciplinares,

<sup>59</sup> El trabajo de Ulloa, Bertha. (1996): 27-52 describe a detalle la situación comentada.

<sup>60</sup> Esta parece la perspectiva actual pues a partir del año dos mil hay una tendencia a la disminución de los presupuestos asignados a la Institución, a pesar de que se publicita con gran frecuencia la situación crítica de sus finanzas internas.

<sup>61</sup> Como consecuencia del recorte presupuestal a la Institución, el comportamiento general de la economía del país, pero sobre todo por los retrasos, inadecuada instalación del nuevo proyecto e inhabilidad directiva en la conducción de la implantación del modelo de administración por calidad, lo que ha provocado gran incertidumbre y apatía entre los mandos medios operativos y el personal de base a nivel nacional.

polifuncionales, con alta movilidad y capacidad de respuesta a las demandas de los usuarios, utilizando a la mercadotecnia y a la informática, para rediseñar y ajustar los servicios a las demandas sentidas de los clientes y estarán dispuestos a ajustar sus condiciones de trabajo a las demandas de los servicios.

Las áreas de capacitación en el nuevo modelo por ejemplo, desaparecerían y darían lugar a grupos especializados de consultores de procesos organizacionales que asesorarían directamente a los responsables operativos en las áreas de servicio y estarían enlazados con la Dirección y Delegaciones Estatales a fin de facilitar la implementación de los cambios para hacer más ágiles, efectivos y humanos los servicios.

Existiría una cultura organizacional orientada hacia la calidad de los servicios y a la atención oportuna de los usuarios, en los que la ética profesional y el buen trato serían los ejes de atención.

Sin embargo, la diferenciación en los servicios, los impactos negativos del nuevo esquema de pensiones y las situaciones negativas que se atribuyen al nuevo modelo, es muy probable que se materializaran, ocasionando una privatización de facto de los servicios médicos y sociales, así como su funcionamiento como corporativos médicos privados, usando como modelo el sistema de áreas médicas desconcentradas en las que los hospitales funcionan como corporativos de las unidades médicas y de las áreas administrativas, las que competirían entre sí en la búsqueda de economías de escala y en la expansión de los servicios a la no derechohabencia.

### 3.3 Implicaciones organizacionales del cambio de modelo de la Seguridad Social.

Las ideas expuestas hasta aquí pueden ser organizadas para su comprensión de la siguiente manera:

- La matriz estructural, organizacional y funcional del instituto es muy propicia para las modificaciones que se le pretenden realizar, debido a que, por la naturaleza de su función y el tipo de servicios que otorga, requiere de formas de organización del trabajo que propicien en los trabajadores un alto involucramiento personal, su participación activa, su interacción en equipos multidisciplinarios, el desarrollo de multihabilidades, la diferenciación del tipo de respuesta dependiendo de la situación o persona que se atiende, etc., por lo que sus funciones difícilmente pueden ser efectivas sin el apoyo de largos procesos de adiestramiento, capacitación y desarrollo personal.
- La naturaleza de la contratación colectiva del Seguro permitió durante décadas la generación de mercados internos para la promoción de sus trabajadores, situación que ha cambiado por la pérdida de rotación interna derivada de la política de no-contratación, reubicación, pérdida de plazas de trabajadores

jubilados, etc., por lo que responde favorablemente a los principios de flexibilización, autoactivación, plurifuncionalidad y polivalencia del ohnismo, que en la actividad cotidiana y en algunos sentidos ya se practican.

- El alto nivel educativo de sus trabajadores y la amplia variedad de oportunidades educativas puede ser la base para la instalación de programas de control de la calidad y servicio civil de carrera.
- La experiencia en la instalación de modelos de mejoramiento no ha generado los resultados esperados, en parte por la resistencia de los mandos intermedios, la oposición del sindicato, la falta de un compromiso serio de las autoridades para la instalación de los programas y el otorgamiento de los apoyos para la realización de las mejoras, ya que no se aceptan los costos colaterales de la calidad<sup>62</sup>, y por la inadecuada estructura de incentivos que premia la asiduidad y la antigüedad, no la calidad y la productividad.<sup>63</sup> Aun cuando la estructura y función propician la modernización, un factor negativo es la cultura organizacional que se expresa en dos formas distintas, la formal o institucional y la local. La cultura formal se expresa verticalmente como órdenes, normas programas y reportes, que se condimentan con un discurso de trabajo en equipo, apoyo y participación; es un conjunto de pautas, ordenamientos, políticas y comunicados altamente jerarquizados, restrictivos y autoritarios. Este conjunto de pautas de interacción, formas de relacionarse, actitudes, identidades grupales, etc., contrastan con las culturas locales de los hospitales y Unidades Médicas, de sacar el trabajo como se pueda, "hacer como que trabajamos, porque hacen como que nos pagan" (dicho popular entre los trabajadores de base), atender las urgencias, cumplir los caprichos del jefe y hacer lo que se puede con lo que se tiene.
- En el nivel de la cultura organizacional local, se da una fuerte disputa por maximizar los recursos, optimizar los tiempos, y administrar los servicios, desde dos perspectivas diferentes, una de alto involucramiento que es la de los mandos medios, condicionados por su tipo de contratación, intereses personales y compromiso profesional, que se caracterizan por tener una fuerte orientación al logro y al cumplimiento de las metas, que se contrastan con una actitud pasivo-defensiva de bajo involucramiento de quien ve su trabajo como una forma de obtener un porcentaje de sus ingresos, que evita la atención-confrontación con el usuario y elude el trabajo en lo posible, ya que dada la

<sup>62</sup> Vea el trabajo de Materson "El costo de la garantía de Calidad", en donde demuestra que ascienden a un 3% de los gastos de operación de los hospitales americanos. Por su parte Ruelas y Vidal también hablan de los costos que deben erogarse en sus trabajos sobre "Calidad, productividad y costos" y "Costos económicos en la producción de los servicios de salud", egresos que se niega a reconocer y asignar la Institución, situación que provoca que sus intentos de mejora sean temporales y fallidas en prácticamente todos los casos.

<sup>63</sup> Estos procesos se analizarán a detalle más adelante, ya que representan un serio obstáculo en los afanes modernizadores de la empresa.

forma en que se dispone y ejerce en reglamento interior de trabajo, es relativamente fácil incumplir las responsabilidades, conseguir permisos, ausentarse, o de plano negarse a seguir las instrucciones, ya que el trabajador siempre tiene la razón y gana las disputas, y su jefe inmediato no puede ejercer una autoridad que no tiene, o que es frecuentemente acotada por la representación sindical.

- Aún cuando los escenarios futuro son inciertos, un fenómeno que es fácil de seguir es la artificial tardanza con la que se da el proceso de modernización, que ocasiona que los proyectos de cambio sean revisados una y otra vez y detenidos por minucias, lo que nos permite predecir que el proceso de modernización será mas difícil de lo previsto por las autoridades.

### ***3.4 Reorganización del trabajo y nuevos perfiles de servicio, usuarios y tipos de demanda en las unidades médicas.***

Tal como lo describen los sociólogos del trabajo, las nuevas modalidades de organización empresarial promueven nuevas interacciones sociales y laborales, otras formas de organizar el trabajo y sobre todo una manera diferente de ver la actividad empresarial y el ciclo venta-producción-consumo-identificación de necesidades de los usuarios-venta.

La orientación hacia el cliente se deriva de la expansión y saturación de los mercados de bienes y servicios a consumidores, en economías con alto poder de compra como la norteamericana, la japonesa o las europeas, en las que la idea de estar a la moda o adquirir la nueva versión de algún producto, se ponen por encima de la necesidad real de un bien o servicio y en las que un criterio de venta es la novedad, el cambio tecnológico o la moda.

La diferencia social vía la compra, el consumo suntuario o la exclusividad, se convierten en un factor de fuerte presión para la innovación empresarial, lo que requiere altas inversiones en el cambio tecnológico, la miniaturización, nuevos servicios o prestaciones adicionales, nuevas modalidades de venta, nuevos esquemas de crédito, etc., fenómenos que se dan con diferentes modalidades en las economías emergentes, en las que en muchos sectores poblacionales aún no se pueden cubrir ni los mínimos necesarios para la subsistencia de la población y los niveles educativos y las expectativas de consumo se reducen a la búsqueda de la subsistencia.

Desde la perspectiva de la respuesta a las necesidades del cliente, la acción empresarial se vuelve una búsqueda interminable de nuevos productos y servicios con valor agregado, que se adecúen a una sociedad más diversa e informada, por lo que la administración por calidad de vuelve una obligación empresarial, ya que establece los rangos mínimos para planear y producir bienes o servicios que atiendan a las necesidades expresadas por los clientes.

Sin embargo, esta dinámica de cambio acelerado en los patrones de consumo, provoca una búsqueda interminable de modos de ofertar beneficios adicionales en bienes que tienen un uso estandarizado a nivel mundial, lo que impone estándares universales a los productos y obliga a las empresas a modernizarse y utilizar métodos estandarizados de la producción o del otorgamiento de los servicios, sobre todo cuando son estratégicos, como la provisión de luz o la atención a la salud.

Este proceso es muy claro en la búsqueda internacional de productos de mejor calidad que se adecuen a las necesidades de los usuarios, obligando a las empresas a cumplir con los mínimos básicos, si pretenden competir y ofrecer sus mercancías a nivel global<sup>64</sup>.

La globalización de los mercados provoca también la estandarización internacional de las formas de organización del trabajo, la búsqueda de economías de escala o el incremento incesante en la productividad, lo que implica el rediseño de las funciones laborales y la polifuncionalidad laboral.

En este sentido son evidentes varios fenómenos sociales que promueven un cambio en la forma de otorgar los servicios médicos, entre ellos:

- La incorporación de sectores de clase media urbana a servicios de salud que antes no utilizaban, lo que provoca una mayor exigencia en la oportunidad y la calidad de la atención.
- El incremento en la expectativa del servicio derivado de expectativa que se da por el conocimiento de los avances técnicos de la medicina.
- El incremento en el uso de los servicios, derivado de la percepción de la Seguridad como un derecho que debe usarse aunque no se necesite.
- La cultura de la prevención y la promoción de la salud.
- La urbanización acelerada y la publicidad de los servicios médicos tanto privados como públicos.

Es en este sentido que se puede entender la búsqueda de salidas desesperadas de los funcionarios actuales, que se expresan en el diseño e implementación de programas Nacionales como el PREVENIMSS, que tienen como propósito invertir la pirámide de atención a la salud, involucrando personalmente al usuario y

<sup>64</sup> La calidad en los servicios o en los apoyos diagnósticos mismos, es una condición en nuestros días y un componente técnico en muchas de las actividades de los hospitales. Los laboratorios clínicos, por ejemplo, necesitan trabajar bajo estrictas normas técnicas que regulen la calidad de los análisis que realizan, por lo que no es extraño que hayan sido los primeros servicios que se involucraron en los procesos de certificación de la calidad. En el IMSS estas labores inician con el control de calidad de los laboratorios desde 1969, ya que la relevancia de la calibración, toma de muestras, evaluación de las técnicas de interpretación y codificación de los resultados, pueden afectar gravemente la calidad del diagnóstico médico. Para mayor información vea el trabajo de Mónica Mirabal García en **“La aplicación de la calidad en los laboratorios del Sector salud: El caso de INP”**, pp. 48.

trasfiriéndole el compromiso en el autocuidado de su salud, es decir, ahora el compromiso por la prevención, la atención y la curación son del paciente ya no del médico o del hospital.

Esto no quiere decir que no sea necesario cambiar el modelo de atención médica, que es de tipo reactivo y asistencial, por otro de tipo preventivo e integral, pero tal como se plantean los problemas la prevención y la atención integral, sólo se dan como un complemento al compromiso personal por identificar los factores de riesgo y mantener los indicadores de salud dentro de un rango aceptable.

Es decir, se pasa del paternalismo a la abdicación, asumiendo que si los mexicanos se enferman es porque no se cuidan, no comen bien, tienen prácticas de riesgo, etc., por lo que ahora se pretende reordenar la demanda enseñando al derechohabiente a identificar sus factores de riesgo, orientándolo en el autocuidado de la salud, pero eludiendo la medicalización o apoyo directo en la atención de la enfermedad, por lo que ahora la medicina social pretende transferir su compromiso por elevar la calidad de vida mediante la redistribución de los ingresos y una cultura médica y curativa por la orientación sobre como estar sano, mecanismos sobre prácticas seguras y la menor cantidad de apoyo médico posible; es decir, la tendencia a la universalización de la medicina social se intercambia por el rincón de los consejos de la abuela para el bien vivir, en la que la enfermedad es culpa de la indolencia o indisciplina del enfermo.

## MODERNIZACIÓN Y CAMBIO ORGANIZACIONAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA.

### 3.5 Crecimiento natural o rediseño organizacional.

Uno de los dilemas por resolver en el caso de la universalización de la Seguridad Social Mexicana, es el relativo a encontrar o integrar el modelo más eficaz de organización y de promoción de la salud.

Durante cuatro décadas, la expansión de la cobertura y la creación de servicios estaba determinada por dos criterios, la disponibilidad de inmuebles o espacios para los servicios médicos y la demanda de los mismos, por lo que la radiografía de la infraestructura médica es muy similar a la de los polos de desarrollo económico, observándose una gran concentración hospitalaria y también una gran dispersión, que obedece a la manera poco ordenada con la que se expanden de los negocios.

Algunos analistas comentan que la expansión de los servicios tuvo un modelo desorganizado que obedecía más a los criterios de empleo que a los de ciudadanía. Leonardo Lomelí nos comenta en su trabajo sobre las perspectivas de la Seguridad Social que:

*“La Seguridad Social en México siguió un desarrollo secuencial que primero benefició a las zonas urbano-industriales y posteriormente se fue irradiando a partir de éstas hacia las zonas rurales mas vinculadas con las actividades industriales. Esto trajo un importante sesgo en el desarrollo de la infraestructura hospitalaria y de asistencia social y contribuyó a ahondar las disparidades regionales y excluyó a sectores significativos de la población de los sistemas del moderno sistema de salud que se estaba consolidando en las principales ciudades del país”. (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 204).*

Sin embargo, este modelo de crecimiento natural fue interrumpido por las reiteradas crisis de las décadas de los ochenta y noventa, lo que empezó a presionar a la infraestructura, poniendo en crisis el modelo de atención.

La reforma de la seguridad en sus versiones de 1995-1996 y el 2002 pretendió modificar radicalmente la forma en que se otorgan los servicios, utilizando criterios gerenciales como los enunciados por Leonardo Santana que pretenden:

*“administración descentralizada, mejores sistemas de dirección y control, métodos flexibles y participativos, mayor capacidad para definir misiones y estrategias, sustentadas en la capacitación, motivación, rediseño y uso de criterios de calidad”.* (Santana, Rabell, Leonardo. 1994: ) anotar pag de la cita

Sin embargo, no se ha resuelto el problema de cual es el mejor modelo de atención, pues se supone mecánicamente que la calidad es un subproducto de la habilidad gerencial, sin considerar el criterio de capacidad instalada, lo que ha ocasionado en la práctica un sin número de ejercicios fallidos de cambio organizacional en el nivel Central Regional y Estatal.

El Seguro Social ha explorado sin éxito una y otra vez el traslado de modelos gerenciales privados en la administración de sus servicios médicos y administrativos,<sup>65</sup> incorporando en fase piloto nuevos modelos de atención copiados total o parcialmente de las experiencias de cambio en otros países como Inglaterra, España o Chile.<sup>66</sup> Sin embargo, todos ellos han provocado resistencia de los mandos medios y desencanto e inmovilidad de parte de los trabajadores de base, ya que no termina de implantarse un modelo cuando es

<sup>65</sup> El IMSS ha tenido amplia experiencia en el proceso de incorporación de metodologías administrativas para la incorporación de modelos de administración por Calidad como, fue el caso de la reingeniería, la Calidad Total, Calidad en el Servicios, el Premio IMSS de Calidad y ahora el de la implantación de Norma ISO 9000 versión 2000, en una experiencia ininterrumpida de más de 10 años. Para mayor información, vea la sección de bibliografía donde se presentan algunos de cursos y metodologías utilizadas por la organización. Vea también **"Mejora continua una nueva estrategia"**. 1994. I.M.S.S. Delegación 2 Noroeste del D.F.

<sup>66</sup> Modelo de Atención Integral a la Salud, MIAS, Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada AMGD, Grupos relacionados con el diagnóstico, GRD, Modelo de Medicina de Familia Siglo XXI, actualmente Programas Integrados de salud PRISA y ahora PREVENIMSS.

sustituido por uno nuevo, sin conocer la causa del abandono del anterior, lo que ocasiona malestar y apatía de parte de los trabajadores que tienen que implantarlos y provoca grandes dispendios de recursos y procesos largos de capacitación.

Durante los últimos 7 años, la organización no ha logrado establecer una relación de jerarquía y unidad entre el cambio médico y administrativo, ni resuelto el dilema de cómo hacer mucho más, con muchos menos recursos materiales y personal.

Aun cuando ha seguido a la letra las recomendaciones gubernamentales, e internacionales (Banco mundial, OPS, OMS), en el sentido de orientar estratégicamente sus políticas públicas, buscando alternativas innovadoras, no ha logrado reinventar su área de negocio y sus intentos de modernización han resultado espectaculares fracasos.

El nuevo esquema de pensiones no sólo no resolvió el problema anterior, sino que ha requerido un incremento significativo en la asignación de ingresos para el pago de las pensiones de parte del Gobierno federal y la Institución a mostrado por dos años consecutivos déficit financiero a pesar del apoyo incrementado.

Lomeli comenta al respecto que:

*“El problema al que se enfrenta la regulación de los fondos para el retiro es particularmente complejo, porque la regulación insuficiente puede provocar quebrantos patrimoniales severos para los cuentahabientes, pero una regulación excesiva puede inhibir el desarrollo de nuevos instrumentos financieros y alternativas de inversión que finalmente ocasionaría que el rendimiento de los fondos sea inferior al potencial.” (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 210).*

En este sentido, es pertinente reflexionar sobre los límites del rediseño o reorganización administrativa, cuando se fundamentan en una estructura que ha perdido su capacidad de crecimiento, trabaja con altos índices de obsolescencia tecnológica, con personal insuficiente y con baja moral, pues no resulta lógico pensar que la simple incorporación de tecnología de la información o el uso de modelos de reorganización del trabajo sean suficientes, cuando la demanda del servicio médico asistencial rebasa por amplio margen lo que es posible atender con la infraestructura instalada.

Es decir, el supuesto de la modernización del IMSS fue que era suficiente rediseñar la organización para lograr cambios en la productividad y que estableciendo nuevas relaciones de mando y eliminando las áreas que no aportaban valor se mejoraría la calidad de la atención; sin embargo, ninguna de las propuestas implantadas para materializar este supuesto en los últimos 6 años ha funcionado, lo que ha traído como consecuencia desorganización operativa, duplicidad en el mando, pérdida del control de las actividades, disminución en la supervisión y falta de unidad y sentido en las actividades de los hospitales y áreas

administrativas, lo que ha hiper-burocratizado a la organización y mantiene en el desconcierto y la apatía a los trabajadores.

En la expansión de los servicios, durante décadas la experiencia común fue la creación de nuevas clínicas u hospitales cuando se rebasaba en una proporción de más de 2 a 1 la capacidad instalada, por lo que las nuevas áreas funcionales nacían con el lastre de la saturación de origen. Sin embargo, esto contenía en el mediano plazo el desbordamiento de los servicios y en el largo plazo permitía consolidar la infraestructura e igualar la demanda con la oferta. Ahora el programa de creación de nuevas clínicas u hospitales está suspendido de manera indefinida desde hace dos años y se mantendrá así por lo menos tres años más, por lo que la atención a la salud puede mirarse como una fuente de conflicto social en potencia, para el corto o mediano plazo.

Con el esquema actual de administración no solo no se resuelven problemas estructurales de antaño, como la forma más eficiente de organizar el trabajo o de cómo garantizar los recursos mínimos para la atención de los servicios, sino que en nuestro días, la organización está intentando reasignar a los trabajadores, persona a persona, revisando las plantillas nominales de los Hospitales y Unidades médicas, que son en algunos casos hasta un 30% menores que los mínimos establecidos por los indicadores operativos de la misma Institución, con el propósito de abrir nuevos hospitales o Unidades médicas que tienen años de terminadas pero no pueden ser puestos en operación por falta de presupuesto para contratar personal.<sup>67</sup>

En el caso de la utilización de modelos de gerencia para promover la modernización, es muy ilustrativo su fracaso en la experiencia de la implantación de proyectos de mejora, ya que la rigidez normativa y la lentitud en la capacidad de respuesta a las necesidades expresadas por los proyectos, fueron causas comunes de su fracaso a Nivel Nacional, pues no se puede intentar hacer lo óptimo cuando no se tiene para hacer lo mínimo; el Plan Integral de Calidad dejó de operar sin resultados evidentes después de cuatro años de proyectos de cambio, sin apoyos reales y sin recursos para implantar las mejoras propuestas por las áreas de servicio.

En el caso del Seguro Social Mexicano, quizá el problema no sea cuál es el mejor modelo de organización, sino cuál es compromiso del Estado y de la Organización con la Seguridad Social Mexicana, pues es evidente que somos uno de los países

---

<sup>67</sup> Este mecanismo fue negociado con el sindicato a nivel nacional, sin embargo dejó de operar antes de mostrar resultados evidentes a nivel nacional, ya que el sindicato logró parar el proceso de revisión de las plantillas argumentando insuficiencia de las mismas y que se requería concluir la capacitación de los delegados sindicales para enseñarles cómo evaluar la fuerza de trabajo que requieren los hospitales.

En el informe anual de resultados del 2002, el Director General comentó la propuesta e informó que con este mecanismo se lograron abrir 6 hospitales y Unidades de medicina familiar (ver los comunicados de comunicación social del mes de Agosto del 2002).

que menos recursos económicos asignan a sus servicios de salud en todo Latinoamérica.

Al considerar la reforma en su conjunto compartimos el punto de vista del autor comentado que señala:

*“Por el lado de la reforma del sistema de salud, el proceso ha sido más lento que el de la Seguridad Social, pero las reformas deben partir del reconocimiento de las numerosas carencias en esta materia, que solo podrán ser enfrentadas con mayores recursos y mejor asignación de los mismos, lo cual involucra a su vez la revisión del marco institucional y la estructura organizativa encargada de su aplicación, con el objeto de eliminar problemas de coordinación y de concentración de recursos y funciones”.* (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 215).

lo que no parece ser la intención de la actual administración, ya que insisten en mantener el proceso de modernización y pretenden mantener el esquema de reducción presupuestal y laboral como se observó durante todo el año 2002.

### 3.6 Reflexiones sobre los resultados de la reforma de 1995-1997 a la Seguridad Social en el IMSS.

A siete años de emprendida la reforma de la estructura, de implementar diversas modalidades de reorganización y de reingeniería o desaparición de áreas normativas y operativas, es evidente que es necesario un nuevo proceso de rediseño, reorientando la modernización de los servicios, de tal modo que se ajuste a las expectativas de los usuarios.

Pero antes, es necesario preguntarnos, como lo hace Santana, si los cambios en la administración pública obedecen a una racionalidad sustantiva u obedecen al juego de las fuerzas de los grupos internos que se disputan el poder, o incluso si los cambios estructurales en la administración pública mexicana, obedecen más a encomiendas ideológicas o políticas de las nuevas fuerzas del mercado emergente de la medicina público-privada como lo plantearía Paul Starr, o la necesidad imperiosa de la apertura económica propuesta por el neoliberalismo como encomienda a los países del tercer mundo, tal como lo expresan algunos académicos como el israelí Yekzel Dror.<sup>68</sup>

Me parece que el nivel de complejidad de la administración pública, y en especial la relacionada con la administración hospitalaria, nos debería empujar a ser más

<sup>68</sup> El autor realizó un análisis del impacto de la modernización en la estructura, tamaño y funciones del Estado en países como Estado Unidos y Latinoamérica y concluyó que el Estado no solo tiende a desaparecer como suponen los neoliberales, sino que se fortalece y especializa. Más adelante comenta que los países emergentes deben buscar sus propios caminos y no hacer caso de las recetas que les presentan los países desarrollados, ya que no consideran sus condiciones locales.

cautos, más sistemáticos, y sobre todo, a ser más racionales cuando se trata de proponer o establecer modelos de cambio en las entidades de la Administración Pública Federal, sobre todo si reconocemos, siguiendo las ideas de autores como Mauricio Merino, que la velocidad del proceso de modernización de las Instituciones del Estado rebasa la posibilidad de la creación de un servicio civil de carrera que apoye la profesionalización de los funcionarios públicos y cuando aún no hemos logrado romper la cultura de la lealtad en organizaciones que siguen siendo tradicionales y verticales.

Algunos modelos propuestos para la reforma multidimensional de la Administración Pública, como el propuesto por Santana,<sup>69</sup> observan con cuidado el nivel de complejidad de la tarea y atienden a las variables en su actuación e interacción real, tratando de analizar la interacción de las capacidades político-valorativas, la estructura, el comportamiento y cultura organizacional, las habilidades de la gerencia y los sistemas y procedimientos administrativos, sin embargo la reflexión obligada es, ¿cómo emprender ejercicios tan complejos, delicados, detallados y sistemáticos, cuando la matriz valorativa de la acción directiva se fundamenta en el desprecio olímpico por todo lo que no sea médico y supone de manera deliberada que la comprensión cabal de la problemática de la administración hospitalaria supone la formación médica como prerrequisito para entender cómo funciona y opera un hospital?.

Me parece que el requisito básico para la modernización del Seguro Social es establecer un equilibrio de fuerzas políticas, situación poco probable, por lo que la pregunta es ¿Cómo lograr una integración grupal y trabajo interdisciplinario, en los diferentes niveles de la organización, cuando es suficiente ordenar para recibir lo que se espera y sobre todo, si se reciben los resultados como algo que adorna la efectividad formal de la institución y del jefe?

He sido actor en ejercicios de reingeniería que se han detenido porque no se ajustan a la norma respectiva o al ánimo del responsable normativo, o por la falta de voluntad o valor de los responsables de implementar los cambios.

También he sido testigo de cómo los actores políticos locales pueden detener acciones de modernización que implican cientos de horas de trabajo multidisciplinario, por falta de habilidad directiva o por falta de interés para negociar con la representación sindical, por lo que me parece que la actuación de los funcionarios locales debe ser mucho más modesta cuando se trata de intentar cambiar la organización. En ese sentido comparto la idea de Tomás Miklos<sup>70</sup> de

<sup>69</sup> Sus propuestas se exponen en Rabell, Leonardo. 1994. "Fulgor y decadencia de la administración pública" San Juan de Puerto Rico, Editorial La Torre del Viejo. pp. 9-56.

<sup>70</sup> Miklos plantea la tesis de construir visiones compartidas y negociables de futuro a partir de las cuales se puedan hacer ejercicios de prospección y después de negociación y adaptación de los programas de acuerdo con las necesidades locales actuales, lo que favorece la participación y ubica la discusión del futuro en un entorno conceptual y deseable para todos, para ver sus propuestas completas, remítase a Miklos, Tomás. 1994. "Planeación Prospectiva".

que debemos ubicarnos en el futuro, mirar el presente con ojos de futuro y ser capaces de visualizar y compartir valores que permitan un marco común para la actuación en el proceso de cambio. De no ser así, los programas de modernización como el del Instituto Mexicano del Seguro Social, están condenados al fracaso y seguirán siendo una fuente de frustración para los especialistas, de molestia para la ciudadanía, y botín político coyuntural de los altos funcionarios en turno.

Existen muchos modelos y varias propuestas de cómo enfrentar la modernización del sistema de salud, entre las que destacan las de los investigadores médicos que en su momento encabezaron organizaciones como Funsalud y Quialimed, como el Dr. Julio Frenk, ahora Secretario de Salud, o el Dr. Ruelas, ahora Subsecretario en la misma dependencia, que en su momento presentaron una propuesta que tenía como eje la descentralización y desconcentración de los servicios de salud y pretendía la asignación de la infraestructura y funciones hacia los gobiernos estatales.

Sin embargo, dicho proyecto como ya hemos comentado, se quedó en esperanzas y parcialidades regionales y con el avance del sexenio de Fox cada vez parece más lejana su materialización, lo que plantea problemas formidables para la organización.

Si nos preguntamos si las medidas de modernización y cambio implementadas han impactado los indicadores de salud pública del país, es importante señalar que eso implicaría que dichos indicadores mostraran mejores desempeños en los años recientes, sin embargo, eso no es exacto. De hecho vivimos el regreso de las enfermedades de la pobreza como la tuberculosis y el cólera.<sup>71</sup>

En su trabajo sobre la descentralización de los servicios de salud, Víctor M. Muñoz nos comenta que:<sup>72</sup>

*“ A su vez el deterioro en los niveles nutricionales, de la salud en general y de la salubridad ha acompañado la extensión y profundización de la pobreza, están en el origen del regreso de las enfermedades que se suponían erradicadas o bajo control; este retroceso explica que en los últimos años se haya aumentado el gasto destinado a atender rubros que representaban una mayor amenaza para el futuro de la población y el desarrollo de la economía del país.” (Petraça- Muñoz, Víctor, 1999: 4)*

Al presentar las estrategias de modernización de la Reforma del 95, comentamos que una de ellas consistía en la descentralización de los servicios con la

<sup>71</sup> Muñoz-Petraça comenta que el primer caso de cólera se dio en 1991, año en el que se registraron 2,690 casos; para el 95, año de la máxima expansión, se presentaron 16,000 casos con 150 defunciones.

<sup>72</sup> Vea Muñoz-Petraça, Víctor Manuel. (1999). **“En busca de mayor justicia social: la descentralización de los servicios de salud y educación en México.”**

expectativa de acercarlos a la población y dejarlos en manos de los gobiernos estatales y locales; al evaluar los resultados de la descentralización, Muñoz nos señala:

*“La hipótesis que guía este trabajo es que la descentralización de los servicios de salud y educación puesta en marcha en los años de 1980 y 1990 debería haber contribuido a mejorar la atención que reciben los grupos con mayores rezagos sociales. Sin embargo, la insuficiencia de recursos financieros – que se traduce en falta de instalaciones convenientes y bajos salarios-, la inadecuada preparación del personal encargado de la prestación de los servicios, así como la poca y deficiente administración, impiden que se cumpla con los objetivos de dar a la población más desfavorecida la oportunidad de mejorar su calidad de vida.” (Petraça-Muñoz, Víctor, 1999: 4).*

La década de los noventa puede ser considerada como un periodo de retroceso ya que no solo regresó la enfermedad, sino también se incrementó la extrema pobreza y su obvia relación con la marginalidad en las zonas a las que no pudieron llegar los procesos de descentralización, y no se creó la infraestructura médica necesaria. La regionalización y concentración que hemos comentado no solo fue un asunto médico sino lo fue también político, económico y social de tal forma que en palabras de Muñoz Petraça:

*“Esta situación explica por qué, a pesar de las modificaciones que se han dado en los acuerdos federales de coordinación fiscal, aún prevalece el esquema de que recibe menos gasto en salud quien más lo necesita” (Petraça- Muñoz, Víctor, 1999: 4)*

Es decir, que aún cuando han aumentado los presupuestos para el combate a la pobreza y las asignaciones a los Estados menos desarrollados, en realidad sigue llegando menos dinero y recursos de los necesarios a las zonas más atrasadas, por lo que siguen siendo no sólo las más deterioradas, si no que ahora son también las más enfermas.

Durante el sexenio pasado, y a pesar de los esfuerzos realizados por el IMSS y por el gobierno de Ernesto Zedillo con su “reforma del sector salud” iniciada en 1995, la situación no ha podido ser mejorada.

Los resultados presentados hasta aquí deben alertarnos sobre el impacto social en el mediano plazo del retiro de las obligaciones sociales del Estado en materia de salud, ya que aún siendo tan grave la situación financiera de la Institución, sus recursos son por mucho superiores a los del resto del sector, lo que nos permite inferir que la situación general del Sector Salud es más crítica que la que presenta la Institución.

*“Los esquemas de Seguridad Social atienden al 50% de la población y reciben más del 70% del gasto público destinado a la salud. El IMSS en*

*particular tiene un gasto per cápita para sus asegurados tres veces mayor que el que tiene la Secretaría de Salud para atender a la población abierta” (Petraça- Muñoz, Víctor, 1999: 12)<sup>73</sup>.*

Tal fue el agravio a los recursos financieros de la institución durante los dos anteriores sexenios prisitas, que aún cuando las cuantías de apoyo para su recuperación y modernización realmente fueron espectaculares en los años recientes, no solo no se ha resuelto su crisis, sino que parece que se ha consolidado y vuelto permanente, tal como lo demuestran las declaraciones de la Dirección General en el primer trimestre del año 2003, en las que en reiteradas ocasiones el Dr. Santiago Levy ha manifestado que la Institución se encuentra en una situación financiera muy delicada.<sup>74</sup>

Sin embargo, esta situación que era previsible por el impacto de las reformas en un marco de crisis extendida, restricción del gasto en salud e incremento en el uso de los servicios, algunos analistas ya lo habían previsto, como fue el caso de Muñoz que nos comenta que:

*“A partir de 1997, el IMSS recibe una contribución gubernamental que, calculada como aportación fija mensual para cada afiliado, significa el 30% de los recursos totales manejados por el Instituto, que al inicio de ese año (1997) equivalían a 10,000 millones de pesos. El saneamiento financiero del IMSS deberá permitir el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados, cuya imagen se ha visto fuertemente deteriorada por la falta de recursos derivada de la contracción del gasto público en los años ochenta y la mala administración y falta de transparencia presupuestaria que venía arrastrando desde tiempo atrás.” (Petraça-Muñoz, Víctor, 1999: 12).*

Finalmente, nos comenta el autor hasta aquí reseñado, que la única salida posible para la crisis de la Institución que ya se venía arrastrando, desde doce años atrás, era asignar recursos financieros suficientes a los Estados y esperar que las cosas mejoraran el mediando plazo, situación que no solo no se dio, sino que incluso se ha agravado, tal como lo hemos comentado en los capítulos anteriores.

En relación con los impactos en la prestación de los servicios, la percepción de los usuarios y los trabajadores no son diferentes, ya que de acuerdo con los resultados de la segunda encuesta nacional de salud, realizada en 1997, la percepción que tiene la ciudadanía de los prestadores de servicios médicos es tan mala que sólo se encuentra por encima de la que se tiene respecto de la policía.

<sup>73</sup> Esta nota de Muñoz es una cita del informe presidencial de 1998.

<sup>74</sup> La página de internet del IMSS en el periodo enero-marzo del 2003, contiene las notas emitidas por la Coordinación General de Comunicación, donde se da cuenta de las acciones realizadas por la Dirección General y donde con frecuencia el funcionario de mayor jerarquía de la Institución ha mencionado lo delicado de la situación financiera actual.

Por otra parte, Mario Bronfman<sup>75</sup> y su equipo, en su investigación sobre el impacto de las restricciones financieras en el sistema nacional de salud, reportaron que entre los médicos y personal paramédico:

*“Se destaca la sensación de precariedad económica y material con que los prestadores de servicios del sector público realizan su trabajo. Se mencionan también algunos de los conflictos que los proveedores de servicios informan tener con los usuarios, sobre todo como resultado tanto de los problemas organizativos de los centros de salud, como de lo limitado del cuadro básico de medicamentos. En la tercera parte se presenta un análisis de las principales convergencias y divergencias que se dan entre usuarios y prestadores de servicios. Se propone que algunas de las divergencias identificadas pueden estar en la base de la subutilización de los servicios de salud informada en diversos ámbitos”.* (Bronfman-Mario, 1997 : checar página).

Como era de esperarse, la falta de recursos y mala organización del trabajo ha derivado en conflictos organizacionales y culturales diversos, que han llevado a los trabajadores a niveles severos de apatía y cerrazón, que ocasionan con mucha frecuencia conflictos con los usuarios y quejas, que tornan aún mas defensivos y resistentes a los trabajadores.

La cultura del “Hago como que trabajo porque hacen como que me pagan” es muy común en los servicios hospitalarios del IMSS en nuestros días, y lo que antes eran problemas internos manejables, ahora se convierten en conflictos interpersonales entre las autoridades, los trabajadores y los pacientes.

En su investigación sobre la percepción que tienen los médicos sobre los servicios que otorgan y lo que piensan los usuarios de la atención, Bronfman, sociólogo especializado en sociología médica destaca que:

*“El ejercicio profesional del médico es visto, por la mayoría de los entrevistados, como desvalorizado, debido a los bajos salarios con que se retribuye su trabajo”.*

*“Muchos de los entrevistados están contratados por tiempo completo en más de una institución”.*

*“La contratación “multinstitucional” de los recursos médicos parece responder también a la necesidad de las propias instituciones de contar con especialistas en los tres turnos”.*

---

<sup>75</sup> Nos referimos al trabajo en Mario Bronfman, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda, y Jorge Oviedo. (1997). **“Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización**”, en Salud Pública Mex, Núm .39., pp. 546-553.

*“En todas las instituciones se hizo mención de la insuficiencia de especialistas”*

*“Las diferencias en la calidad de la atención entre instituciones, según la percepción predominante de los médicos, son resultado de problemas en la organización, normatividad y recursos de las instituciones y no de la capacitación de su personal”.*

*“Uno de los aspectos que mencionaron los médicos institucionales fue la limitada duración de la atención durante la consulta externa. El elevado número de pacientes que los médicos deben atender al día les impide dedicarle tiempo suficiente a cada uno de ellos, a fin de establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados”.*

*“El principal problema se refiere a la falta de recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. Por ello, se prolongan los tiempos de espera de los pacientes, se difieren inadecuadamente las citas y existen limitantes para otorgar consulta o atención médica hospitalaria en condiciones óptimas”.*

*“Otro problema señalado es que en algunas de las instituciones, especialmente en la SSA, los directivos cambian con mucha frecuencia, interrumpiéndose la continuidad y dando lugar a la desorganización”.*

*“La fuerte carga de actividades administrativas, sobre todo en el IMSS, relacionada con el registro de las acciones y llenado de expedientes y lo riguroso de la supervisión y evaluación en el cumplimiento de estos deberes administrativos, contrasta con la casi inexistente supervisión de la efectividad curativa y calidad de la atención que otorga el médico”.*

*“También se mencionaron problemas de irregularidad e insuficiencia en el abasto de medicamentos, además de que constantemente son cambiados por otros de menor calidad”.* (Bronfman, Mario, 1997: checar página).

Como se destaca en los resultados de la investigación del equipo de Bronfman, los problemas que hemos descritos son generalizables a todo el sector salud y mas aún si se destaca la menor cuantía de los recursos que se asignan a la Secretaría de Salud o a Instituciones como el ISSSTE.

Sin embargo, un hallazgo relevante de su trabajo confirma nuestra idea respecto a la resistencia de la cultura médica frente a la relación médico-paciente, lo que indica la resistencia y actitud tradicional de los médicos, por lo que el autor concluye:

*“Es necesario concientizar a los médicos acerca de la forma en que los perciben los usuarios y de las razones de ello. Los médicos no sólo ignoran este aspecto sino que, además, mantienen una visión idealizada de sí*

*mismos. Este distanciamiento entre ambos actores sólo puede repercutir en perjuicio de los utilizadores y de la calidad del servicio que reciben. Cabe suponer que en la reducción de esta brecha de percepción radica una de las claves para lograr un trato humano más igualitario*<sup>76</sup>. (Bronfman, Mario, 1997).

En resumen podemos comentar que la modernización tan publicitada no solo no promovió mejores niveles de eficiencia en la Institución, sino que ha provocado problemas de tipo organizativo, mayores cargas de trabajo, menor identificación de los trabajadores con su labor y conflicto con los beneficiarios de los servicios.

Esta situación se expresa en la práctica cotidiana de los hospitales por actitudes individualistas, en las que los profesionales de la salud tienen un bajo involucramiento con su trabajo, poca identificación con la empresa y procuran involucrarse lo menos posible con sus compañeros de trabajo y pacientes.

### 3.7 Algunas razones del fracaso de la modernización integral.

A siete años de cambios estructurales significativos, desaparición de Direcciones Generales, Regionales y Delegaciones e implementación de modelos de reingeniería y calidad y transferencia de servicios a los particulares en sus modalidades de privatización, mediante la subrogación o separación de servicios y un proceso de liquidación de personal Directivo y mandos medios de confianza, podemos concluir, siguiendo las premisas de Rabell, que:

*“En la experiencia de cambio dentro de la Administración Pública Mexicana, las reformas “abarcadoras” o “integrales” han tenido resultados inciertos y muy poca relación con los cambios administrativos ocurridos en las entidades del Gobierno Federal” (Santana-Rabell, Leonardo. 1994: chequear pag).*

En la experiencia de modernización de la última década, en el Seguro Social Mexicano se observaron algunos de los siguientes fenómenos.

- Consolidación de los grupos tradicionales de poder
- Afianzamiento de la estructura burocrática
- Pérdida de la eficiencia administrativa en la operación de los servicios
- Desarticulación de la estructura y declive en la capacidad de respuesta operativa de los servicios.
- Nueva configuración de los grupos de control interno apoyados en grupos tradicionales.

---

<sup>76</sup> En este capítulo no se refieren los números de página de las citas textuales porque la consulta se hizo de la versión digital que se puede encontrar en la página de internet del Instituto Nacional de Salud Pública de la S.S.A.

Para analizar los planteamientos anteriores resulta muy útil el concepto de Mauricio Merino, respecto a la cultura de la lealtad en las entidades del ejecutivo mexicano, ya que como él plantea en ellas:

*"...prevalecen estructuras de autoridad y relaciones políticas que siguen respondiendo a una lógica más corporativa que profesional". (Merino-Huerta, Mauricio, 1996: 5).*

En este sentido es importante comentar que la lealtad a la figura del jefe ha sido un fenómeno difícil de modificar en el Seguro Social, que ha entorpecido el proceso de modernización ya que plantea, como lo observa el autor en comentario, que en la Administración Pública predomina la idea de lealtad al jefe sobre la necesidad de mejorar la eficiencia o la calidad de la atención, lo que provoca la disputa por el control de personal, los recursos y presupuestos, más que una legítima preocupación por otorgar servicios oportunos y eficaces a los usuarios de los hospitales y Unidades Médicas.

Adicionalmente, uno de los factores básicos en la formación académica de los médicos que trabajan en el IMSS tiene que ver con la estructura discipular y disciplinaria de la profesión, basada en la obediencia a las órdenes superiores, lo que ocasiona la integración profesional y personal de los grupos médicos, como colectivos de interés profesional y político que disputan recursos y apoyos al interior y al exterior de las áreas operativas de servicio.

En la experiencia de los últimos años, fue evidente que la organización intentó sin éxito desconcentrar el poder, provocando solamente el afianzamiento de la estructura de lealtad en torno a las tradicionales jefaturas médicas.

El fenómeno de especialización y discipulado ocasiona también que los equipos gerenciales de directivos y mandos medios funcionen como grupos de interés y se establezcan redes de colaboración, por lo que resulta muy difícil la incorporación de nuevas pautas organizacionales a menos que el jefe autorice su implantación y esto sucede solo si la nueva propuesta consolida o fortalece su posición política o incrementa su autoridad dentro de la organización.

Esta situación provocó un nuevo posicionamiento de los actores tradicionales internos en la búsqueda de prebendas y favores, por lo que tal como lo plantea Merino la formulación de programas obedeció más a

*"la búsqueda de sus intereses que a la efectividad de las tareas o cambios que debieron realizarse. (Merino- Huerta, Mauricio, 1996: 13).*

La incorporación de un nuevo modelo de Gestión por Calidad fue la estrategia Gerencial que pretendía fortalecer la descentralización y promover el cambio acelerado en la organización; sin embargo, es muy difícil incorporar pautas de trabajo flexible cuando los responsables de los programas obligan a los servicios a sujetarse a su personalidad, capricho o estilo de hacer las cosas.

Durante cinco años (1996-2001) convivieron dos formas de mirar la modernización Institucional; la primera encabezada por la Dirección de Organización y Calidad que la planteaba como un ejercicio constante de mejora continua y rediseño de las áreas de servicio, y la posición que la miraba como un proceso de evolución técnico-médica o como la búsqueda de formas más eficientes de administración hospitalaria, representada por la Dirección de Prestaciones Médicas. Al final terminó imponiéndose la perspectiva de eficacia como un asunto que tiene que ver con la forma en que se administran los hospitales.

Para entender por qué los resultados se dieron de este modo, resulta muy interesante recurrir al modelo acuñado por James Coleman en su texto, "Procesos sociales en la adopción de un medicamento nuevo por los médicos", en el que concluye que el fenómeno de cambio social en los hábitos prescriptivos se da por difusión en una comunidad integrada en donde los consejeros, amigos y compañeros, sirven como referencia y apoyo en el cambio de actitudes frente a un medicamento, por lo que el cambio se da de manera indirecta y mediante una red de relaciones personales.<sup>77</sup>

Aludiendo al concepto de difusión por redes interpersonales, podemos entender cómo a pesar de que una proporción numérica mayor apoya el cambio, al final se mantiene la tradición, como ha sido y sigue siendo el caso en el IMSS en donde la cultura de la bata blanca sigue siendo de gran relevancia.

Aun cuando conceptualmente la estrategia de modernización presentada por la Dirección de Organización y Calidad a nivel nacional pretendía utilizar las herramientas técnicas más modernas disponibles, incluyendo la planeación estratégica, el PROMAP, ejercicios de planeación estratégica, el Premio IMSS de Calidad, etc.<sup>78</sup>, y contaba con el apoyo de la Dirección General y las Direcciones Regionales, podemos decir que la integración programática y funcional de los modelos se volvió poco factible, fragmentando y parcializando las tareas y promoviendo la circulación de los equipos de funcionarios, fenómeno poco común en las Delegaciones del IMSS, lo que provocó inoperancia operativa en el corto plazo y generó gran desconcierto entre los trabajadores de base, acostumbrados a modelos tradicionales de mando y organización de las actividades.

La administración hospitalaria moderna requiere de sus funcionarios con experiencia, capacidad para tomar decisiones bajo incertidumbre, diseño de escenarios multivariados y gran habilidad para negociar. Sin embargo, los cambios promovidos no permitieron la consolidación de los nuevos equipos gerenciales y la presión hacia los resultados ocasionó altos niveles de rotación en las actividades

<sup>77</sup> Para mayor información vea su texto en Coleman, James "Procesos sociales en la adopción de un medicamento nuevo por los médicos" en Etzioni, Amitai y Eva Etzioni (compiladores), 1968. "Los cambios sociales, fuentes tipos y consecuencias", pp. 391-405.

<sup>78</sup> El IMSS cuenta actualmente con amplia experiencia en la instalación de diversas metodologías de administración por calidad, todas ellas modas pasajeras hoy en desuso. Para mayor información vea "Proceso de administración para la calidad IMSS y programas básicos de la atención Médica", 1997.

directivas, lo que provocó duplicidades, excesos, incapacidad para el trabajo interdisciplinario y baja velocidad en el flujo de la información, lo que ha trajo como consecuencia una mayor burocratización de las tareas, el incremento en las acciones correctivas y la supervisión y contraloría de tipo punitivo lo que promovió niveles de baja participación e involucramiento de los mandos en el proceso de modernización institucional.

La asignación de responsabilidades por el inadecuado ejercicio de los cargos públicos es una experiencia muy reciente en el IMSS, por lo que en la práctica ha sido la rotación horizontal de los funcionarios en desgracia la que promueve y reproduce la cultura de la lealtad, ya que cuando se pierde el puesto directivo, regularmente se acepta una posición menor en una plaza más lejana pero no se deja de pertenecer al equipo de funcionarios, lo que fortalece los lazos tradicionales de control y el ejercicio tradicional del poder en la organización.<sup>79</sup>

En resumen, lo que parecía una oportunidad para reconvertir y modernizar a la Institución, terminó siendo un mecanismo de reordenamiento interno de las áreas de responsabilidad, disputa por el poder y un mecanismo de consolidación de la autoridad tradicional de la bata blanca, que desde una perspectiva organizacional se antoja como un retorno al pasado, pues los nuevos criterios de rentabilidad, eficacia y calidad que se buscan en todas las entidades de gobierno, no coinciden con la forma de mirar la medicina que tienen los médicos convencionales con funciones gerenciales, para quienes la atención a la salud no se puede sujetar a criterios de rentabilidad económica, o expectativas de los clientes, consolidando la cultura del paciente como objeto de la atención médica.<sup>80</sup>

Es interesante comentar que el Seguro Social se ha mostrado como el sector más conservador de las entidades médico asistenciales del ejecutivo, ya que se ha mantenido en su posición reactiva respecto de la posibilidad de cambios organizacionales trascendentes a partir de acciones de reingeniería, diseño con valor agregado, o mejora continua, ya que desde su perspectiva, la labor institucional debe ceñirse a la relación médico-paciente en un sentido tradicional.

Hasta aquí comentamos los componentes sociológicos y organizacionales que imposibilitaron el cambio con la velocidad e impacto que se requería, pero es importante señalar que la reforma al sistema de pensiones no ha ofrecido mejores resultados, ya que a siete años de su implementación no ha generado los resultados esperados y plantea muchas más dudas e incertidumbres que ventajas; en su análisis Leonardo Lomelí pone énfasis en detalles tales como:

<sup>79</sup> Este esquema de cultura corporativa se complementa con los hábitos tradicionales de la profesión y hacen muy difícil un proceso de cambio si no representa valores relevantes para los médicos, en torno a los cuales gira toda la organización.

<sup>80</sup> Esta cultura supone al paciente como recipiente pasivo de la atención y otorga libertad y autonomía total al médico para determinar el curso de la atención sin considerar criterios de efectividad o rentabilidad de su actuación, lo que favorece métodos tradicionales de atención y prolongación de los tratamientos e internamientos. Vea Etzioni, Amitai y Eva Etzioni (compiladores), 1968. "Los cambios sociales, fuentes tipos y consecuencias".

- *“Las reformas suponían escenarios que no existen pues hace 15 años que no crece la base de asegurados a la velocidad que lo hizo en los primeros 40 años”.* (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 206).
- *El sector informal de la economía ha crecido un 36%.* (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 205)
- *Los costos fiscales de la reforma a las pensiones representaron de 1997a 1999 una erogación federal equivalente al 1,2% del PIB con una recaudación del 15.4% lo que es un costo muy alto para las finanzas públicas.* (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 208).
- *Se desconoce la evolución de las tasas de interés que pueden no ser las esperadas.* (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 212).
- *No se ha demostrado la relación de causalidad entre la adopción del nuevo sistema de capitalización individual de las pensiones y el incremento del ahorro interno como se suponía al principio, por lo que las tendencias esperadas en el ahorro nacional podrían ser incluso inversas a lo esperado.* (Lomeli-Venegas, Leonardo. 2001: 213).

Es decir que las modificaciones se hicieron con gran apuro, sin apoyo experto, sin analizar los escenarios de mediano y largo plazos y sin considerar el comportamiento probable de los actores sociales y políticos involucrados como las aseguradoras, los mercados financieros y los mismos trabajadores de la salud, por lo que su futuro no parece tan halagador como el que fue considerado en la década pasada, cuando se suponía que la modernización y transferencia de los fondos de las pensiones, beneficiaría a todos los sectores económicos y promovería el crecimiento global de la economía mexicana.

#### **4 IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE CALIDAD COMO ESTRATEGIA DE CAMBIO, EN EL NUEVO MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.**

Las reformas en las instancias del Estado relacionadas con la salud, históricamente han surgido para atender exigencias económicas, sociales y políticas, pero en la mayoría de los casos ha respondido más bien a las disputas políticas expresadas en el bloque hegemónico de las clases dominantes, que se disputan el control de las instancias de poder; este proceso provoca cambios en los actores políticos (funcionarios y líderes sindicales) en los programas, los procesos y las estructuras institucionales que atienden las prioridades definidas como consecuencia de la integración dinámica y ajuste de las demandas de los actores de la Seguridad Social.

Para enfrentar este reto, la organización ha recurrido a las salidas descritas como la subrogación, los cambios en la ley, el retiro de personal de confianza, el cambio tecnológico y también, aunque como salida auxiliar y de poca relevancia, recurriendo a sus áreas de especialidad intentando formar polos de modernización y cambio organizacional en torno a las áreas de Capacitación y Desarrollo, de las cuales hemos formado parte durante los últimos quince años y nos permiten reflexionar sobre el proceso en cuestión y proponer ajustes a las estrategias planteadas, pues desde nuestro parecer se ha recurrido a caminos convencionales, sin explorar el talento de los propios trabajadores de la Seguridad Social.

La reforma del IMSS en el periodo posterior a la publicación de la nueva ley del Seguro Social (1996-2002), tiene como uno de sus ejes, lograr el mejoramiento de la imagen de la Organización ante la sociedad y la satisfacción del usuario con las prestaciones recibidas en condiciones de equidad, eficiencia y calidad. Pues se pretende que se perciba a la institución desde la óptica de los seguros privados, en los que el servicio se reduce a la satisfacción del cliente, sin considerar el impacto de los programas o las acciones de salud o su trascendencia social.

De tal modo que uno de los componentes que muestra la eficiencia de la Institución es la calidad de los servicios que otorga, lo que ahora otorgar servicios de calidad, implica el reconocimiento de las necesidades de los usuarios, aceptando la relevancia de la opinión pública para mejorar la atención,<sup>81</sup> ya que desde la perspectiva institucional, los problemas de la inadecuada atención son responsabilidad ética de los trabajadores, no problemas estructurales y funcionales derivados del agotamiento del modelo de la organización.

---

<sup>81</sup> De tal modo que ahora la calidad plasmada, es parte del articulado de la nueva ley del Seguro Social y puede implicar sanciones directas o la aplicación de la ley de responsabilidades de los servidores públicos, a los infractores.

En este contexto, se recurre a conceptos y a los métodos para implantar programas de calidad como una exigencia de cambio de una realidad de atención médica insatisfactoria y/o inadecuada. Es decir, el concepto de calidad aparece vinculado a la percepción de situaciones de la atención médica no adecuadas derivadas de acciones deficientes, y que deben ser sustituidas. Por lo tanto la calidad debe concretarse a la realización de cambios que minimicen las deficiencias percibidas en la atención médica, consideradas desde la perspectiva de la relación médico paciente o trabajador administrativo-paciente.

Desde esta perspectiva, para conocer la calidad en sus componentes técnico-médico y administrativo es imprescindible medirla; sin embargo, se requiere contar con instrumentos confiables y válidos, aprender a interpretar las medidas y utilizar los resultados en forma positiva, para apoyar la mejora de la atención médica y administrativa. Así, el sistema de medida, es en el que sustenta por un lado la planificación de los servicios y por otro su mejoramiento.

Sin embargo, entender la definición y medida del servicio en las instituciones de salud es un problema complejo, sobre todo, si se busca la medida del servicio final, es decir, el Estado de salud resultante, de la intervención del equipo multidisciplinario de trabajo en la mejora de la salud del paciente.

Por otro lado, es importante considerar que un servicio de atención médica hospitalaria, no sólo debe ajustarse a las expectativas técnicas, sino que debe adaptarse también a las demandas personales del enfermo, las cuales no siempre son claras o bien expresadas por los pacientes.

La calidad de un servicio se compone tanto de la realidad técnico-médica como de la percepción, los deseos y expectativas de los usuarios, lo que en gran medida deben condicionar la evaluación de la calidad del servicio prestado por la institución, independientemente de la relación médico paciente.

En ese mismo contexto, se ha observado que los usuarios tienden a percibir la calidad de la atención en las unidades médicas, sobre la base de diversas señales informativas (atributos) que asocian con los tipos de consulta que realizan. Algunas de las cuales son relacionadas con la atención médica, en tanto que otras se relacionan con los servicios secundarios o de apoyo, y varían en función de sus propias expectativas, sus experiencias anteriores, la comunicación interpersonal o los ofrecimientos institucionales.

En el abordaje de la modernización del Instituto, La percepción de la calidad del servicio se establece en función de lo bien que el trabajador proveedor realiza la atención, en contraste con las expectativas que tenía el usuario (cliente, derechohabiente o usuario del servicio) respecto a lo que esperaba al presentarse en la clínica.

Por lo tanto, el factor clave para lograr un alto nivel de calidad en el servicio consiste en igualar o sobrepasar las expectativas que el usuario tiene respecto al servicio. Sin embargo y a pesar de contar con una experiencia de más de cuatro años trabajando en torno al modelo del premio IMSS de calidad, esto aún no puede ser comprendido e incorporado del todo, por los funcionarios en el nivel local y nacional.

Los programas de control de calidad, por lo tanto, deben establecer sistemas ágiles y eficaces de información y administración de los servicios, para ir evaluando la calidad así como para la detección oportuna de problemas y la toma de decisiones.

Con éste enfoque conceptual tomado de la mercadotecnia, se traslada el problema de la estructura a la función, es decir se percibe a los problemas como de atención y trato a los enfermos, olvidando que las presiones del sistema se derivan de la falta de capacidad instalada y de la rigidez del modelo de organización para el otorgamiento de los servicios.

Por lo que el nuevo modelo de calidad para la salud del IMSS requiere, que el equipo multidisciplinario de profesionales médicos y paramédicos, trabaje de manera coordinada, complementaria y oportuna, asumiendo las consecuencias de la mala atención como un problema de mal trato, más que como un asunto de falta de recursos, tecnología, inadecuada organización o planificación del trabajo para atender los padecimientos.

Se pretende que la perspectiva y expectativas de los usuarios, nos ayuden a mejorar en el trato en la institución, al poner en marcha un proceso que consiga adecuar los recursos existentes a las necesidades y preferencias en materia de salud de los usuarios, contando con los servicios requeridos en cuanto a horarios y días de atención, el trato adecuado, la comunicación, así como la accesibilidad y oportunidad a la consulta médica y los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Desde ésta óptica, la medición de los servicios de todo el proceso asistencial, se realiza con encuestas rápidas de opinión, que permiten conocer y evaluar como se está dando la atención de una manera integral. Favoreciendo la toma de decisiones apropiadas y oportunas en el nivel local, promoviendo la integración de los equipos de proyecto que tienen como finalidad mejorar la calidad de la atención que se otorga.

Sin embargo un obstáculo frecuente, es el bajo nivel de uso de los indicadores para la toma de decisiones, o la resistencia directiva para aceptar bajos niveles de competencia local, o los malos resultados, lo que se expresa como una cultura institucional del maquillaje u ocultamiento de la información, lo que provoca con frecuencia que proyectos exitosos y creativos, pierdan su impacto inicial, ya que

es mas importante cumplir con las metas de la empresa que mejorar la atención a los enfermos.

#### 4.1 Conceptos de calidad en los servicios médicos.

En los capitulos anteriores se describió el marco histórico, organizacional y cultural en el que se da el proceso de reforma de la Seguridad Social Mexicana, con el propósito de poder entender y explicar los mecanismos del proceso de cambio y modernización en el Seguro Social.

Sin embargo en nuestra perspectiva, la privatización indirecta y paulatina, no es la única vía de cambio y redimensionamiento de la Institución ya que si la modernización se plantea como una estrategia para incrementar la rentabilidad y volver a la Institución en una empresa viable en un entorno de mercado competitivo es importante considerar que la privatización o la transferencia paulatina no son las únicas vías de cambio Organizacional posibles.

Nuestra hipótesis de trabajo es que la articulación del trabajo académico multidisciplinario, en la identificación y solución de problemas organizacionales es una vía de cambio efectiva, tal como ha sido planteado por autores como Yekzel Dror.<sup>82</sup> Cuando plantea que uno de los problemas eje del atraso en los países emergentes en la falta de formación gerencial y disciplina administrativa en las altas esferas de los funcionarios públicos.

De tal modo que pueden generarse cambios significativos desde adentro, apoyados por los mismos especialistas de las áreas organizacionales ya constituidas, los que pueden proponer vías alternas para la reorganización del trabajo, mediante acciones de consultoría de procesos organizacionales, como es el caso de los Departamentos de Capacitación, Centros de Capacitación institucional o sindical y áreas de organización y Calidad, que requieren ser completados con procesos intensos de formación directiva para la gerencia y por compromisos objetivos y programas de rendición de cuentas de las actividades de los funcionarios públicos.

Es evidente que estas actividades técnico académicas están determinadas por el entorno de cultura organizacional, por la estructura de poder y autoridad y por el entorno político de la Institución, sin embargo pueden convertirse en un nuevo modelo de toma de decisiones que faciliten la creación de escenarios de futuro y apoyen el proceso de cambio facilitando la participación de los trabajadores y generando incentivos, en los que los diferentes actores sociales obtengan beneficios y resultados.

Desde esta perspectiva es relevante iniciar una discusión de los conceptos y perspectivas del modelo de intervención y de los teóricos de la calidad a fin de

---

<sup>82</sup> Vea sus propuestas en Dror, Yekzel, 1997. "Mejoramiento de la capacidad para gobernar".

insertar la discusión en un ambiente técnico profesional, en la que la función de los especialistas es la de general alternativas respecto de las políticas públicas de la organización y sobre los mejores métodos para su implantación.

Las definiciones de calidad varían ampliamente y reflejan distintas perspectivas de los individuos, grupos sociales, empresas y sociedad. Podría decirse que no hay una única definición correcta. Por lo tanto, la calidad es un concepto relativo que depende de múltiples aspectos como:

- La ubicación en la organización de quienes la analizan y aplican
- Los antecedentes existentes en la organización con respecto a la calidad.
- La cultura y valores predominantes en la institución y la sociedad
- La calidad de la información, es decir, su validez.

Al existir diferencias en la concepción entre individuos y grupos, consecuentemente también variarán los medios más apropiados para lograrla y las estrategias para medirla y caracterizarla.

La palabra calidad ha desencadenado una larga serie de definiciones, por lo que resulta difícil elegir una sola entre ellas. En la práctica no parece existe una definición específica que pueda calificarse como la más correcta o la mejor.

Cada empresa ha de desarrollar su propia definición específica para definir las características de un producto o servicio, que se refieren a su capacidad para satisfacer necesidades expresadas o implícitas. Estas definiciones sugieren que la calidad debe ajustarse a los requisitos establecidos por los usuarios.

La definición amplia y subjetiva de calidad se refiere a los máximos beneficios con los menores riesgos en la atención del paciente, pero está siendo reemplazada operativamente por la noción de calidad de una atención terminal en la interacción médico-paciente, sobretudo a partir de que se plantea un modelo de atención médica de tipo preventivo.

La dificultad en definir lo que es calidad, ha dado lugar al desarrollo de métodos alternativos como son las de indicadores de estructura (tipo y cantidad de recursos utilizados, organización, etc.), O indicadores de productos intermedios (consultas, atención hospitalaria, etc.), Así como de los resultados (producto final como elevación de la calidad de vida o atención oportuna y calidad).

En el sector salud, este concepto implica que la calidad no depende sólo de los profesionales de la medicina o enfermería, sino que es responsabilidad igualmente de los profesionales que trabajan en las instituciones de la población y de las autoridades gubernamentales.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> De hecho todos los modelos conceptuales de la calidad lo suponen pero en la practica es común que la responsabilidad se transfiera de la dirección a la operación lo que esta en contradicción con los modelos conceptuales japoneses o norteamericanos en los que la calidad es ante todo un

Hasta fechas recientes los estudios de calidad en las instituciones de seguridad social y salud pública se han basado principalmente en la medición técnica, efectuando las valoraciones sobre la estructura, el proceso y los resultados, pero al momento existe bastante unanimidad al considerar que, ningún estudio de calidad será completo si no toma en cuenta a los usuarios. De hecho los procesos de certificación y las evaluaciones de calidad no evalúan calidad, sino estructura y resultados lo cual es una evidente contradicción.<sup>84</sup>

Para lograr esto, se utilizan las encuestas de entrada, proceso, salida y usuarios. Los datos de las mismas se recopilan entre usuarios internos y externos. Las encuestas informan a los directivos lo que los usuarios en todos los niveles perciben como los valores y resultados de la organización.

La conceptualización de la calidad en los servicios de salud contempla dos dimensiones:

- Dimensión institucional con enfoque al usuario.- Entendida como el conjunto de atributos que se refieren a la capacidad institucional para satisfacer las necesidades de salud expresadas e implícitas de los usuarios, tendientes a lograr los máximos beneficios con los menores riesgos y costos, en conformidad con los estándares normativos.
- Dimensión percibida por el usuario.- Grado de conformidad entre la calidad otorgada por el prestador y la percibida recibida por el usuario en un contexto técnico, bioético, normativo, dinámico e interactivo.

En consecuencia, puede decirse también que la "satisfacción de un cliente es el resultado de las impresiones a lo largo de la prestación del servicio menos las expectativas que el cliente trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio",

Durante la etapa de formulación de este trabajo y como consecuencia de nuestras actividades en la consultoría de procesos organizacionales, nos hemos remitido con frecuencia a éste modelo de calidad percibida que nos sirve como referencia para comprender algunas de las interacciones de los actores al interior de los servicios de salud<sup>85</sup>

---

compromiso directivo, en el caso mexicano sin embargo la calidad se ve como una tarea operativa que debe realizarse en muchos casos sin los recursos y apoyos complementarios necesarios.

<sup>84</sup> El consejo General de Salubridad, es la entidad encargada de la certificación hospitalaria y cuenta con una guía de autoevaluación de procesos y resultados y las certificaciones contemplan ambos renglones pero no evalúan el sistema de calidad de los Hospitales o unidades médicas, es decir se evalúa y califica la calidad midiendo los procesos y resultados, fenómeno similar al antes comentado, se mide la calidad como un producto de la interacción médico-paciente cuando es una condición de la capacidad de la infraestructura y de la capacidad técnica de los procesos

<sup>85</sup> Para Gómez Dantes La manera en que los usuarios reciben ciertos servicios influye en su uso; las relaciones interpersonales se definen como el contenido afectivo de la transacción

#### 4.2 Un modelo de intervención para las actividades de consultoría en Servicios de Salud.

Durante la década de los 80's, un grupo de investigadores se dedicaron a estudiar la forma en que los usuarios evaluaban la calidad de los servicios, llegando a la conclusión de que la calidad del servicio que un usuario percibe, está en función de la magnitud y dirección de la brecha existente entre las expectativas de servicio del cliente y su evaluación (percepción) del servicio que recibe.

Con el fin de evaluar la calidad percibida de un servicio y producto se utilizó un modelo conceptual de calidad percibida<sup>66</sup>, con el fin de medir la brecha que existe entre las expectativas de servicio del usuario y su percepción de los servicios que se le entregan en la realidad, para lo cual se recurrió a investigar 5 atributos relacionados con la calidad del servicio.

1. Elementos tangibles
2. Confiabilidad
3. Voluntad de respuesta
4. Seguridad
5. Empatía

De acuerdo al modelo de calidad usado se requiere atender los 5 puntos principales para lograr la satisfacción o conformidad entre los deseos y necesidades de los derechohabientes. En su diseño dicho modelo supone 5 ámbitos o perspectivas de análisis que son:

**1. Primer ámbito de calidad.-** *Conformidad entre el servicio esperado por los usuarios y el recibido por los directivos.*

**2. Segundo Ámbito de calidad.-** *Conformidad entre necesidades y deseos de los usuarios y diseño de programas y normas.*

**3. Tercer Ámbito de la calidad.-** *Grado de conformidad entre las especificaciones de calidad establecidas y la prestación del servicio.*

**4. Cuarto Ámbito de calidad.-** *Grado de conformidad o cumplimiento entre la prestación real del servicio y las comunicaciones externas sobre el mismo.*

---

usuario-proveedor. Esta dimensión, independientemente de la precisión de la información proporcionada considera el grado en la que la comprenden, puede influir de manera importante en la confianza de los usuarios en sus propias elecciones y en la probabilidad de que regresen a hacer de nuevo uso del servicio. Vea Gómez Dantes, 1994 "**Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar**". Salud Publica Mex;36:180-189

<sup>66</sup> Actualmente el modelo de consultoría se basa en los criterios del Premio IMSS de Calidad y en los de la Norma ISO 9001 versión 2000, lo anterior por tratarse de metodologías de calidad estandarizadas y con validez a nivel nacional o internacional como en el caso de las ISO 9000.

**5. Quinto Ámbito de la calidad.-** *Grado de conformidad entre la calidad de la atención otorgada y la que percibe o recibe el usuario.*

Puesto que la calidad real del servicio puede variar día con día, de empleado a empleado, y de cliente a cliente, los mercadólogos han tratado de estandarizar los servicios, con el fin de proporcionar consistencia en la calidad. De lo que se ha derivado el uso continuo de éste modelo y de metodologías integradoras como el Premio IMSS de calidad o la norma ISO 9001 que establecen criterios universales para la planeación, organización ejecución y evaluación de las tareas mas comunes en las áreas de servicio.

Desafortunadamente, el aspecto negativo de la estandarización del servicio propuesta con el modelo presentado es que es no siempre se puede atender en forma personalizada a los pacientes, situación que aprecia la mayoría de las personas y provoca con frecuencia percepciones de burocratismo, lentitud y cerrazón.

El usuario ejercita mucha selectividad respecto de los estímulos que perciben. Como consecuencia las personas reciben o identifican sólo una parte de los estímulos a los cuales están expuestos. Y evalúan el servicio en su conjunto a partir de su propia percepción. Por lo que es muy común que generalicen al evaluar los resultados de la atención y califiquen al servicio, cuando en realidad deberían evaluar la atención de la enfermera o del médico y su impacto en la recuperación de su estado de salud.

Por lo que podemos resumir que:

- La calidad de un servicio es entendida por la medida de cómo se ajusta la institución, empresa o la administración de un servicio a las expectativas del cliente o usuario. Por ello, el concepto clave es el de "calidad percibida".
- Por lo tanto, la calidad percibida, se presenta como la magnitud y dirección de la diferencia entre el servicio esperado y el servicio percibido por los pacientes; por lo que, es necesario tener muy presentes las expectativas de los usuarios ya que servicios de calidad = servicios esperados por el cliente o usuario.

A partir de los atributos definidos en éste modelo de calidad percibida, la Coordinación de Organización y Calidad del IMSS en el Estado de México, ha diseñado diversas estrategias y modelos de consultoría y capacitación, con el propósito de conocer a detalle la problemáticas de las diversas áreas de servicio y ha propuesto acciones de mejora a fin de otorgar servicios médicos y administrativos con mayor oportunidad, cercanía y mejor trato a los usuarios.

Hasta hace muy pocos años las funciones técnico médicas no incorporaban, el punto de vista del usuario debido a que no se investigaban sus deseos, expectativas, ni necesidades, lo cual conduce a diversos problemas de falla en la calidad en la atención, debido a los desajustes o brechas que se presentan entre las expectativas y demandas.

Otra dificultad metodológica de la evaluación, surge de las grandes variaciones existentes en lo referente a la percepción de la salud por cada individuo (derechohabiente), la ubicación de los servicios y el tamaño de las unidades donde se presta la atención; así como en las formas de acceso a los servicios en lo referente a facilidades administrativas, horarios y días de atención.

Asimismo intervienen en la percepción las características de los motivos de demanda, el efecto halo de las especialidades y unidades de atención hospitalaria; los efectos de la publicidad y algunos aspectos derivados de la interrelación médico-derechohabiente, tales como la lealtad y continuidad con el mismo profesionista, la confianza que le tienen, o bien, aspectos irregulares (éticos, exigencias no razonables, explotación de consanguinidad y parentesco o presión de terceros a favor del usuario).

El éxito en el desarrollo de los programas de control de calidad total en la atención médica, está condicionado por lo tanto, en el compromiso que asuman las autoridades institucionales, que debe verse reflejado en un cambio de actitud en el personal de todos los niveles, que permita la implantación de mecanismos operativos tendientes a mejorar la calidad en la prestación de todos los servicios.

Para mejorar la calidad percibida desde el punto de vista que se expresa en el análisis presentado se requiere:

- Conocer las expectativas de los clientes
- Medirlas
- Segmentarlas
- Convertirlas en servicios para grupos diferenciados
- Rediseñar los servicios y ajustarlos a la expectativa
- Presentar y promover el uso de las nuevas alternativas de atención
- Evaluar su impacto y
- Generalizar su aplicación en el sistema.

Con la aplicación de ésta perspectiva analítica y metodológica y utilizando los lineamientos del Plan Integral de Calidad<sup>87</sup>, el área de asesoría en calidad de la Coordinación de Organización y calidad del IMSS en el Estado de México, ha participado en un número significativo de proyectos de mejora durante los últimos

---

<sup>87</sup> A partir de 1998 se utilizaron como criterios metodológicos para las actividades de asesoría los criterios de Premio IMSS de calidad y su propuesta conceptual que se conoce como ruta de la Calidad, que es un modelo de ocho fases, que se usa como guía para la integración de proyectos de calidad, en los diferentes niveles de la organización.

cinco años (1998-2003), los cuales se han apoyado en la organización capacitación y asesoría de equipos de proyecto para la mejora que utilizando la "Ruta de calidad" ha propuesto 48 proyectos de mejora la mayoría de los cuales han concluido con éxito sus trabajos y algunos de ellos promovido cambios significativos en la prestación de los servicios médicos Delegacionales.

En el anexo al final del texto, se presenta una de las experiencias obtenidas en el proceso de investigación acción que ha realizado el equipo de coordinadores-instructores, que tienen a su cargo el Plan Integral de Calidad.

#### 4.3 Atributos de la calidad percibida por los usuarios.

En el proceso de identificación y caracterización de los atributos del modelo de calidad que se utilizó, se incluyeron diversas encuestas de opinión para el derechohabiente, que se fueron depurando a efecto de tener una mejor identificación de sus necesidades y expectativas frente al servicio.

Para su elaboración se revisaron las propuestas de atributos de calidad de diferentes autores y se contrastaron, con los que propone la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y las que contempla la propia Institución.

Una vez definidos los atributos y discutida su capacidad para comprender el comportamiento de los usuarios de los servicios se utilizaron como base para el diseño del sistema de encuestas de salida en que se integró una batería de 52 cuestionarios que cubren los tres niveles de percepción analizados es decir opinión del usuario, trabajador y directivo y atienden todos los servicios hospitalarios y de Unidad de Medicina familiar.

Posteriormente se complementaron con instrumentos específicos para evaluar clima laboral, liderazgo, satisfacción en el trabajo y evaluación del impacto de la capacitación.

El eje central del análisis de caso que presentamos en esta tesis es la idea de que los procesos de cambio organizacional y modernización en las organizaciones de salud, pueden ser efectuados con eficacia, en condiciones mas favorables y en tiempos mas cortos, si se establecen mecanismos adecuados de planeación y seguimiento de los resultados de las áreas internas encargadas de la planeación estratégica y control de proyectos y si se generan condiciones propicias para la integración de equipos de asesores-consultores internos, que realicen el trabajo de rediseño organizacional desde adentro, apoyados con las orientaciones y recursos necesarios, pero sobre todo con un liderazgo visionario y congruente de parte del equipo de funcionarios.

En nuestra experiencia laboral como jefe del área de capacitación, Desarrollo de Directivos y Mandos medios, de la asesoría en calidad y de la sección de Planeación y evaluación del IMSS en el Estado de México Oriente consideramos que las áreas de capacitación y formación Directiva bien pueden transformarse en áreas consultoras de procesos organizacionales, si se les otorgan los apoyos operativos, se les da acceso a la información pertinente y si se les dota de autoridad suficiente, para que puedan incidir en la formación de los mandos medios y directivos locales y si se les otorga la facultad para el análisis y modificación de los procesos operativos de los hospitales, Unidades Médicas y áreas administrativas institucionales.

Es un imperativo de todas las organizaciones de servicios modernas, contar con un equipo de especialistas de las ciencias sociales que puedan abordar y resolver problemas organizacionales, interpersonales y administrativos, que obstaculizan el desempeño de las áreas que ofrecen servicios al público.

Por tal motivo nos hemos dado a la tarea de implementar un proyecto de mediano plazo con el propósito de realizar ejercicios de rediseño organizacional local e implantar un nuevo modelo funcional del área de responsabilidad a nuestro cargo, con el propósito de desarrollar habilidades de consultoría en procesos organizacionales entre los integrantes de la Coordinación de Organización y calidad, con el objeto de mostrar operativamente y mediante ejercicios de investigación acción, que no es necesario realizar complejo procesos de reingeniería, liquidación de personal o desaparición de áreas, sin antes analizar con profundidad las condiciones de cultura organizacional, las causas principales de los problemas y las posibilidades de solución en el entorno local.

Este planteamiento no quiere decir que no asumamos que los problemas de la Institución son de tipo estructural por lo que es difícil incidir en modificaciones significativas hacia el futuro de la institución, pero consideramos que los márgenes de mejora son tan amplios que bien es posible diseñar métodos creativos para la optimización de los recursos y las actividades en el nivel local y promover dentro de lo posible, mejores ambiente laborales y una mayor capacidad de respuesta de los servicios que se fundamente en la visión prospectiva y el rediseño local de los servicios a efecto de contener en lo posible los problemas derivados de las restricciones estructurales de la organización.

Con este fin nos dimos a la tarea de diseñar una estrategia de mediano plazo que consistió en:

- El análisis estratégico de la organización y el papel del área de Organización y Calidad en el proceso de modernización
- El posicionamiento estratégico de la Coordinación y el diseño de un proceso de cambio en el mediano plazo
- la revisión detallada de las actividades de la Coordinación su sistematización y automatización.
- la eliminación de trabajos mecánicos e irrelevantes

- la creación de aplicaciones locales para simplificar los trabajos administrativos
- la creación de bases de datos históricas sobre el comportamiento de los Hospitales, Unidades Médicas y áreas administrativas.
- La creación de un área de integración y análisis de la información cuyo fin es mejorar el control de los datos de los procesos operativos en el nivel local.
- Proporcionar a la Coordinación la información estratégica sobre el comportamiento de las jefaturas de servicio a nivel Delegacional para contrastar los resultados e implantar controles de gestión en el ámbito local y Estatal.
- El establecimiento de una agenda electrónica que contiene el resumen de todos los indicadores y del comportamiento estadístico de los servicios locales, Delegacionales y de la Coordinación y
- La formación y entrenamiento de un equipo de consultores- asesores en procesos organizacionales a efecto de transitar de un área tradicional de capacitación a un grupo consultor en procesos médico-hospitalarios.

Es importante comentar que el proceso descrito fue realizado mediante tres ejercicios de planeación estratégica anual (1999-2001) en los que se implantaron cambios en el diseño de las funciones y se redistribuyeron o eliminaron actividades que no aportan valor para la misión de la Coordinación, lo que fue posible mediante la capacitación, sensibilización y participación de los trabajadores involucrados.<sup>88</sup>

#### 4.4 Alternativas al modelo de modernización y mecanismos para la implantación de programas locales de mejora.

La relevancia de la función del sociólogo como analista, interventor, negociador y cronista de los fenómenos sociales como la salud ha sido ampliamente documentada y reconocida en los entornos médicos, sobretodo cuando se hace referencia a la labor educativa del sociólogo en la formación de investigadores médico-sociales.

Sin embargo, observamos una desvinculación de la Sociología con los ambientes de la Medicina Social, la Demografía y el Trabajo Social Médico. De hecho en la práctica institucional del IMSS la función que por derecho propio debería corresponder al Sociólogo, es ocupada por las Trabajadoras Sociales que practican y aplican en forma intuitiva, lo que conceptualmente sabemos y pretendemos explicar los llamados Científicos Sociales.

---

<sup>88</sup> El trabajo fue realizado en los tres ejercicios anuales de planeación y establecimiento de metas de la Coordinación de Organización y calidad en el estado de México en el periodo 198-2000.

Por ello es importante abrir el debate relativo a la recuperación local de un espacio de estudio de gran fecundidad y aplicación inmediata para la práctica del Sociólogo que es la investigación en los servicios de salud.

Sin embargo, dada la pobreza en la formación estadística, en el uso de modelos de planeación prospectiva, modelos ideales, estrategias para la investigación operativa en las organizaciones o en el estudio de mecanismos para la asesoría de procesos organizacionales, es prácticamente nula la participación de los investigadores sociales en problemáticas que son por su naturaleza, espacios que requieren de un análisis multidimensional y complejo que es propio de los investigadores de las ciencias sociales.

Por tal motivo es nuestra pretensión que el conocimiento y análisis de las funciones profesionales que un investigador de lo social debe realizar en las Instituciones de salud, sensibilice a los académicos en el sentido de fortalecer la formación metodológica de los estudiantes y promueva la activa participación de los sociólogos en los procesos de cambio organizacional, que se derivan de los cambios de paradigma en la estructura y función del Estado. Lo que ha implicado cambios acelerados y Radicales en las Instituciones de salud de nuestro país, que no cuentan con un equipo eficiente de investigadores y analistas de las implicaciones e impactos de los cambios organizacionales.

Todos los procesos descritos en este documento, se realizan desde la perspectiva médica, por profesionistas sin formación específica, que no distinguen las esferas del análisis y establecen relaciones causales entre eficiencia y atención cuando la problemática de cambio organizacional en el IMSS esta determinada por cambios estructurales y funcionales que se derivan del entorno político y social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se caracteriza por ser una organización de servicios de salud, que incorpora un amplio abanico de perfiles profesionales en su catalogo de mas de 450 puestos y categorías de base y mas de 600 de personal de confianza.<sup>89</sup>

El alto nivel de especialización de sus actividades esta determinado por la complejidad de la atención a la enfermedad y por la transición epidemiología de nuestro país, lo que ocasiona que los prestadores de servicios de salud deban organizarse y trabajar en equipos interdisciplinarios de profesionales, altamente capacitados, flexibles, competentes y poli funcionales, que conozcan y practiquen la filosofía institucional de atención a la derechohabencia.

---

<sup>89</sup> El contrato colectivo del IMSS es uno de los mas complejos y completos que existen en México y ofrece un sinnúmero de apoyos y prestaciones a los trabajadores la mayoría de las cuales son virtuales ya que difícilmente se hace uso de ellas, o solo benefician a una pequeña porción de los trabajadores.

Una de las garantías de la vigencia de la Seguridad Social mexicana esta determinada por el proceso de formación de "capital humano", que requiere altas inversiones en la formación, adiestramiento, actualización e incentivos para los trabajadores de la salud.

Sin embargo, el proceso de formación interna de directivos, mandos medios y personal operativo se ha visto determinado, por la política federal de recorte presupuestal a las áreas de salud. (la afectación es general, pero mayor para las áreas no prioritarias como la administración, enseñanza, investigación, capacitación y adiestramiento), el agotamiento del modelo de Seguridad Social propuesto en 1943, la lentitud en las acciones de desconcentración y descentralización operativa de los programas institucionales, la baja identificación de los trabajadores con su función y con la filosofía de la institución, así como la apertura a la iniciativa privada como oferente de servicios médico asistenciales, para los trabajadores y sus familias.

Por lo que la oficina de capacitación y desarrollo se preguntó, si era posible incidir en el cambio de la Delegación Estado de México, mediante la formación de consultores internos de procesos organizacionales, que fortalezcan la función educativa e incorporen a los trabajadores, en la identificación, seguimiento, y solución de sus problemas operativos.

La metodología del programa de mejora continua se fundamenta en la acción educativa para el cambio y supone que mediante la incorporación del conocimiento del experto y el uso de métodos para el control de la calidad en los servicios, se pueden modificar las causas de los problemas que inciden en altos niveles de insatisfacción laboral, que se expresan como inadecuados ambientes laborales y dan como resultado, servicios de salud que están por debajo de las expectativas de los derechohabientes.

El presente trabajo pretende determinar si la acción de asesoría y consultoría en los procesos organizacionales de las unidades médicas, puede impulsar programas locales de mejoramiento de la percepción de la calidad de los servicios otorgados a los derechohabientes.

Creemos que esto es posible por la gran riqueza conceptual y metodológica de la Sociología, por su apertura al trabajo Interdisciplinario, por la orientación de las Instituciones a realizar investigación operativa pero sobre todo por la diversidad de la propuesta sociológica de los noventas ya que en voz de Leal:

*"... ya que en esta década se vale de todo: revisión, dispersión, rendición e incluso innovación; priva la diversificación de enfoques y multiplicación de comunidades científicas... (Leal, Juan Felipe, Fernández , Alfredo y lidia Girola , Carreño 1999: 247) .*

Por lo que la función del sociólogo como consultor de procesos organizacionales, para los servicios de salud, es de gran relevancia, ya que su perfil profesional se

ajusta a las necesidades de un entorno, que requiere de profesionistas que puedan:

- Identificar, analizar y conceptualizar interacciones de grupo, altamente complejas y conflictivas.
- Conocer y desagregar los perfiles de necesidades de los pacientes.
- Segmentar y diferenciar las expectativas de servicio por tipo de paciente, grupos de edad, magnitud y relevancia de los padecimientos.
- Analizar problemas de salud que atañen a lo local y a lo estatal o nacional y requieren la perspectiva global y comprensiva de la sociología.
- Analizar y utilizar indicadores de resultados y tendencias de comportamiento de la morbi-mortalidad de las poblaciones humanas adscritas a unidades médicas, que pueden contribuir a la predicción de la demanda, y a la segmentación de los públicos demandantes, con la finalidad de diseñar servicios diferenciados, con valor agregado para el cliente.
- Interactuar con profesionales del área médica, paramédica y administrativa, coordinando y liderando equipos, con fines de investigación, solución, e implantación de proyectos de mejoramiento.
- Capacitar y sensibilizar a personal médico y paramédico en los niveles directivo, mandos medios y de personal operativo.
- Negociar con autoridades Delegacionales y representaciones sindicales la implantación y operación de los programas de cambio.

El sociólogo como investigador social, líder de grupos y gestor del cambio, puede incidir de forma significativa en el conocimiento de los factores locales que obstaculizan el mejoramiento de los servicios de salud, que otorgan las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mediante su intervención puede favorecer la incorporación sistemática de los trabajadores en programas locales de mejoramiento, difundiendo la metodología de análisis de problemas, que les permita identificar, describir, dar seguimiento, conceptualizar, medir y proponer soluciones a las situaciones no resueltas que afectan el trato y la imagen del servicio que proporcionan a los asegurados y sus familias.

Mediante su labor educativa puede promover el cambio en la calidad percibida por el cliente, favorecer ambientes laborales más armónicos e integrados, en los que mejore la cooperación, el trabajo en equipo y la disposición al servicio, valor fundamental de la Seguridad Social que es imprescindible si se desea otorgar servicios más humanos, personales y ajustados a las necesidades del demandante, ya que los trabajadores de la Seguridad Social requieren de una alta identificación con su profesión, un alto involucramiento con su equipo y compromiso personal por apoyar a quienes lo requieren: De otra manera y por la complejidad de la función médica, existe una tendencia a la burocratización de los procesos de atención médico-administrativa, lo que ocasiona, servicios ineficientes, mal organizados y de baja calidad técnica y funcional.

Como consecuencia de los resultados exitosos en los procesos de cambio descritos en el anexo final, podemos afirmar que el perfil profesional del sociólogo es el que mejor se adapta a las labores de consultoría para el cambio organización ya que tiene la capacidad analítica para entender la dinámica de cambio organizacional, puede explicarla de manera dialéctica e integradora, identificar a los actores sociales en su interacciones complejas, conceptualizar e implantar modelos de intervención, gestionar los procesos de cambio interactuando con los trabajadores involucrados y promover procesos de cambio caracterizados por un bajo perfil conflictivo, lo que es de gran importancia, en los procesos de cambio de las organizaciones.

#### 4.5 La función del sociólogo como investigador en las áreas de salud.

El IMSS es una Institución de alta complejidad funcional que se ha caracterizado por sus esfuerzos por hacer investigación biomédica, médica y en servicios de salud: Esta última es un área de indagaciones en la que el trabajo profesional del sociólogo ha sido muy valorado y relevante.

Vale la pena comentar que los sociólogos mexicanos han contribuido de manera muy importante en la formación sociológica de los médicos mexicanos y han contribuido de manera importante en el desarrollo de lo que ahora se conoce como medicina social, ya que han realizado importantes contribuciones en el trabajo de Instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud e incluso han ocupado un importante rol en la formación de profesores y médicos especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se imparten materias de sociología a todos los médicos especialistas en medicina familiar, epidemiología, investigación biomédica, etc. Su trabajo ha sido reconocido y de gran utilidad también en la formación de trabajadoras sociales médicas y han logrado insertarse con éxito en las investigaciones de campo que con frecuencia realiza la institución un buen ejemplo de ellos son los trabajos de metodología realizados por Raúl Rojas Soriano quien trabajo en la Institución.

Sin embargo, a pesar de la contribución académica de los sociólogos, epidemiólogos y médicos de distintas especialidades institución no cuenta con un arsenal suficiente de investigaciones de tipo social, que resultan imprescindibles para su trabajo cotidiano si se considera el impacto social, económico y político de las políticas públicas que administra como la recuperación de la salud, el otorgamiento de pensiones o las administración de guarderías para madres trabajadoras.

Por otra parte no existe una tradición educativa en la formación de los sociólogos que aborde la problemática médica y jurídica para los investigadores sociales mexicanos y existe una aparente crisis en los grupos académicos especializados y en el tipo de investigación social que realizan, ya que como lo comentan Leal,

Andrade y Carreño en su trabajo, Estudios de teoría e historia de la Sociología en México:

*“La manera de plantear la introducción de las grandes tradiciones teóricas está dada por un producto de la conformación de las comunidades que necesariamente se autoidentifican con sus preferencias temáticas, intereses en la investigación, antecedentes y condiciones de configuración, logro de consensos, factores de disciplina y entorno que revelan precisamente lo social de la ciencia; Gutiérrez Gómez, al igual que Alfredo Andrade afirma, que no vivimos una crisis de paradigmas sino una crisis de grupos científicos y de sus visiones, sobre la cual se puede anotar un proceso de diferenciación de la ciencia como recomposición del conocimiento, importante”* . (Leal, Juan Felipe, Fernández, Alfredo y Lidia Girola, Carreño 1999: 247).

Por ello es, relevante la recuperación de la experiencia analítica y explicativa de los servidores públicos que cuentan con el perfil profesional de la sociología que laboran en instituciones como IMSS, ya que pueden contribuir en el análisis y la orientación de las decisiones estratégicas que se toman en los diferentes niveles organizacionales. En este sentido podemos recurrir a la historia del análisis sociológico en búsqueda de referentes conceptuales que nos permitan explicar como se da el accionar de los analistas sociales y cuales son los modelos que permiten el abordaje y explicación de los procesos de cambio en las organizaciones, al respecto James Coleman en su trabajo sobre Análisis sociológico y política social comenta que:

*“Cabe esperar, a medida que las investigaciones aplicadas se expandan cuantitativamente y aumente su influjo sobre las decisiones políticas, que la mencionada teoría (la del cambio social intencional y dirigido) casi ausente de la sociología hasta hoy, se elabore con alguna presteza. Y si alcanza esta relación estrecha con la teoría política, es probable que influya sobre la institucionalización de la investigación de política social en la sociedad”* (Coleman, James, 1978: 770)

La anterior en el supuesto de que sea posible encontrar y explicar una conducta racional orientada a metas en las organizaciones como la que es materia de nuestro análisis, ya que algunas teorías recientes de la sociología como las presentadas por Habermas y Hawort suponen la acción y decisión racional como elementos inherentes al comportamiento de las instituciones, aunque no siempre desde una perspectiva optimista.

Y de ello deriva la posibilidad de la función del analista de la sociología como promotor del cambio o como coordinador de las transformaciones mas que como justificador de la continuidad o legitimador del statu quo que se deriva de la cultura de las instituciones o en su papel tradicional de conciencia crítica de la función gubernamental.

Coleman aborda la problemática de las teorías del análisis sociológico y estudia el papel del analista en el proceso de cambio y comenta que no existe ni una teoría ni una tradición de pensamiento sobre la función del análisis en el cambio social (a partir de la explicación o aplicación del conocimiento sociológico) y comenta que esto es así, porque todos los grandes teóricos de la sociología intentaron ser reformadores sociales mas que filósofos del impacto del análisis social, de tal modo que no existe una conceptualización específica que describa la función del analista en el proceso de cambio, o que explique como las teorías influyen en la transformación social u organizacional.

Para Coleman son pocos los autores que expresaron sus posiciones al respecto y comenta que Weber por ejemplo supone que el cambio social lleva implícita la idea de la progresiva racionalización de la sociedad. En la que supone la posibilidad de la racionalidad en los valores, creencias e incluso en los mercados y los sistemas de autoridad. Pero el autor Alemán no es muy optimista al respecto ya que asume que el incremento en la racionalidad social supone el supremo dominio del modo de vida burocrático.

*“Esta concepción del cambio social que Weber sustenta deja en principio lugar para el rol del análisis sociológico en el cambio social. En efecto un componente de la acción racional (de una persona, de una corporación burocrática o de un gobierno burocrático) es como se señaló proveer de informaciones que permitan reorientar la acción” (Coleman, James, 1978: 772).*

Sin embargo Weber suponía que la institucionalización de la conducta social promovería, una sociedad estática con poca capacidad para evolucionar, retroalimentarse o cambiar a partir de la información, por lo que no desarrollo con mayor profundidad sus ideas, según comenta James Coleman. Para quien es fundamental entender como los conocimientos sociológicos pueden influir sobre el curso de la sociedad misma.

Mas adelante refiere que aún cuando las escuelas de corte positivista intentaron una conceptualización y la adopción de una imagen científica, no contemplaron teoría alguna sobre el rol social del análisis sociológico.

Es en éste siglo y con autores como Howart y Habermas con quienes se empieza a tratar con mayor profundidad el tema, mediante modelos como el de:

*.... “la sociedad experimentadora ”(de Howart) en la que la política social no se determinaría por el habitual juego de los intereses, sino que sería el resultado de una explícita experimentación social, ... mas adelante comenta que Es una visión de la sociedad como actor racional, empeñada en un proceso en busca del óptimo, con recurso a métodos de investigación en*

*ciencias sociales a fin de determinar las medidas adecuadas... "(Coleman, James, 1978: 775-776).*

Por su parte Habermas comenta que:

*"La dominación manifiesta del Estado autoritario deja sitio a las compulsiones manipuladoras de una administración técnico-operacional. La realización moral de un orden normativo es una función de la acción comunicativa orientada por un sentido cultural compartido y que presupone la internalización de valores. Es suplantada cada vez más por una conducta condicionada, al tiempo que las grandes organizaciones se van pautando con arreglo a la estructura de la acción racional según fines.*

*Habermas, en consecuencia, avizora la sociedad posible en el futuro como una que recurrirá a la investigación en ciencias sociales en un proceso de realimentación para su autorregulación, en la cual coincide con Howart. Pero discierne en esta transformación de los procesos del gobierno social una fuente de control central, un medio para eliminar el disenso y su fuerza creadora en la reorganización social " (Coleman, James, 1978: 776-777).*

Coleman, señala las restricciones de ambos abordajes pues suponen a la sociedad como una entidad autónoma y unitaria capaz de acción racional con orientación a metas lo que no es posible en la realidad desde su punto de vista, sin embargo, considera que puede ser un primer abordaje para la comprensión de la función de la investigación en la acción social de las organizaciones.

Posteriormente aborda diversas perspectivas relacionadas con el microanálisis como la de Paul Lazarsfeld relativas a la "utilización de la investigación social" y la contrapone a las propuestas de "sociedad experimentadora" de Howart y "control cibernético" de Habermas contrastando la posibilidad de que el primer tipo de análisis, nos permita abordar el impacto de las investigaciones en la estructura social dentro de la cual se generan y se ponen en práctica.

Las limitaciones de las dos teorías comentadas, son para el autor que suponen una sociedad monolítica con actores sociales únicos por lo que propone un abordaje complejo ya que:

*"En los demás casos, el modelo apropiado sería el de decisiones: diversos actores racionales demandarían retroalimentación a fin de saber que políticas promoverían mejor sus intereses. En un modelo así, la noción de experimentación social y de retroalimentación generada por la ciencia social para los que tomas decisiones no reemplaza al proceso político por una investigación desinteresada y neutral frente a los valores, según se ha señalado para el modelo de sociedad experimentadora..." "(Coleman, James, 1978: 778).*

Finalmente comenta la propuesta de Duncan Mc Rae, en la "función social de la ciencia social", que considera el primer intento de llevar a la autoconciencia a la ciencia social respecto de su rol social.

Resumiendo las ideas de Coleman; el autor separa el interés y el tiempo y propone que el conocimiento social supone los valores de la disciplina científica y el mundo de la acción en el que el investigador es un actor más y propone separar y diferenciar las esferas a fin de objetivar el análisis.

Considera que el investigador puede fungir como agente de la organización o el Estado, como representante de un tercero, como investigador independiente, o analista que trata de influir en quien toma las decisiones. En cada uno de los cuatro momentos el enfoque de la investigación, temática, abordaje y áreas de interés, incluso en uso de los resultados de la investigación son diferentes. Por lo que el analista de lo social debe identificar su rol, asumir una posición valorativa respecto de su objeto de estudio y asumir su función analítica dentro de lo posible.

Comparte la idea Weberiana de separar al político del científico y propone que cuando se asume el rol de investigador, el sujeto se debe ceñirse a los protocolos del rol, aceptando la problemática de la diferenciación entre las ideas y las posiciones o valores personales, considerando finalmente que cuando se tiene éxito en la explicación y predicción del comportamiento social, el científico se convierte en líder de opinión y consejero de los gobiernos o de las organizaciones, lo que lo inserta en la esfera de la política.

Considera que si el analista no asume una posición respecto de su objeto de estudio, termina legitimando el statu quo y consolidando la posición de las instituciones. Finalmente contempla un fenómeno interesante que se refiere a que una vez concluido el estudio, los resultados o aportaciones pueden ser usados en contra del cliente o entidad patrocinadora, ya que pueden y suelen ser usados por sus opositores políticos para restar legitimidad o criticar el accionar de las organizaciones o patrocinadores. Por lo que concluye comentando que no es tan importante la posición personal del analista como el contexto en el que se presenta y discute el conocimiento generado.

Algunas de las consecuencias de la investigación bajo patrocinio o apoyo de particulares o del gobierno, son que pueden crear falsas imágenes en las organizaciones o que la investigación no tenga una finalidad aplicativa, por lo que concluye que:

*"En consecuencia no existe una doctrina ni se ha creado un mecanismo institucional en relación con la estructura de la sociedad, en virtud de la cual la investigación se inicie de manera pluralista" "(Coleman, James, 1978: 794).*

Esto nos plantea la necesidad de recurrir a vías alternas de explicación como la

historia de la sociología médica realizada dentro de la misma Institución o los trabajos Sociológicos que se han realizado en el sector salud, especialmente los relacionados con la medicina social.

Cabe comentar que es precisamente en este marco de explicación y experimentación que se ha desarrollado mi trabajo como funcionario público en los últimos quince años ya que he contribuido en la formación de un importante número de funcionarios y mandos medios de la Institución, (mas de mil quinientos) también he realizado actividades como investigador, dentro y fuera de la organización y participado de los proyectos de investigación que tradicionalmente se desarrollan en la institución de los cuales se presenta un ejemplo en el anexo que se encuentra al final de la tesis y que me permitieron plantear y desarrollar algunas de las hipótesis planteadas en éste documento. Las cuales fueron el origen de varias propuestas técnicas que se aplicaron en mi área de competencia profesional, como jefe de un área de investigación y asesoría en calidad, cuyos trabajos e investigaciones le permitieron al Coordinación de Organización y Calidad realizar con éxito complejos procesos de cambio en el perfil y la función de los profesionales que antes se dedicaban a la capacitación de directivos y trabajadores locales y ahora se desempeñan como asesores y consultores de procesos organizacionales de la institución.

Para conocer como se iniciaron estos trabajos y cual fue la estrategia metodológica inicial utilizada, decidí en su momento, incorporar un ejemplo de el tipo de intervenciones realizadas por el equipo de asesores que coordino y que en los últimos cinco años han desarrollado más de cincuenta trabajos operativos de investigación mediante una metodología estandarizada, que se ha utilizado con éxito en la integración de proyectos de cambio en toda la Institución y que en su momento se conoció como Plan Integral de Calidad (P.I.C.) y que fue una de las estrategias de cambio experimentadas por el Seguro Social como una estrategia de modernización interna que pretendió encontrar vías internas para la simplificación, optimización de actividades, reducción de costos, eliminación de tareas innecesarias, etc.

Refiriendo la labor analítica de los investigadores médicos mexicanos es importante dar a conocer, lo que de viva voz agradece la Medicina Social mexicana al trabajo de los sociólogos relacionados con los ambientes de la explicación de la salud como un proceso determinado por los actores de nuestra sociedad, por lo que me permito enumerar algunos de hallazgos realizados por sociólogos vinculados a los ambientes de la medicina social y rastreados por Roberto Castro investigador en servicios de salud en las que explican la determinación social de la medicina mexicana y nos dan un marco explicativo de nuestra actuación como investigadores sociales y actores políticos dentro de la institución :

- *El nacimiento mismo de enfoques alternativos a los paradigmas dominantes en la medicina como la "Medicina Social" tienen que ver con la incorporación de la ciencia social (no solo la sociología, también la*

*antropología, la demografía, la historia, etc.), que han contribuido al entendimiento del fenómeno de la salud en las poblaciones. (Castro Pérez, Roberto 1992:1)*

- *La Sociología aborda los fenómenos de la salud desde diferentes perspectivas y escuelas y por lo que se le ha conocido como "Sociología Médica", Sociología en la Medicina" o "Sociología de la Salud" entre otras. (Castro Pérez, Roberto 1992:1)*
- *La Sociología ha contribuido a formar médicos e investigadores con un sentido crítico y analítico de su realidad social y les ha dotado de herramientas conceptuales y metodológicas para el abordaje de las comunidades humanas, ya que la salud pública como disciplina de estudio incluye tanto las condiciones de la salud y la enfermedad como las respuestas sociales que se ofrece a las mismas según lo plantea Julio Frenk uno de los investigadores más prolíficos en el área. (Castro Pérez, Roberto 1992:2)*
- *La Sociología médica ha explicado y difundido los principales conocimientos desarrollados hasta ahora a través de la investigación respecto a la determinación social de las necesidades de salud, así como de la provisión y utilización de los servicios asistenciales. Lo que ha permitido construir un sólido cuerpo conceptual que ha demostrado la determinación social de la enfermedad. (Castro Pérez, Roberto 1992:4)*
- *El abordaje de la enfermedad como proceso social ha sido estudiado en diferentes niveles taxonómicos y analíticos comprobando la predominancia de ciertos tipos de enfermedad que se encuentran determinados por la forma de organización económico-social ya que se muere de diferentes formas en las sociedades del capitalismo avanzado en relación a las que ocasiona el capitalismo dependiente. (Castro Pérez, Roberto 1992:6)*
- *La pertenencia de clase es un factor que condiciona el acceso a las instancias de salud y al tipo de atención médica, lo que determina que la esperanza de vida, el tipo de mortalidad y morbilidad sean diferentes dependiendo del estrato social. (Castro Pérez, Roberto 1992:6)*
- *Por otra parte y en un nivel de estudio local se ha comprobado que el tipo de labor se relaciona con la forma de enfermar y morir de los obreros mexicanos. (Castro Pérez, Roberto 1992:6)*
- *Al nivel micro se destaca que el estilo de vida determina el tipo de morbilidad de los actores sociales. (Castro Pérez, Roberto 1992:8)*
- *También la provisión y utilización de los hospitales e instalaciones sanitarias esta condicionado socialmente, ya que aun para la profesión médica se ha comprobado que la extracción de clase determina la posibilidad de éxito económico y social de los médicos egresados. (Castro Pérez, Roberto 1992:8)*
- *La prescripción médica (diagnóstico atención médica y entrega de medicamentos) incluso ha sido explicada como variable condicionada por factores sociológicos. (Castro Pérez, Roberto 1992:13)*

- *No es extraño por lo tanto, que la misma planificación y asignación de los recursos para la atención a la salud pueda comprenderse mejor en términos de políticas de salud y de las condiciones sociopolíticas de estas.*  
(Castro Pérez, Roberto 1992:13)

Compartimos en lo general las aportaciones de Castro pues hemos participado como analistas y actores políticos en el proceso de toma de decisiones respecto del diseño e implantación de políticas públicas que han generado impactos significativos en la prestación de los servicios de la institución en el entorno local y conocemos la dimensión funcional y política del rol del sociólogo dentro de las organizaciones.

Parte de nuestras indagaciones nos permiten considerar que los profesionales de la investigación social pueden desarrollar un rol relevante en el diseño, aplicación y evaluación de modelos de cambio organizacional en las instituciones de salud que con el tiempo se ha convertido en nuestra área de especialidad.

Algunas de las áreas de estudio de las cuales la Medicina Social espera apoyo de la investigación sociológica, son las relacionadas con el impacto de la creación de nuevas zonas económicas, el impacto de la revolución científico tecnológica en la morbilidad de los trabajadores, la modificación de los perfiles laborales, en la enfermedad laboral, el impacto del crecimiento económico desigual en la distribución de los bienes y servicios, el impacto médico de las nuevas formas de organización del trabajo, etc. De hecho el análisis completo de los problemas epidemiológicos, de salud ambiental, de administración de los servicios de salud, y de educación para la salud requieren de un análisis del contexto y de las determinaciones sociales y políticas que subyacen a estos dominios, pues la medicina por definición en una ciencia que influye y esta determinada por el entorno, es decir la medicina es una ciencia social y está determinada socialmente.

Resulta obvio comentar que un campo fértil para la investigación sociológica es la explicación del impacto de la reorganización del trabajo en las instancias de salud y su rápida incorporación a las llamadas organizaciones informáticas. De lo que se deriva el estudio de la implantación de modelos de organización del trabajo como los que implican los llamados programas de calidad y productividad, como el presentado en este estudio.

La correspondencia entre salud y comportamiento social es una área de estudio importante en países como es España y Estados Unidos, en la que el sociólogo interactúa de forma importante con los investigadores médicos, demógrafos, trabajadores sociales, antropólogos, economistas y planificadores de los sistemas asistenciales, sin embargo en nuestro país se desconoce o no se recurre a la función académica del sociólogo, asociándola a acciones de tipo contestatario u organizativo de tipo sindical. Por lo que resulta importante recuperar el enorme potencial explicativo de la perspectiva multi paradigmática y multi metodológica de la sociología actual, que permite conocer la realidad desde diferentes niveles de

perspectiva, enfocando las percepciones de los diferentes actores sociales y abordándolas mediante diversos métodos de análisis y descripciones de la realidad.

El manejo de los contextos y del comportamiento de los actores sociales permite a la Sociología entender la complejidad de las organizaciones de la salud, que por su naturaleza tienden a ser organizaciones intrincadas y de difícil administración, en las que el conflicto interpersonal, la lucha por el poder, la influencia y el control de los recursos, son fenómenos comunes.

La administración hospitalaria va más allá de un simple procedimiento técnico, requiere una perspectiva de cómo se mueve el entorno económico, social, político, demográfico y cómo afecta a las variables de la salud, lo que facilita la inserción del sociólogo como investigador multidisciplinario, líder de proyecto o asesor en la toma de decisiones de los hospitales, rol que me ha tocado desarrollar en los últimos quince años, en los que he podido interactuar con otros sociólogos diseñando y aplicando estrategias de investigación y cambio organizacional.

Resulta de gran interés entender cómo se generan y practican las políticas locales de salud que determinan el tipo y distribución de los servicios ofrecidos por los hospitales y las unidades médicas, las características de las poblaciones demandantes y cómo se planifican y ejercen los presupuestos, cómo se utilizan los recursos de apoyo a la salud, etc. Ya que con frecuencia se recurre a indicadores de comportamiento local, experiencia de los supervisores o niveles de consumo de recursos para realizar las funciones de predicción del comportamiento de la población, lo que origina serios desajustes entre la oferta y demanda de los servicios, situación que puede ser resuelta con la perspectiva integradora de la sociología.

Como se puede observar la ciencia de lo social tiene un fértil espacio de estudio y explicación en las áreas médicas, sin embargo no ha ganado su carta de naturalización, por lo que se requiere una perspectiva analítica-metodológica clara que le permita al investigador explicar las condiciones sociales, aportando su experiencia y conocimiento para el adecuado funcionamiento de las áreas médicas, y orientando las políticas de salud ya que es frecuente que los niveles de incompetencia o la estrechez de miras de los directivos institucionales ocasionen serios trastornos en la administración de los servicios que se otorgan.

Vivimos en una época de terciarización de las economías, que se presenta como una tendencia global en el ámbito internacional, situación que implica que la Sociología como ciencia requiera flexibilidad conceptual, para reconocer y analizar las nuevas expresiones del comportamiento social, que necesitan ser interpretadas.

En este sentido el desplazamiento del trabajo hacia los sectores de los servicios y la multiplicidad de los actores sociales implica el uso de esquemas de explicación

de tipo multidisciplinario e incluso interdisciplinario, como sucede actualmente en la medicina social Mexicana.

Es por ello que las nuevas tendencias en el estudio de la Sociología del trabajo se caracterizan por el uso recurrente de modelos analíticos que se fundamentan en la explicación de la cultura, los valores, la identidad y la reproducción de la vida cotidiana de los diversos sectores de trabajadores.

Recuperando las ideas de Quiroz (95:7) podemos comentar que:

*“Una de las características del rumbo que ha tomado el trabajo en los últimos años del siglo xx es el decrecimiento de los trabajadores que laboran en el campo y de los trabajadores industriales y el incremento de los trabajadores del sector terciario. Del espacio fabril pasamos a la oficina. Ante este fenómeno es difícil pensar que al estudiar la cultura obrera solo se piense en un sector que decrece constantemente en número, por ello sería mejor hablar de la cultura de los trabajadores o ampliar el concepto y dar cabida a los trabajadores de cuello blanco”.* (Quiroz, Jorge ,95:7)

Sin embargo son pocos, específicos y descriptivos, los estudios sociológicos sobre el comportamiento de los sectores de trabajadores en las áreas de servicio, como los hospitales, clínicas y oficinas administrativas que atienden a la población mexicana con problemas de salud, de hecho podemos decir que es un espacio de investigación sociológica que requiere un gran reforzamiento de parte de los investigadores sociales.

De ello se deriva la importancia de ganar a los centros hospitalarios como un espacio de reflexión metodológica y conceptual de la sociología contemporánea, además, por las características de la formación académica de los trabajadores de este sector, es posible participar en ambiciosos proyectos de investigación interdisciplinaria e incluso multidisciplinaria, que permitan describir y proyectar el compartimiento de la población demandante de los servicios de salud, a fin de diseñar una oferta de servicios que se ajuste de mejor forma a las necesidades manifiestas por los usuarios y que vuelva mas efectivos los modelos de atención.

Es en este sentido que la formación del sociólogo como consultor de procesos organizacionales es de gran importancia, ya que la visión comprensiva y analítica de la sociología, puede enriquecer y complementar el trabajo de planificación y segmentación de los servicios y facilitar el proceso de cambio social en relación con la cultura laboral de los trabajadores, proceso altamente conflictivo en las instituciones de seguridad de nuestros días.

Arredondo en su estudio sobre los “modelos explicativos de utilización de los servicios de salud”, nos propone la integración y complementación de los diferentes paradigmas conceptuales a los que se remite la medicina social mexicana, (en el que destacan varias perspectivas sociológicas) que permiten

entender y pronosticar el comportamiento de los usuarios de los servicios y ajustar el diseño y el otorgamiento de los mismos.

En la conclusión de su trabajo en el que analiza las perspectivas, económica, sociológica, epidemiológica y psicosocial, de los servicios de salud en México menciona:

*"... que el uso de los servicios de salud viene a ser consecuencia combinada de tres características principales: el estado de salud y de enfermedad de la población, las decisiones del usuario y las decisiones del proveedor." Arredondo, Armando, 1992:48)*

*Y posteriormente comenta "... Finalmente, es necesario señalar que la condición de salud sentida o percibida por la población de un área y su interacción con la estructura de servicios asistenciales ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de la población que influyen sobre la utilización de los servicios ofrecidos, y de la estructura asistencial que condiciona a la población en la utilización de los mismos, en cierta forma regulando la demanda. (Arredondo, Armando, 1992:49)*

Esta realidad compleja de la utilización de los servicios de atención médica dificulta la elaboración de un modelo integrador que pueda comprender todos y cada uno de los determinantes característicos de la utilización a los que se ha hecho mención en el contenido del presente trabajo.

En el espacio de las decisiones del consumidor, usuario del servicio o paciente, el sociólogo puede recurrir al uso de métodos de investigación que le son familiares, (como el uso de entrevistas, encuestas, estudios de campo, visitas observacionales, integración de grupos focales, etc) para conocer en que momentos, bajo que circunstancias y con que perspectiva se accede a los servicios a fin de contribuir en el rediseño de los mismos, mediante la segmentación de los diferentes tipos de usuarios potenciales, lo que permite una mejor determinación de los perfiles de necesidades por modalidad de usuario y trae como consecuencia la diferenciación en la atención a la enfermedad o la creación de servicios especiales en función de las necesidades detectadas.

Otro espacio de intervención de los investigadores sociales es el que se refiere a la gestión e implantación de las nuevas culturas laborales como la "calidad en el servicio". Ya que en la práctica cotidiana las organizaciones mexicanas recurren a la copia y adecuación de los modelos en boga pero son incapaces de identificar y diferenciar los aspectos culturales, organizacionales y educativos, que pueden o no favorecer la adopción de ciertas pautas de organización de trabajo.

En este sentido la función del sociólogo se relaciona con la identificación de la matriz cultural, social, histórica y con las pautas básicas de interacción entre los

individuos, que se dan en el espacio de investigación, a fin de utilizar los mecanismos de la cultura, política y costumbre locales para facilitar el proceso de transculturación laboral. Situación de gran relevancia ya que un comportamiento recurrente entre los trabajadores mexicanos que trabajan en las áreas hospitalarias, es del de desconfiar de todas las propuestas de mejoramiento o modificación que les son presentadas, asumiéndolas como amenazas a su estilo de ser y vivir, situación que dificulta la incorporación nuevas pautas de comportamiento, y nuevas formas de organización del trabajo, que en muchos casos les resultan benéficas pero llegan a cuestionar su concepción de la realidad.

Es común en los ambientes académicos hablar de la necesidad de la vinculación de la teoría con la práctica, y también de la relevancia de hacer investigación-acción, sin embargo, esto resulta harto difícil en la actividad laboral, excepto en condiciones como las que vive el Seguro Social de nuestros días, en los que debido al enorme impacto de los cambios y las disputas por la aceptación e implantación de las nuevas pautas laborales, se abren espacios para la confrontación, análisis y experimentación de las ideas.

El sociólogo como gestor del cambio social puede tener un lugar especial, no solo como analista, sino como propagandista, formador de recursos humanos, e incluso ideólogo de los diferentes sectores en confrontación. Es en este marco de una sociedad que cambia con gran rapidez, pero también con gran dificultad, que el investigador social, puede jugar un papel de vanguardia ya que su actividad puede ser aleccionadora, racionalizadora o legitimadora del comportamiento de los actores sociales involucrados en la lucha por el futuro.

El nuevo modelo de seguridad social expresa un proyecto de la nación, que requiere el concurso no solo de especialistas en Seguridad Social, sino de quienes pretende entender los factores que determinan la acción de los sujetos promotores del cambio. De esto se deriva la importancia de apoyarse con investigadores sociales, cuando se trata de implantar proyectos locales de cambio como los programas de mejoramiento de los servicios que otorgan las unidades médicas y hospitales, que hemos descrito en este trabajo.

El análisis de los escenarios posibles, la accesibilidad de los proyectos de cambio, la comprensión de las resistencias derivadas de la cultura del trabajo, el tipo de liderazgo y en análisis de los impactos y beneficios que se pueden originar, son actividades preliminares a la implantación de los programas de cambio planificado, que deben realizarse con el apoyo de los sociólogos.

Aun cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social hace intentos serios por realizar investigación<sup>90</sup> de los impactos que generan los servicios de salud estas

---

<sup>90</sup> Según fuentes oficiales en el año 2000 el IMSS realizó el 25 % del total de las investigaciones en servicios de salud entre las que se incluye la evaluación de la calidad de la atención y el impacto de los servicios en la comunidad, sin embargo el análisis social de la Seguridad Social es muy

investigaciones suelen estar contaminadas y restringidas por los estilos de investigar que se utilizan en las áreas médicas, ya que los criterios metodológicos, suelen ser muy restrictivos y canalizados por las líneas de pensamiento dominantes en las esferas médicas, que son de tipo positivista con una clara orientación cuantitativa. En la mayor parte de los casos se sigue con gran rigor los criterios metodológicos para el diseño de las investigaciones, pero esto las hace demasiado conceptuales y circulares, ya que es común que se citen una y otra vez los trabajos de los colegas que trabajan en temas similares y se pierda la riqueza que ofrece la investigación acción o la investigación de campo, es recurrente también la contaminación de los cuestionarios por intervención de los encuestadores o el inadecuado llenado de las cédulas, por la falta de compromiso de quien las aplica o el diseño inadecuado o ideológico de los ítems que originan la información de la cual se obtiene la información que permite analizar los problemas y tomar decisiones.

Sin embargo, la parte más compleja de la situación es que las investigaciones se mantienen dentro del marco conceptual dominante dentro de los círculos de investigación oficiales como el Instituto Nacional de Salud Pública, La Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Centro de Investigación y Desarrollo Económico, el Centro de Investigación y Estudios de la Seguridad Social, etc. Que con mucha frecuencia se utilizan como mecanismos para reforzar los puntos de vista de la dirección o excluir los hallazgos que contradicen la actual línea de trabajo de las áreas normativas, pues es mal visto que se critique abiertamente el desempeño de las jefaturas o el liderazgo de los funcionarios.<sup>91</sup> Reduciendo la esfera de investigación y encasillado los hallazgos a diálogos casi directos entre pequeños grupos de especialistas, que no tienen mayor influencia en la modificación o adecuación de los programas operativos de la organización.

#### 4.6 Implicaciones del cambio interno mediante asesoría de procesos y perspectivas de investigación en el futuro.

Los supuestos de la privatización de la Seguridad Social en los países emergentes se originan con la aparición de las crisis de agotamiento de los modelos económicos de los Estados Benefactores, que derivó en una severa crisis fiscal y financiera en la década de los ochentas.<sup>92</sup> En respuesta a esta y siguiendo las

---

escaso. Vea las cifras relevantes en el informe del Director general del IMSS. En la revista *Cuestión Social* No. 46 pp 16.

<sup>91</sup> Recuérdese el caso de destitución del Dr. Madrazo Director General Médico por aceptar el desabasto de medicamentos ante la opinión pública, pues la Organización es muy reactiva a la crítica abierta y es mal visto que los funcionarios expresen sus propios puntos de vista o difieran de las ideas normadas como políticas de la organización, lo que refuerza la cultura de la lealtad entre los funcionarios y mandos medios.

<sup>92</sup> Una buena descripción de los hechos se puede encontrar en los trabajos del Dr. Ricardo Uvalle Berrones citados en la bibliografía.

indicaciones de las instituciones financieras nacionales e internacionales se implementaron severos procesos de redimensionamiento del Estado, lo que incluyó la privatización, transferencia o reforma estructural de los Servicios asistenciales del Estado incluyendo la Seguridad Social.

Antonio Camou en su excelente trabajo preliminar sobre los cambios en los Estados latinoamericanos, donde analiza a profundidad el concepto de globalización nos comenta como se generalizaron las posiciones neoliberales en la famosa comisión trilateral, que dio origen al llamado consenso de Washington donde los países acreedores marcaron las pautas de la modernización al conjunto de economías que cayeron en crisis financieras y de endeudamiento como México y que se resumieron en cuatro puntos a saber:

- *“Reducir de modo significativo la actividad del gobierno volviendo al orden espontáneo del mercado.*
- *Reducir las expectativas de los grupos sociales;*
- *Aumentar los recursos a disposición del Estado; y*
- *Proceder a una reorganización de las instituciones estatales en el sentido de su simplificación, en cuanto que su crecimiento desmedido afecta contra la eficiencia. (Camou, Antonio, 2001: 42).*

*Estas recomendaciones como comenta el autor fueron emitidas por el Banco Mundial. El fondo Monetario Internacional y la Reserva federal Americana y pretendían combatir los dos grandes “males” de las economías latinoamericanas, de posguerra el excesivo crecimiento del Estado y el “populismo económico” (Camou, Antonio, 2001: 42).*

Sin embargo, con el pasar de los años y ante la evidencia con la que se cuenta ahora, se sabe que ninguno de los países que inventaron las reformas estructurales antes comentadas, se han aplicado las políticas restrictivas que impusieron a los países emergentes, de hecho autores como el Israeli Yekzel Dror han propuesto no seguir las políticas de recorte y adecuarlas a las necesidades especiales de cada país.<sup>93</sup>

Se sabe también que los Estados Desarrollados no solo no han mermado en tamaño y atribuciones sino que las han aumentado su capacidad y control sobre la población y han incrementado su participación económica, pero lo hacen de modo indirecto y descentralizado, por ejemplo Estados como el Norteamericano tienen un fuerte acento en los gobiernos estatales y sobre todo en los locales que son muy poderosos y su burocracia gigantesca.<sup>94</sup>

<sup>93</sup> En su trabajo “Mejoramiento de la capacidad para gobernar” concluye planteando que lo que realmente se requiere es reforzar procesos largos e intensivos de formación de los cuadros clave de los gobiernos de los países emergentes ya que es su falta de visión y proyecto nacional lo que ha ocasionado en parte las erráticos ciclos de las economías latinoamericanas.

<sup>94</sup> Ricardo Uvalle ha estudiado a detalle estos procesos en “**Las transformaciones del Estado y la Administración Pública en la sociedad contemporánea**”

Por lo que nos parece que la vía de la privatización indirecta y paulatina presentada como la panacea de la Seguridad Social mexicana, es solo uno de los caminos posibles para lograr disminuir los costos de los servicios y mejorar la calidad de la atención, pero no es el único aunque por ahora las autoridades del Instituto y el Gobierno se empeñen en mostrárnoslo así.

En la experiencia mexicana los cambios observados por la transferencia directa e indirecta de los recursos de la Seguridad a las empresas privadas no muestran evidencia de ofrecer mejores condiciones para la operación de los servicios institucionales, tampoco en el sentido de disminuir los costos, incrementar la productividad o mejorar la imagen de las Instituciones de Salud, de hecho desde hace varios años muchos de los servicios de apoyo se encuentran en manos de empresas privadas y no se observan diferencias significativas en su actuación o disminución de los costos<sup>95</sup>.

Estos procesos han sido evidentes También en varios países Latino americanos que han emprendido agresivos procesos de modernización o privatización de sus servicios de Seguridad Social.

Sin embargo dadas las condiciones de Desarrollo científico y tecnológico es posible emprender procesos sistemáticos internos de mejora continua de la calidad de la atención utilizando modelos de cambio interno en las organizaciones de salud, en nuestra experiencia como asesores y consultores de procesos esto es funcional y posible y puede contribuir al cambio social y a la modernización desde la esfera local y puede ser mejorado y transferido a los entornos estatales y nacional.

En la practica los modelos de mejora de la productividad y calidad han demostrado que pueden generar procesos de cambio organizacional acelerado, incrementando la productividad y la calidad de los servicios, solo que requieren que se comprenda la cultura organizacional y se involucre a los trabajadores en el proceso de cambio y que se les faculte para innovar y simplificar las actividades.

Esta es la idea que sustenta esta propuesta ya que en términos económicos resulta mas efectivo y practico invertir en la formación de capital humano (digase capacitación, adiestramiento y sensibilización) en la organización, que recurrir a costosos e inciertos procesos de reingeniería o transferencia tecnológica, ya que el nivel de complejidad de la administración pública supone altos niveles de especialización, complejos procesos de negociación y tiene importantes impactos en la población, por lo que las experiencias históricas en los países desarrollados nos muestran que es mas sencillo planear de forma prospectiva el diseño de las

---

<sup>95</sup> En los trabajos del Dr. Luis F. Aguilar se muestra evidencia de la coexistencia y cohabitación de las empresas privadas y las estructuras burocráticas y describe como las primeras han ido desplazando a las segundas en un proceso de "ciudadanización de la economía, vea **"La silenciosa heterodoxa reforma de la Administración Pública"** y **"Los perfiles de la gobernación y gestión pública al comienzo del siglo XXI"**

políticas públicas y emprender procesos internos de reforma que se apoyen en el talento y experiencia de los propios funcionarios a cargo de los servicios.<sup>96</sup> Que recurrir a la venta, transferencia o reingeniería de los servicios.

En la Reforma de la salud en países como estado Unidos, Inglaterra o España se han experimentado procesos parciales de cambio y se ha explorado el diseño de programas de adecuación de los nuevos modelos de organización del trabajo a las condiciones locales, lo cual puede ser un camino posible, para el proceso de modernización en el Seguro Social Mexicano.

En la segunda parte de éste estudio hemos pretendido demostrar que es posible la integración de grupos multidisciplinarios de analistas de políticas públicas que apoyen las actividades de planeación estratégica, análisis de problemas rectores, diseño de escenarios de futuro, integración y operación de proyectos de cambio e incluso de procesos de reingeniería minimalista de los servicios, aprovechando el talento, la experiencia y los recursos humanos ya existentes en la organización.

La experiencia de cambio en la estructura y función de la Coordinación de Organización y Calidad de la cual formamos parte, la experiencia con la Implantación del Plan Integral de calidad y la implementación del Premio IMSS de calidad nos muestran evidencia de que es posible incorporar con éxito programas internos y locales de cambio y modernización de la prestación de los Servicios Médico-Hospitalarios.

Sin embargo la premisa básica del proceso de mejoramiento, aún desde la perspectiva empresarial es siempre, la voluntad política de los funcionarios a cargo y el compromiso de la Dirección para aportar los recursos, la capacitación, asesoría y el apoyo que requieren los programas de mejora, lo que incluye el calculo y pago de los costos de implantación de los cambios, situación que no se ha presentado en la Institución por lo menos en los últimos cinco años, ya que no solo se consolido la tendencia a mantener las inmovilidad de la organización sino que incluso se acentuó la tendencia a la depauperización de los servicios y se mantiene la política de recorte de personal de confianza, que es regularmente quien se hace cargo de la integración y operación de los proyectos de cambio.<sup>97</sup>

Para el periodo fiscal del 2003 se programó un 15% menos de recursos presupuestales para la Institución, a pesar de que existe evidencia documental y la Dirección General a declarado en varias ocasiones que la organización atraviesa

---

<sup>96</sup> Giandomenico Majone en su libro "Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas " realiza un análisis detallado de la implementación de políticas de salud en Francia y concluye que no se observa diferencia significativa entre los modelos organizacionales tradicionales y los modificados, por lo que concluye que el cambio social en las organizaciones es un asunto mas político que técnico que depende de la habilidad de los actores políticos para vender su proyecto en la arena política.

<sup>97</sup> Para conocer a detalle la caída de los ingresos y el incremento de los servicios otorgados resulta interesante consultar los datos presentados por la Dirección General en la pagina de internet del IMSS, en [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

por la peor crisis de su historia, lo que contradice el discurso de que la organización no se privatizara y se le otorgaran mayores recursos para su modernización.

Al iniciar este proceso de investigación, el supuesto operativo para la implantación del proyecto de modernización, era que el proceso de cambio encontraría sus obstáculos en la resistencia del sindicato y en la apatía de los y trabajadores. Sin embargo en la experiencia derivada de la implantación de los proyectos de calidad podemos afirmar que lo que ha faltado es el compromiso de la dirección y habilidad para dirigir el proceso, por falta de un proyecto claro respecto de lo que pretende la Institución.

Desde una perspectiva estrictamente empresarial, todos los modelos de calidad suponen como la acción mas importante para garantizar los procesos de cambio, el involucramiento directivo,<sup>98</sup> la supervisión minuciosa, el aporte de recursos para la implantación de la nueva tecnología o procesos de trabajo y la supervisión de los resultados, incluso modelos como el de la Norma ISO lo formalizan como criterios obligatorios que se deben garantizar de antemano, para lograr la certificación.

Consideramos en consecuencia, que los procesos de cambio organizacional en la administración pública mexicana y en especial en el IMSS, están determinados mas por sus componentes políticos, que técnico-administrativos, por lo que se requiere de voluntad política para garantizar sus resultados y un compromiso personal de las autoridades para garantizar el éxito en la implantación de los cambios, la incorporación de nuevas practicas y proyectos de trabajo, así como la atenta evaluación y seguimiento de los resultados .

Aunque su discurso en el del compromiso social, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha emprendido un camino sin regreso en la modernización y privatización indirecta y encubierta de sus servicios, con un impacto negativo en sus beneficiarios sociales, sus finanzas y sus trabajadores, lo que puede representar fuentes de conflicto social significativas en el mediano plazo.

Sin embargo, nos parece que es posible obtener mejores resultados en su operación y transformación si se hace un esfuerzo político y técnico por recuperar y canalizar el talento de sus trabajadores, permitiendo su participación en el análisis y mejoramiento de las condiciones operativas, apoyándose en mecanismos de análisis local y en el uso extensivo de metodologías de administración moderna de sus recursos, iniciando con el fortalecimiento de su capital humano y permitiendo la libre experimentación y adecuación creativa en

---

<sup>98</sup> La norma ISO 9000 versión 2000 por ejemplo asigna todo un criterio (el 5) a garantizar el compromiso formal y real de la Dirección para poyar con recursos, capacitación, personal, tecnología, asesoría y comunicación las acciones para el mejoramiento de los servicios, pues el compromiso gerencial no solo puede ser formal, debe demostrarse en los hechos y demostrarse con evidencias, documentales y resultados verificables.

los diferentes espacios de la organización en la búsqueda de soluciones a los problemas de atención médica y hospitalaria.

Los cambios de la Seguridad son necesarios, pero no todo lo que significa privado, o mercado es necesariamente mejor. Existen vías de adecuación, simplificación, modernización o ajuste, que parten del reconocimiento y canalización del talento de los propios funcionarios y sus grupos de trabajo, porque el modelo actual de modernización supone la incompetencia y negligencia de los trabajadores, cuando es la estructura y función de la organización como reflejo de la crisis económica recurrente y las restricciones financieras y operativas, los que han presionado la caída de la calidad de la atención médica.

La mayor parte de los sistemas de Seguridad Social a nivel internacional se han tenido que reformar de manera radical o mediante reformas paulatinas, pero no existen modelos ideales de cómo transitar la reforma de la Seguridad, por lo que pretender seguir modelos que han ocasionado graves impactos negativos como el Chileno, (que se utilizó como referencia en la modernización del sistema de pensiones) pueden ocasionar graves descalabros a éste importante sector de la economía mexicana.

Nadie niega que muchas cosas se hacen mal o de forma incompleta, lenta o inadecuada en la actualidad y que debe mejorarse la capacidad y la competencia de la organización, pero muchos de los mecanismos que se proponen ahora como soluciones mágicas, solo han sido paliativos temporales en otros sistemas de salud y han ocasionado graves descalabros sociales así como nuevas y más costosas intervenciones estatales, por lo que aún, países como Estados Unidos, Gran Bretaña o España se han tomado con calma y reflexión sus procesos de modernización de la Seguridad Social, ya que no siempre el mercado es el mejor oferente en lo que se refiere a los servicios de salud.

Un asunto significativo, que hemos observado en la implantación de los nuevos paradigmas administrativos, tecnologías y metodologías para la atención, es el bajo nivel de compromiso de los funcionarios y mandos medios, con los cambios en la organización, ya que la cultura de la lealtad que existe en la Institución, promueve administraciones timoratas, con perspectivas de corto plazo, que buscan soluciones mágicas y mecanismos inmediatos, pero por otra parte hacen caso omiso a la corrupción, las componendas y los negocios personales que se realizan utilizando información privilegiada, recursos o instalaciones públicas.

Por lo que nos parece que el problema estructural que generó la crisis de la Seguridad Social mexicana no está vinculado con incompetencia o negligencia de los trabajadores o con su falta de experiencia o sensibilidad para buscar mejores vías para otorgar servicios médicos oportunos, cálidos y efectivos o con el uso de métodos o tecnologías adecuadas para otorgar una mejor atención, sino con el incumplimiento del compromiso social del Estado para asignar recursos y

fortalecer las políticas públicas que apoyan la Seguridad Social<sup>99</sup> y con en compromiso institucional de los funcionarios que dirigen la institución, para mantener el sentido trascendente e igualitario de la Seguridad social que es dar lo mejor que se pueda a los mas desfavorecidos, en condiciones de equidad, libre acceso y oportunidad.

Por ello mismo una reforma que supone la inadecuación de la institución a las necesidades actuales del mercado y propone la sustitución paulatina de sus representantes sociales por oferentes privados, no solo no solucionará los problemas de fondo, sino que agravará de manera drástica las distorsiones del mercado de la salud, agudizando las desigualdades económicas, sociales y médicas que afectan a los sectores mas desprotegidos de la Nación.

De ello se deriva la relevancia de proponer a la Institución que mire hacia adentro y capitalice el talento mas importante con el que cuenta que es el de sus propios colaboradores, reforzando la capacitación y compromiso de sus directivos y mandos medios y promoviendo la libre participación de los trabajadores en la búsqueda de salidas locales a las problemáticas de la operación de los servicios, sin dejar de considerar que el margen de mejora local no puede trascender su esfera por lo que es urgente, el rediseño de la estrategia de futuro de la institución visualizándola desde una perspectiva de futuro en la que se mantenga la aspiración universal y equitativa que caracterizó a la Seguridad Social del Siglo pasado.

No debemos olvidar que la competencia de un país deriva de la fortaleza de sus Instituciones y que ella surge del compromiso de los líderes nacionales con el futuro, en el sentido de fortalecer la identidad, cultura, valores y estilos de vida de sus ciudadanos, eso que entendemos como nacionalidad y nos hace llamarnos con orgullo compatriotas.

---

<sup>99</sup> En su informe de labores del 2000 Santiago Levy Alzati Director General del IMSS , informó del crecimiento de las asignaciones del Gobierno federal que representaron un 39% de los ingresos totales de la institución en ese año, contra menos del cinco por ciento que recibió la institución hasta junio de 1997, sin embargo estos datos permiten una doble lectura por un lado nos permiten comprobar con información oficial, el retiro de las asignación de fondos financieros estatales para la cobertura de los presupuestos institucionales ya pactados durante un largo periodo en sexenios anteriores, lo que fue una de las causales de la crisis de financiamiento de la institución y muestra aún la insuficiencia de los recursos asignados por el gobierno para la cobertura de los gastos en Seguridad Social, ya que a pesar de los significativos incrementos la institución mostró un importante déficit financiero en ese año que se mantiene hasta la fecha. Para conocer el resumen del documento referido ver la revista cuestión social No. 45 pp 12.

### **Anexo: Una propuesta para el cambio organizacional en unidades Médicas del I.M.S.S.**

La primera experiencia sistemática de cambios organizacionales para la implantación de la calidad en los servicios médicos, se dio con la integración de equipos de proyecto del programa de mejora continua de la calidad.

Que en términos conceptuales puede ser definida como un esquema modificado de los programas de mejora de la calidad al estilo japonés, fundamentados sobre equipos multidisciplinarios de trabajo en sus diferentes versiones como, círculos de calidad, equipos de proyecto, equipos de mejora, equipos de análisis, etc.

No obstante es importante comentar que este no fue el primer intento por implantar programas de mejora ya que la organización intentó consolidar un programa de círculos de calidad a inicios de la década de los noventa que fue dejado de lado por problemas similares a los que hemos descrito en esta tesis, que son falta de interés directivo, falta de apoyos para la implementación de las mejoras, falta de recursos para la implantación de los proyectos, falta de control en la implantación y seguimiento de los cambios, resistencia al cambio de parte de los funcionarios locales, etc.

El programa piloto de mejora continua en unidades médicas, que describiremos se instaló durante 1998 y contempló en su primera etapa la incorporación de ocho unidades médicas y hospitales, los que se atendieron mediante la intervención y asesoría de un grupo de consultores de procesos organizacionales, mediante un proceso que incluyó las fases de:

- sensibilización,
- integración de equipos multidisciplinarios de trabajo,
- identificación de problemas y seguimiento,
- medición e implementación de propuestas de solución.
- Evaluación de resultados y reporte final.

La fase de sensibilización se realizó durante el primero y segundo semestre de 1998 las fases de integración de equipos, identificación de problemas e incorporación de las mejoras se realizó en el periodo 1998-2000.

En todas las unidades piloto se asignó un coordinador de capacitación como responsable de proyecto, mismo que se hizo cargo de la implantación y seguimiento del proyecto en todas las etapas mencionadas.

La instalación de los ocho programas de mejora local fue el resultado de un ejercicio de planeación estratégica, realizado por la entonces Oficina Estatal de Capacitación y Desarrollo del I.M.S.S.. En el Estado de México, llevado a cabo durante el mes de febrero de 1998, en el que se estableció el nuevo perfil de funciones de los coordinadores de capacitación.

Una vez concluido el proceso de capacitación para el nuevo puesto y en sesión de trabajo del equipo multidisciplinario, se definió conjuntamente con los responsables operativos de cada unidad médica el proceso de intervención y las actividades a realizar de parte del asesor responsable, así como los apoyos inter y extra institucionales necesarios para el éxito de la estrategia de cambio planificado.

De forma paralela al proceso de capacitación comentado, los consultores responsables de Unidad Médica, asistieron regularmente a recibir apoyo metodológico y asesoría para la implantación del modelo de calidad propuesto, con el jefe de la sección de planeación y Evaluación, participando activamente en el piloteo, revisión y corrección de las encuestas de opinión que apoyaron el programa y en la operacionalización de los conceptos que permitieron cuantificar, evaluar y seguir las percepciones de la calidad que tenían los derechohabientes que asisten a la unidades en investigación.

Durante el mes de agosto de 1998, se pilotearon en las ocho unidades médicas comentadas, los cuestionarios definitivos para los ocho programas rectores básicos de salud. Aunque los resultados obtenidos en la encuesta no fueron definitivos, sirvieron como base para la identificación de las áreas de oportunidad y el diseño del programa para el mejoramiento de la imagen y la limpieza en las unidades que fue acordado con los directores de las unidades beneficiadas y posteriormente se convirtieron en el fundamento metodológico sobre el que se consolidó la nueva metodología de intervención de la coordinación y permitieron crear el sistema de información sobre necesidades de los usuarios con la que cuenta actualmente la Coordinación de organización y Calidad.

Durante el primer semestre de 1999, se continuó el programa original, iniciando las actividades con la impartición de ocho talleres de planeación estratégica dirigidos a los cuerpos de gobierno de las unidades en investigación, que fueron impartidos por instructores de la SECODAM. Se Concluyó también la formación técnica de los facilitadores-asesores impartiendo dos módulos de capacitación, los que se realizaron, durante el mes de marzo. (técnicas de atención a clientes externos y pensamiento estadístico)

Las actividades complementarias para la instalación de los proyectos se realizaron de acuerdo con el cronograma acordado con las áreas beneficiarias y en los tiempos y condiciones establecidas, concluyendo con éxito en los tiempos programados.

Derivado del impacto de los resultados de la investigación inicial realizada<sup>100</sup>, pudimos llegar a los siguientes principios rectores de nuestra intervención futura

---

<sup>100</sup> Varios de los equipos de proyecto dirigidos presentaron e implantaron programas de mejora que representaron ahorros anuales por varios millones de pesos para la Institución y fueron presentados como proyectos exitosos ante el entonces Director General Lic. Genaro Borrego

como área asesora en materia de calidad para la incorporación de programas de para modernizar los procesos de los servicios, que se enumeran a continuación:

- Es posible acelerar el proceso de cambio organizacional mediante acciones de consultoría de procesos organizacionales.
- La intervención de un consultor facilita y simplifica el proceso de cambio
- Las experiencias de éxito en la implantación de cambios rápidos en los servicios de salud, permite la transferencia de aciertos entre diferentes tipos de servicio.
- Los servicios Institucionales tienen una gran capacidad para el aprendizaje organizacional y transfieren de manera natural sus hallazgos para mejorar la atención a los usuarios.
- El nivel de participación de los trabajadores es alto, cuando observan apoyo y congruencia del equipo directivo local.
- La representación sindical cambia su posición de escepticismo en apoyo cuando observa un compromiso genuino de las autoridades por mejorar las condiciones de trabajo y operación de los servicios.
- Se requiere de muy pocos recursos e incentivos para emprender programas de mejoramiento de los servicios a nivel local.
- Los beneficios generados son mucho más altos que las inversiones iniciales necesarias, aunque por la estructura de costos y contabilidad institucional es imposible conocer los impactos reales en el corto plazo<sup>101</sup>.
- El nivel de compromiso y participación de los líderes locales de proyecto es muy alto y se pueden convertir en líderes potenciales para transferir la metodología de mejoramiento a otras áreas de servicio.
- Aproximadamente el 80% de los problemas operativos pueden ser resueltos sin recursos adicionales y mejorando los procesos de capacitación, control, evaluación y seguimiento de la información.
- Un porcentaje alto de los problemas operativos se derivan de inadecuados controles de procesos o de falta de entrenamiento y supervisión de parte de Directivos y mandos medios locales.
- Es fundamental crear bases de datos fidedignas y completas y romper la cultura del maquillaje de la información, ya que oculta los problemas raíz de la operación de los servicios.
- Los directivos con bajo entrenamiento y estilos tradicionales de liderazgo se convierten en obstáculos para la implantación de programas de mejora.

---

Estrada, posteriormente fue autorizada su generalización a varios hospitales más del entorno estatal.

<sup>101</sup> Un aspecto que ha sido descuidado de manera permanente es la asignación de los recursos financieros, tecnológicos y operativos necesarios para implantar los programas de mejora ya que no se consideran los costos de la implantación de modelos de calidad que según analistas representa alrededor del 3% de los costos de la Institución, según BARRY J. MATERSON, Se concluye que las actividades de garantía de calidad en un Centro Médico implican un costo. Por lo tanto, es necesario realizar estudios de contabilidad de costos para determinar los costos y los beneficios de la garantía de calidad. Sus ideas se presentan a detalle en BARRY J. MATERSON, y OLGA QUINTANA, 1993, "EL COSTO DE LA GARANTIA DE CALIDAD", SALUD PUBLICA DE MÉXICO, MAYO-JUNIO DE, VOL.35, No.3

- La capacidad para modernizar la organización esté en relación directa con el compromiso directivo con el programa de calidad.
- Si el apoyo y compromiso personal de los Directivos Locales y Estatales es muy difícil implantar programas de mejora o mantenerlos en operación por lapsos mayores a un año.
- Aun cuando los programas de mejora sean exitosos, si no cuentan con la supervisión y no se estandarizan los nuevos procedimientos, verificando la eliminación de los anteriores, existe una tendencia natural a trabajar con procedimientos atrasados y obsoletos.
- La labor Básica de la dirección en los procesos de cambio es dar muestras evidentes de compromiso en el proceso de sensibilización, supervisar su implementación, verificar la sustitución de los procedimientos anteriores y establecer indicadores e incentivos para reforzar la nueva forma de trabajo.

Los hallazgos derivados de nuestra actividad en la consultoría de procesos organizacionales en los últimos cinco años, nos permiten afirmar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social existe, la capacidad técnica, la madurez organizacional y el nivel de participación requerido, para incorporar modelos locales mejoramiento de los servicios, que se cuenta con el personal capacitado y con la experiencia en la implantación de programas locales de mejora, por lo que en el entorno estatal es posible emprender un ambicioso proceso de cambio apoyado en el talento de los trabajadores y funcionarios locales.

Consideramos que son condicionantes de estructural, organización y de tipo político, las que han provocado la falta de impacto en las acciones modernizadoras emprendidas por la organización y que es posible lograr procesos de cambio en el mediano plazo, con el apoyo y talento de los trabajadores desde sus centros de trabajo.

Como consecuencia de la experiencia de 1998 y en consonancia con la implantación a nivel nacional del Programa de mejora de la calidad de los servicios médicos y del Plan Integral de Calidad, las actividades descritas fueron generalizadas a diversos hospitales, Unidades Médicas, guarderías, Velatorios, Centros de Seguridad Social y Subdelegaciones del Estado de México durante el periodo 1999-2002.

El aprendizaje derivado de ésta experiencia de investigación y de varias modalidades mas de investigación operativa realizadas en el IMSS Estado de México durante el periodo 1998-2002 y 2003-2004 en la que participó el tesista como líder de equipo de profesionistas de la "Asesoría en Calidad" incluyó el trabajo sistemático de 3 sociólogas, que trabajando de manera multidisciplinaria, propusieron mecanismos de mejora local, en hospitales y Unidades Médicas que representaron ahorros de varios millones de pesos en la prestación de los servicios y la solución a diversos problemas administrativos que afectaban de forma significativa la operación de los hospitales y servicios administrativos.

En el catálogo de intervenciones de la "Asesoría en calidad" se pueden comentar la integración de 48 proyectos de mejora, 8 de los cuales pueden ser considerados como éxitos rotundos, que promovieron cambios significativos en áreas estratégicas de los servicios, como las farmacias, los servicios de urgencias, la vigencia de derechos, el manejo de procedimientos administrativos para el pago de pensiones, etc. Así como intervenciones para mejorar la oportunidad en la atención y la mejora en la imagen y limpieza en los 10 hospitales de la Delegación, 5 guarderías y 1 velatorio que nos hicieron suponer la viabilidad de nuestras ideas de cambio interno apoyadas en actividades de consultoría de procesos organizacionales.

Como la estructura de la Asesoría en calidad se replica en cada una de las 37 Delegaciones del sistema nuestra hipótesis fue que las actividades de un servicio interno de consultoría pueden ser un buen mecanismo de modernización de los servicios. Sin embargo, ahora conocemos las limitaciones de nuestro trabajo y el marco político en el que se desarrolla, lo que limita su impacto y la posibilidad de que sea utilizado como una estrategia sistemática de mejoramiento de la Institución.

Como se podrá observar, la evaluación general de nuestra actividad profesional no es del todo positiva, ni tan trascendente como hubiéramos querido nosotros, ya que la importancia relativa de nuestra actividad profesional es cada vez es menor en las marco de las perspectivas modernizadoras de la Institución y la Coordinación Delegacional de Organización y Calidad sufrió el mismo proceso de recorte de personal y presupuesto que las demás áreas de servicio en las que labora personal universitario con funciones de coordinación, planeación o evaluación de los servicios.

En términos numéricos hoy laboramos en actividades de asesoría en procesos organizacionales un tercio de las personas que lo hacíamos hace 5 años.

No obstante consideramos que la labor del Sociólogo como promotor y coordinador del cambio social en la esfera local, en el caso específico de la Seguridad Social, mexicana puede ser una herramienta de impacto relevante si se pretenden hacer cambios significativos que permitan elevar la calidad de vida y la salud de la población siempre de cara a la población y con el apoyo de los trabajadores de la salud.

## 5 CONCLUSIONES.

En nuestra indagación, pretendimos dar cuenta de los mecanismos técnicos, administrativos y políticos que se derivaron del proceso de Reforma de la Seguridad Social Mexicana, expresada en la reforma de la ley del Seguro Social puesta en operación durante 1997, cuya finalidad aparente fue mantener la viabilidad financiera y técnica de la Institución.

El abordaje elegido en nuestro análisis, pretendió describir y caracterizar la peculiar forma en que la Institución realizó su proceso de modernización Interna; ya que fue mediante esquemas múltiples e indirectos de Reforma jurídica, Normativa y Técnica, como se presentaron los cambios que se esperaban apoyaran la modernización de la Institución.

El cambio radical de la Seguridad Social mexicana, se justificó ante la opinión pública, el sindicato y los trabajadores, mediante un discurso tomado de la mercadotecnia, que difundió una nueva cultura de Calidad con orientación a los clientes usuarios. Que pretendía otorgar servicios médicos más oportunos, humanos, dignos y cercanos a la población. Situación que nunca se materializó del todo en los años posteriores a la reforma.

Este abordaje del proceso de modernización Institucional permitió a la organización ocultar las verdaderas intenciones de la Reforma de la Seguridad Social, que fueron la apertura del mercado de los servicios de salud y la transferencia de una importante masa de recursos financieros de la Institución hacia los organismos financieros nacionales e internacionales, como las aseguradoras y los bancos.

Mediante de la transferencia de los capitales acumulados para el pago de las pensiones de los trabajadores próximos a jubilarse a las Aseguradoras, y la creación de las afores, el Seguro Social privatizó de facto sus servicios y eliminó la tradición de Seguridad y Solidaridad Social que la caracterizó por más de 50 años. También con ello clausuró sus posibilidades de cambio interno, pues en nuestros días no cuenta con los recursos financieros necesarios para realizar los ajustes internos que requiere, para lograr una mayor efectividad y competitividad.

Ahora un porcentaje de los recursos financieros asignados para la salud de los trabajadores y los beneficios financieros que generan, se transfieren a las Aseguradoras privadas, la mayoría de las cuales, están en manos de capital extranjero, permitiendo con ello la especulación bursátil, con recursos que en otros tiempos se utilizaron para crear infraestructura médica, deportivos, y Centros de Seguridad Social que prestaban servicios por igual a asegurados y población no beneficiada.

Las empresas aseguradoras que administran los dineros del Seguro Social, en nuestros días, acumulan grandes masas de capital, por lo que controlan y

especulan con un importante porcentaje del Producto Interno bruto que se genera año con año en nuestro país. Dichas fuentes de inversión anteriormente se canalizaba para el Desarrollo de la Seguridad Social, lo que explica en parte porque la Institución no ha podido resolver sus problemas estructurales y concluir su proceso de modernización.

Lo que hemos destacado en nuestra descripción del proceso de modernización de la institución, es como al perder su autonomía financiera, el IMSS desaprovecho también, la oportunidad de ajustar su modelo de organización interna y administración, entrando en un ciclo largo de conflictos internos, que en nuestros días se expresa en una nueva crisis financiera, en la que encuentran en juego, las pensiones de los trabajadores de la salud y las de más de un millón doscientos mil trabajadores pensionados, los que se enfrentan a un problema de escasez de fondos sin aparente solución en el corto y en el mediano plazo.

Dicha situación generó un importante conflicto entre la institución y el sindicato durante el segundo semestre del 2003, que fue resuelto parcialmente mediante una negociación en la que los representantes de los trabajadores lograron la permanencia del contrato colectivo, a cambio de un agresivo proceso de liquidaciones de personal de confianza, mandos medios y directivos locales y una grave afectación a las pensiones presentes y futuras de una importante masa de trabajadores que se jubilaran en los próximos 10 años.

Según declaraciones de la Dirección General se espera que en los próximos 7 años se jubile aproximadamente un tercio de los trabajadores activos a los que se les modificará el régimen de pensiones, uno de los pocos en nuestro país que mantenía los ingresos de sus pensionados arriba de los niveles básicos de subsistencia en que se encuentra de la gran mayoría de los trabajadores mexicanos. La reforma por aprobarse en cualquiera de sus modalidades incrementará de forma significativa las aportaciones de los trabajadores en servicio, prolongará su periodo de actividad e incrementara de manera significativa sus aportaciones.

Conociendo los resultados de la reforma del 95-97, podemos afirmar que el proceso de modernización analizado, ha incrementado el impacto de las crisis recurrentes en los últimos diez años, no solo por la inviabilidad técnica de la reforma implantada, sino por la falta de compromiso mostrado por la Dirección y por el Gobierno federal, por enfrentar y resolver los problemas reales de la Institución, que tienen que ver con la imposibilidad de mantener la cobertura de los servicios y el proceso de expansión de un sistema, que ya no cuenta con los fondos necesarios para la operación de los servicios.

Aunque debemos aclarar que la insuficiencia presupuestal no es necesariamente un asunto de recaudación o falta de recursos reales, ya que más bien obedece a una política deliberada de abandono económico y desprestigio de la Institución, que inició la década pasada y que facilita la transferencia indirecta y paulatina de

los recursos a las aseguradoras y de los servicios médicos a los hospitales privados.

Esta aparente restricción y austeridad implantada desde hace muchos años, se contradice con las decisiones tomadas por el Dr. Santiago Levy, Director General de la institución. Cuya estrategia de modernización incluyó incrementos de un 30% en el salario de los funcionarios de la Dirección y la contratación de un gran número de funcionarios con altos salarios provenientes de la Secretaría de hacienda, lugar de origen del ex subsecretario de egresos.

Como se observa en el cuadro anexo, existe un periodo largo de deterioro de las finanzas de la Institución, que impactan de manera directa la operación de los servicios, tendencia que se mantiene hasta nuestros días y que pone en evidencia que el Seguro Social ha dejado de ser una prioridad en los programas de combate a la pobreza y redistribución del ingreso del Gobierno mexicano.

Cuadro 1. Recursos y servicios del IMSS 1994 a 1999.

	Año					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos por 1000 derechohabientes						
Total consultorios	0.360	0.396	0.355	0.336	0.320	0.307
General	0.1790	0.1902	0.1746	0.1647	0.1573	0.1485
Especialidad	0.0968	0.1044	0.0961	0.0909	0.0860	0.0809
Urgencias	0.0243	0.0263	0.0246	0.0234	0.0226	0.0212
Cáncer	0.779	0.826	0.758	0.715	0.670	0.636
Quirófanos	0.026	0.028	0.025	0.024	0.022	0.021
Médicos	1.27	1.39	1.29	1.24	1.20	1.14
Enfermeras	1.98	2.13	1.98	1.89	1.82	1.71
Servicios por derechohabiente						
Consultas						
General	1.63	1.86	1.76	1.74	1.65	1.59
Especialidad	0.38	0.42	0.04	0.38	0.36	0.35
Urgencia	0.36	0.42	0.40	0.38	0.36	0.35
Servicios hospitalarios						
Intervenciones quirúrgicas	0.0339	0.0378	0.0356	0.0342	0.0326	0.0312
Partos	0.0204	0.0206	0.0163	0.0166	0.0155	0.0143
Ingresos	0.0534	0.0563	0.0509	0.0484	0.0442	0.0418
Días promedio de estancia						
	2.5	2.6	2.4	2.3	2.1	2.0
Porcentaje de derechohabientes que son usuarios						
	66.5	70.6	66.0	63.1	64.9	61.8

Fuente: Mexicanos en defensa de la salud y la Seguridad Social. Laurel Asa, 2001 pp. 92

Como se observa en la ilustración la tendencia al abandono de la institución es una tendencia de largo plazo, que considera la reducción en la asignación de recursos y la contención en la expansión de la infraestructura, el equipamiento y la contratación de personal médico y paramédico

Esta costumbre tan mexicana de ocultar las verdaderas intenciones del gobierno en turno, en el caso del IMSS se da en consonancia con la tradición y cultura de un sistema político que aún no desaparece del todo, en el que la política partidista y el interés inmediato del sector en el poder, prevalece sobre el proyecto de Nación. Por lo que contar con un sistema de Seguridad Social eficiente y confiable que mejore la calidad de vida de los mexicanos no es prioridad que deba atenderse por ahora.

En el Seguro Social de nuestros días, todavía se mantiene la tradición de negociar los cambios, no de planearlos, conocer su viabilidad y discutirlos con los

involucrados, sin evaluar el impacto negativo que tienen en la calidad de vida de los mexicanos. Las decisiones tomadas en el IMSS se han caracterizado por ser poco funcionales y promover la diferencia entre ricos y pobres a quienes se condena a la indigencia y a la enfermedad.

Nuestro país observa cotidianamente como van regresando las enfermedades de la pobreza, como se depaupera la Seguridad Social y como se expande la infraestructura de los corporativos médicos privados, que empiezan a consolidarse en uno de los nichos de negocio con mayores posibilidades de ganancia para los inversionistas locales y foráneos.

Cuadro 2. Eficiencia en el uso de recursos sector público y sector privado 1997

Eficiencia en el uso de recursos	Sector público			Sector privado		Sector público vs sector privado	Seguridad Social vs hospitales grandes
	Total	S.S.A.	Seguridad Social	Total	Hospitales Grandes		
Consultas por consultorio	4,386	2,670	6,354	563	825	7.8	7.7
General	5,277	3,023	9,019	638	1,394	8.3	6.5
Especialidad	2,631	1,468	3,521	488	559	5.4	6.3
Ingresos por cama	60.8	60.7	60.9	30.0	30.1	2.0	2.0
Cirugías por quirófano	995	762	1,176	107	298	9.3	4.0
Partos por sala de expulsión	237	129	995	91	214	2.6	4.6
Días promedio de estancia	4.2	3.6	4.7	1.8	3.1	2.3	1.5

Fuente: Mexicanos en defensa de la salud y la Seguridad Social. Laurel Asa, 2001 pp 96.

Como se puede observar en el cuadro la mayor eficiencia de los hospitales privados mexicanos que se promociona actualmente, es un mito y sería materialmente imposible que los hospitales privados mexicanos operaran con mayor eficiencia los servicios médicos, que las instituciones de Seguridad Social. Sin embargo la estrategia de largo plazo para el IMSS es la creación de corporativos médicos locales que compitan entre si por la derechohabencia.

Sin embargo, la lucha contra la enfermedad en nuestros días es ya un negocio lucrativo, que no tiene control y en el que el criterio médico define los como, el cuando, el cuanto y el costo de servicios, que se cobran sin ninguna referencia con su costo real y sin regulación estatal.

Ahora cada trabajador tiene que pagar de facto una proporción de los servicios médicos que recibe y es atendido solo con los recursos mínimos disponibles, que se han asignado mediante las nuevas modalidades de aseguramiento semi privado que ya se operan en nuestros días como el Seguro Popular.

El discurso modernizador tal como lo hemos comentado, se sustenta en la idea de que se pueden obtener economías mediante el cambio tecnológico, la modificación o eliminación de procesos innecesarios, la disminución de personal y la reorientación del modelo de Seguridad Social, sin embargo, esto es solo parcialmente cierto. Ya que ha varios años de implantados dichos cambios, no

solo no ha mejorado el desempeño de los hospitales y Unidades médicas sino que la Institución enfrenta la peor crisis económica de su historia.

La modernización de la Seguridad Social, tal como fue planteada y ejecutada en los países Desarrollados, supone condiciones de mercados estables y en expansión, con tasas mínimas, pero constantes de crecimiento en las que los ingresos de la población y las diferencias sociales no son tan evidentes como las de nuestro país. La experiencia de la medicina mexicana, ha sido la de cuatro sexenios consecutivos de crisis en los que los recursos asignados para la salud han tenido un claro deterioro y se ha incrementado en forma significativa el uso de los recursos y equipamiento de los hospitales, provocando su obsolescencia, deterioro acelerado y rebasando su capacidad instalada. Lo que provoca largas colas, malos tratos y hospitales sucios, en los que los pacientes tienen que comprar parte de los insumos y medicamentos que requieren o se prolonga la estancia hospitalaria por no tener todos los recursos necesarios para su atención.

Querer modernizar y transferir al capital privado los sectores sociales de la economía como la Seguridad Social en los países pobres como México, significa enviar a la indigencia a grandes masas de trabajadores asalariados, que ven todavía en el IMSS, una de las pocas garantías de protección disponibles ante las inclemencias de la vida.

El capitalismo mexicano que se caracterizó por sus afanes nacionalistas y sus políticas populistas y patrimonialistas, ha sido desplazado por las frías verdades del mercado globalizado, que busca la desaparición de amplios sectores del Estado, que han sido solicitadas, planeadas y verificadas desde los países centrales y establecidas con el apoyo de los recursos del Fondo Monetario Internacional, en detrimento de los estándares de vida de las clases medias y de los más desfavorecidos.

En el entorno internacional en que vivimos, no es relevante que los países emergentes como el nuestro cuenten con Estados Fuertes, en expansión, bien organizados y con recursos como el del vecino del Norte, porque los sectores económicos antes estratégicos y atendidos por los Gobiernos locales, ahora son fuentes lucrativas para los negocios de las empresas transnacionales. De ahí se deriva la insistencia en la "reforma estructural" tan publicitada y "necesaria" en nuestro país, que incluye la privatización o desaparición paulatina de todos los sectores estratégicos de la economía que incluyen a la Seguridad Social a la que se pretende dejar en una prolongada y dolorosa agonía, como la que vivieron sectores industriales como el ferrocarrilero, que ahora se encuentra en manos de la iniciativa privada.

Nuestra hipótesis de trabajo fue que las estrategias de cambio externo y privatización como las que se presentaron en su momento para el Seguro Social no son funcionales porque no atienden los problemas reales de la Institución que tienen que ver con la incapacidad del sistema para lograr la universalización de la

Seguridad Social, en un país cada vez mas desigual en el que la fuerza de trabajo no es un factor estratégico para el desarrollo del modelo económico.

También apostamos por la presentación de nuestra propia experiencia como consultores de procesos de mejora en la organización, describiendo experiencias de cambio interno exitosas que pueden ser vías alternas para generar modificaciones organizacionales, ya que suponemos que el proceso de cambio y modernización es posible con el apoyo y talento de los trabajadores de la salud.

Sin embargo esta perspectiva es demasiado local, limitada e incluso ingenua, en el marco de una administración pública en la que los profesionistas de las Ciencias Sociales no somos considerados como creadores y promotores de políticas públicas a la usanza de los países desarrollados, donde se considera la inteligencia de los directivos y mandos medios como una vía efectiva de cambio organizacional y mejoramiento en la prestación de los servicios que otorga el Estado.

No es que no exista talento y propuestas para convertir al Seguro Social en una empresa competitiva, eficaz y con modelos de atención efectiva en el marco de sus restricciones, tal como lo esperaría la actual Dirección. Sino que no hay voluntad política para mantener un sector social que puede ser una fuente de lucrativos negocios privados, con dineros públicos.

No es obligatoria la burocracia o la ineficiencia en el Estado Mexicano, de hecho existen experiencias de administraciones públicas grandes, autosuficientes, competitivas y oportunas como las que se observan en el Estado Sueco o el Canadiense, que se han modernizado con éxito en fechas recientes. Pero cuando se descalifica la labor de Gobierno, algunas veces, se encubre el deseo de administrar los recursos públicos mediante empresas privadas que no siempre resultan más eficientes administrando los recursos públicos como lo demuestran los ejemplos que hemos comentado o las experiencias de las compañías eléctricas Norteamericanas o Argentinas o las Aseguradoras privadas Chilenas, que sirvieron de referencia para diseñar el modelo de privatización de la Seguridad Social mexicana.

De los cuatro escenarios de futuro presentados en nuestra propuesta, que fueron elaborados considerando el comportamiento probable de la reforma a partir de los datos Generados por la Dirección General, el Sindicato y las previsiones de los especialistas, respecto de las implicaciones probables de la reforma de 1995-97, hemos constatado que se ha materializado el primer escenario (vea páginas de la 66 a la 70) ya que es políticamente, el mas conveniente para la desaparición paulatina, encubierta y prolongada de la medicina social ya que a partir de la evidencia documental, y los resultados de la implantación de las nuevas políticas institucionales, la calidad de la atención que se otorga cada día en los hospitales, contribuye al desprestigio de la institución y facilita la transferencia de los servicios, los recursos y los pacientes a los hospitales privados, considerando que ahora los servicios de calidad solo serán para quien pueda pagarlos.

Para la mayoría de la población que no tiene la opción de los seguros de gastos médicos mayores o la medicina privada, el Seguro Social del futuro será cada vez mas cercana a una asistencia medica con perfiles de mutualidad porfiriana, donde solo se atiende a los enfermos terminales y con recursos muy parecidos a los de la beneficencia pública.

En el mundo moderno donde todo se transforma vertiginosamente, solo lo que puede competir, permanece, y lo público o social se antoja obsoleto, burocrático e ineficiente, por lo que los países ahora llamados emergentes como el nuestro, han emprendido con gran vigor y disciplina, la transformación radical o desaparición de sus estructuras de gobierno, sin considerar que son una posibilidad de autonomía y crecimiento, en un entorno de mercado internacional, ya no determinado por las grandes potencias, sino por las grandes corporaciones comerciales, que realizan jugosos negocios convirtiéndose en proveedores exclusivos de los gobiernos o sustituyen sus actividades estratégicas como la distribución de luz, la telefonía o el otorgamiento de servicios médicos.

Ahora se pagan millones de pesos por inocular residuos biológicos que antaño se incineraban localmente o se contratan empresas internacionales para realizar actividades de mensajería que se hacían con recursos propios, también se transfieren servicios, con el dinero que antes servía para comprar equipo médico.

Es decir, en el marco de la política económica de nuestros días, ser moderno es entregar nuestros recursos, nuestra inteligencia y dignidad a cambio de servicios telefónicos tres veces mas caros que en el resto del mundo o pagar los servicios de salud que antaño eran gratuitos.

Ser moderno desde ésta óptica, es mantener la maldición de malinche tan presente en la cultura de los países oprimidos, que cambian oro por espejos, que se elaboran con sus propios recursos en maquiladoras extranjeras a las que agradece que pagan lo suficiente para mantener activa a una fuerza de trabajo, que migra masivamente por falta de oportunidades y empleos que les permitan vivir con dignidad.

Ser modernos también es perder la identidad cultural y los valores, trabajar cada vez mas, con cada vez menos recursos o incluso usando los propios, en empresas transnacionales o informales sin sindicato, seguro social y sin posibilidad de jubilación o pensión.

Otra modalidad de la modernidad aparente es desarrollar al máximo la competencia técnica y las habilidades y volverse polifuncional y flexible, en trabajos mas complejos, manteniendo una carrera que no termina nunca y en la que hay que certificar que se sabe, puede, quiere y aceptar que la obligación de educarse es del trabajador, que ahora tiene que apoyar al patrón y pagar parte de su propia formación para el trabajo.

En el concepto de modernidad que nos vende la ideología de la globalización, ser moderno es abrirse al mercado internacional y regirse por sus reglas, que no se aplican en los países que las inventan, que incluyen renunciar a una vejez, al descanso, a una jornada de ocho horas, a un periodo completo de vacaciones, al respeto a los derechos sindicales y personales, etc.

En éste marco de percepción, la modernización no solo es renunciar a los valores, la cultura y a la tradición, también es pensar, que tener hospitales, dignos, limpios y eficaces es populista y anacrónico. Que los pacientes y sus parientes deben morir en la mitad del tiempo para no usar más recursos que los necesarios. Que el medicamento es algo lujoso que solo debe ser de acceso para quien lo pueda pagar.

Porque ser moderno desde la perspectiva del poder es establecer y estandarizar todas las condiciones que favorezcan la expansión empresarial en uno de los países mas desiguales que otorga todos los beneficios, para que las empresas internacionales y nacionales puedan competir, usando como estrategia el hambre y la enfermedad de los trabajadores mexicanos.

Precisamente porque una vía de modernización de la Seguridad Social de cara a la población es algo irrelevante y anacrónico, es que la consecuencia del cambio del Seguro Social, ha sido dejar que la Medicina Social muera de obsolescencia, desprestigio y cansancio.

## 6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Aguilar, Villanueva Luis F. 1966 **"La silenciosa heterodoxa reforma de la Administración Pública"**. En Revista de Administración Pública .No. 71 INAP. México. \*

Aguilar Villanueva, Luis F. 2000 **"Los perfiles de la gobernación y gestión pública al comienzo del siglo XXI"** Ponencia Congreso Nacional de Ciencia Política y Administración Pública. Universidad de Colima. \*

Arredondo Armando, Damián T. 1997. **"Costos económicos en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos al costo de manejo de caso"**. En revista de Salud Pública, México, no 39, pp117-124.\*

Arredondo Armando y Víctor Meléndez. 1992 **"Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis"** Salud Pública México, vol. 34, pp.36-49. \*

Barry J, Materson y Olga Quintana. 1993 **"El costo de la garantía de Calidad"**, en Salud pública de México, vol 35, núm. 3, México 305-310 pp.\*

Basurto, Jorge, 1984 **"La clase obrera en la historia de México, del avilacamachismo al alemanismo (1940- 1952)"**. Ed. Instituto de investigaciones Sociales, UNAM, México. 294 pp.\*

Bayon, Cristina. 1996. **"Sindicatos y nuevas formas de organización del trabajo: entre el discurso y la realidad"**. En el Cotidiano, año 13, no 80, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 21-29.\*

Berman, Marshall, 1994 **"Todo lo sólido se desvanece en el aire, la experiencia de la modernidad"**, Ed. Siglo XXI editores, México, 387 pp \*

Bueno, Carmen. 1995. **"La cultura organizacional de las empresas de autopartes ante la globalización"**. en el Cotidiano, año 12, no 73, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 43-47.\*

Bottomore, Tom y Robert Nisbet, 1978 **"Historia del análisis Sociológico"** Ed. Amorrortu, Argentina, 800pp. \*

Bronfman, Mario, Castro, Roberto, Elena Zúñiga, Carlos Miranda, y Jorge Oviedo. 1997 **"Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización"** en Salud Publica Mex, Num .39.pp 546-553.

Camou, Antonio. (compilador) 2001. **"Los desafíos de la gobernabilidad"** Coedición FLACSO-Instituto de Investigaciones sociales de la UNAM y Plaza y

Valdéz, México. pp 15 –60 \*

Candia, José Miguel. 1997. **“De la sustitución de importaciones a la globalización de los mercados: la capacitación en la encrucijada”**. En el Cotidiano, año 13, No 79, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 03-08. \*

Castro, Pérez, Roberto. 1992. **“Criterios para la enseñanza de Sociología médica en el ámbito de la salud pública”** Salud Pública de México, Vol. 34, No. 6. pp 1-13. \*

Castillo. Ramos, Beatriz y Torres G. Beatriz. 1995. **“Flexibilización laboral en la industria refresquera”** en el Cotidiano, año 12, no 73. Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 79-87.\*

Coleman, James. 1978. **“Análisis sociológico y política social”**, en **“Historia del análisis Sociológico”** Bottomore, Tom y Robert Nisbet, compiladores. Ed, Amorrortu, Argentina, 768-797pp. \*

Coriat, Benjamin. 1992. **“Pensar al revés (Trabajo y organización en la empresa japonesa)”**, Siglo XXI Editores, México, pp 164 \*

Coriat, Benjamin. 1992. **“El taller y el robot (Ensayos sobre fordismo y la producción en masa en la era de la electrónica)”**, Siglo XXI Editores, México, pp 267. \*

De Gortari E, Herrera M, Loria A, Terrés A, González, Salayandia Ma, Hernández Ma. 1994. **“Programa piloto en laboratorios clínicos mexicanos. Caracterización de estructura y productividad”**. en revista de Salud Pública, Vol. 36: pp 473-478. \*

De la Garza, Enrique. 1996. **“La reestructuración de la producción en México: extensión y limitaciones”**. En el Cotidiano, año 13, No 79, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 09-17. \*

Díaz, Jaime. 1995. **“Reestructuración productiva y cultura laboral: el taller eléctrico de CLFC”**. En el Cotidiano, año 12, no 73. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Pp 69-73. \*

Dror, Yekzel, 1997. **“Mejoramiento de la capacidad para gobernar”**, en Revista , reforma y democracia, Centro latinoamericano de Administración para el desarrollo, Caracas, Venezuela, pp 43-62. \*

Etzioni, Amitai y Eva Etzioni (compiladores), 1968. **“Los cambios sociales, fuentes tipos y consecuencias”**, ed. Fondo de cultura económica, México, 475 pp.\*

- Germani, Gino. **"Sociología de la modernización"**, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 226 pp.
- Gómez, Dantes Octavio y José García Nuñez. 1994 **"Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar"** Salud Pública México, vol. 36, pp.180-189. \*
- Hernández, Andrés, García A y Wilde R. 1995. **"Cultura productiva/cultura improductiva": los retos en el centro de producción**", en el Cotidiano, año 12, no 73, Universidad Autónoma Metropolitana, México. Pp11-18. \*
- Hernández, Oliva, Rocio Citlalli. 2001 **"Globalización y Privatización: El sector Público en México 1982-1999"**. Instituto Nacional de Administración Pública, México, 237 pp
- Hauylupo, Alcazar, Juan Alberto. 1999. **"Las políticas públicas en un contexto de privatización de la practica social del Estado"**, En Revista mexicana de Sociología, México, Num. 4 , vol 61, oct-dic. pp 55-72 .
- Gómez, Dántes O y García, Núñez J. 1994. **"Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar"** En revista de salud Pública, México, no 36. pp 180-189. \*
- Góngora, Janette, Rodríguez J y Leyva Marco A. 1996. **"Las competencias laborales en la agenda sindical"**. En el Cotidiano, año 13, No 79, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 49-55. \*
- Lara R, Arturo A, Díaz, Berrio, Adriana y Martínez, Adriana.1996. **"Cambio organizacional y nuevas formas de capacitación en la industria química y electrónica"**. En el Cotidiano, año 13, no 80, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 37-47. \*
- Laurell, Asa Cristina. 1996. **"la reforma del IMSS: pieza clave del proyecto neoliberal"**, En el Cotidiano, año 13, no 78, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 12-18. \*
- Laurell, Asa Cristina. 2001. "Mexicanos en defensa de la salud y la Seguridad Social", Ed. Planeta mexicana, México, 199 pp. \*
- Leal, Juan Felipe, Fernández, Alfredo Y lidia Girola, Carreño . (Coordinadores) 1999. **"Estudios de teoría e historia de la Sociología en México"**, En Revista mexicana de Sociología, México, Num. 3. vol 61, jul-sep. 245-250 pp. \*
- Leyva P. Marco A y Mendoza M, Rogelio. 1996. **"El acuerdo para la nueva Cultura Laboral: del concepto a la estrategia"**. En el Cotidiano, año 13, no 80, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 11-20. \*

Lomeli, Vanegas, Leonardo. 2001. **"Perspectivas de la Seguridad Social en México"**, en Revista mexicana de Sociología, México Núm. 1, vol. 63, ene-mar. Pp 203-220. \*

Majone, Giandomenico .1997. **"Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas"**. FCE/CNCPyAP. México. 240 pp.\*

Maldonado, Salvador. 1996. **"Corporativismo y conflictos intersindicales en el estado de México"**. " En el Cotidiano, año 13, no 79, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 69-77. \*

Martínez, Vázquez, Griselda. 1995. **"Nuevo liderazgo y cultura ejecutiva en la Banca mexicana"**. En el Cotidiano, año 12, no 73, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 88-97. \*

Materson, Barry J y Quintana, Olga. 1993. **"El costo de la garantía de calidad"** en Salud Pública de México, mayo-junio, Vol.35, no.3 \*

Merino, Huerta Mauricio 1996 **"De la lealtad individual a la responsabilidad pública"** en Revista de Administración Pública .No. 71 INAP. México. pp 5-18.\*

Mirabal, García, Mónica 2001. **"La aplicación de la calidad en los laboratorios del Sector salud: El caso de Instituto Nacional de Pediatría"**. En Revista Prospectiva, Año 6 número 18 abril- junio. ed. Agrupación política nueva A.C. INAP, México. Pp 48-50.\*

Miklos, Tomás. 1994. **"Planeación Prospectiva"**. Ed. Limusa. México. 204 pp.\*

Moreno, Cueto, Enrique. y Julio Moguel V. 1982. **"Sociología Histórica de las Instituciones de salud en México"**. Colección Salud y Seguridad Social, serie manuales básicos y estudios, IMSS, México, 100 pp. \*

Montesinos, Rafael.1995. **"Mitos y miserias de la cultura empresarial"**, En el Cotidiano, año 12, no 73, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 98-106. \*

Moraes, Novaes Humberto de. 1993. **"Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinomerica y el Caribe"** Salud Pública México, vol. 35, pp.248-258. \*

Muñoz, Amparo. 1996. **"Cambios en la organización del trabajo: la planta externa de Telmex,"**. En el Cotidiano, año 13, no 80, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 54-59. \*

Muñoz, Patraca, Víctor, Manuel. 1999. **"En busca de mayor justicia social: la descentralización de los servicios de salud y educación en México."** En Revista mexicana de Sociología, México, Num. 4. vol. 61, oct-dic. 03-21 pp. \*

Mussot, Luisa. 1996. **"IMSS, reforma social y democracia: un retroceso"**. En el Cotidiano, año 13, no 78, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 19-26.

Narro, Robles, José, 1992. **"la Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI"**. Ed. Fondo de cultura económica, México, 160 pp.\*

Najera, Aguilar, Patricia 1995. **"Cobertura de las instituciones de salud en el Estado de México. Análisis comparativo Entre la población asegurada y la no asegurada"** Salud Pública de México, vol. 37, no.1, pp 4-11. \*

Pozas, Horcasitas, Ricardo. 1999. **"La modernidad Desbordada"**, en Revista mexicana de Sociología, México. Núm. 1, vol1, ene-mar. pp 149-175. \*

Ruelas, Barajas, Enrique. 1993. **"Calidad, productividad y costos"** en revista de salud Pública, México, Vol.35, no.3. pp \*

Ruelas Barajas, Enrique y Zurita, Garza, Beatriz, 1993. **"Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud "** en revista de Salud Pública, Vol. 35, No. 3.pp \*

Rosado, Ana María. 1996. **"Modernización tecnológica y organización del trabajo en el sector bancario"**. En el Cotidiano, año 13, no 80, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 48-53. \*

Sánchez, Gutiérrez, Pablo. 1988 **"comentarios a la Nueva Ley del Seguro Social comentada"** Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 3 tomos. En Revista mexicana de Sociología Núm 4, 1998, pp 355-338. \*

Santana, Rabell, Leonardo. 1994. **"Fulgor y decadencia de la administración pública"** San Juan de puerto Rico, Editorial la torre del viejo. pp 9-56. \*

Soto, José Antonio. 1996. **"Revisión contractual en Telmex, entre el fin del monopolio y la resistencia obrera"** " En el Cotidiano, año 13, no 79, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 78-87. \*

Solis, Soberón, Fernando y Alejandro F. Villagómez (compiladores), 1999. **"La Seguridad Social en México"**, ed. CIDE, México, 405 pp.\*

Starr, Paul. 1993. **"El significado de la privatización"** en , la privatización y el Estado benefactor, Sheila B. Kamerman y alfred J. Kahn (compiladores), ed, Fondo de cultura económica, México, pp 27-63. \*

Torres, Blanca. **"Historia de la Revolución Mexicana 1940-1952, hacia la utopía industrial"** Ed. El Colegio de México, México, 333pp. \*

Ulloa, Padilla, Odilia. 1996 **"Nueva ley del Seguro Social: la reforma provisional de fin de siglo"**. En el Cotidiano, año 13, no 78, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 27-52. \*

Uvalle, Berrones Ricardo, 1998 **"Las transformaciones del Estado y la Administración Pública en la sociedad contemporánea"** Instituto de Administración Pública del Estado de México. México.\*

Uvalle, Berrones Ricardo, (compilador) 2002 **"El estado Mexicano en el marco de la globalización"** Instituto Nacional de Administración Pública. Maestría en administración pública, material mimeografiado, México. 208 pp.\*

**Vargas, Fuentes, Mauricio. 1993. "Privatización de servicios públicos. El caso de los servicios de salud en Costa Rica" 102 pp\***

Vázquez, Salinas, Said Israel 1999. **"Modernización y Cambios social: el caso del tepozteco"**, tesis de la lic. en Sociología, UNAM- ENEP Acatlán. México. 152 pp. \*

Vidal, Pineda L.M. Bronfman, Mario, Castro, Roberto, Zúñiga, Elena. etal. 1997. **Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios"** Salud Pública México, , vol. 39,pp 442-450. \*

Vidal, Pineda L.M. e Hilda Reyes Zapata. 1993. **"Costos económicos en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos al costo de manejo de caso"**. En revista de Salud Pública, México, no 35, pp 326-331. \*

Villarreal-Ríos E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán-Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME. 1996. **"Costos en el primer nivel de atención"**. Salud Publica, México No. 38: pp 332-340.

Wannoffel, Manfred. 1995. **"La presión de la competitividad internacional y los retos de una nueva cultura laboral en México"** en el Cotidiano, año 12, no 73, Universidad Autónoma Metropolitana, México. pp 11-18. \*

Zermeño, Sergio. 1999. **"México: ¿Todo lo social se desvanece?,"** En Revista mexicana de Sociología, México, Num. 3 . vol 61, jul-sep. 183-200 pp. \*

**"Asamblea General Ordinaria del IMSS LXXX"** 1997. Discursos pronunciados por el C. Presidente de la república... I.M.S.S. Coordinación General de Comunicación Social, México, pp 28. \*

**"Calidad en el servicio"** 1996. Curso de Capacitación, Programa de modernización de la Administración Pública 1995-2000, Secretaria de la

Contraloría y Desarrollo Administrativo, Unidad de Desarrollo Administrativo, México, 40 pp. \*

**"Conceptos básicos de calidad"**, 1996. Curso de Capacitación, Programa de modernización de la Administración Pública 1995-2000, Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, Unidad de Desarrollo Administrativo, México, 38 pp. \*

**"Convenio de coordinación SECODAM-IMSS para la atención ciudadana y los servicios públicos que presta el Instituto Mexicano Del Seguro Social"**.1997. (documento Mimeografiado) I.M.S.S., Coordinación General de Atención al Derechohabiente, México, 05 pp. \*

**"Cuestión Social"**, 2000, Revista mexicana de Seguridad Social, nueva época No. 45. Coordinación de comunicación social, IMSS, 88 pp. \*

**"Cuestión Social"**, 2001, Revista mexicana de Seguridad Social nueva época No. 46. Coordinación de comunicación social, IMSS, 88 pp. \*

**"Cuestión Social"**, 2001, Revista mexicana de Seguridad Social nueva época No. 47. Coordinación de comunicación social, IMSS, 80 pp. \*

**"Estrategias para 1996"**, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección General, versión de internet, México, 1996. \*

**"Ley del Seguro Social"** 2002, Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General de Comunicación Social, México, 300 pp. \*

**"Mejora continua una nueva estrategia"**. 1994. I.M.S.S. Delegación 2 Noroeste Del D.F. (documento mimeografiado), México, 101 pp.\*

**"Memoria Històrica del IMSS, cincuenta años cumpliendo" 1998.** Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General de Comunicación Social, México, \* 284pp.\*

**"Premio IMSS de Calidad"**, Instituto Mexicano del Seguro Social , Versión 2002, Coordinación de Comunicación Social, pp \* 122pp \*

**"Proceso de administración para la calidad IMSS y programas básicos de la atención Médica"**, 1997. (material mimeografiado), I.M.S.S., Delegación Estado de México, hospital General de Zona No 53, Educación e Investigación Médica, 130 pp. \*

**A Mony:**

Gracias por el amor, la orientación, el consuelo y la compañía. Gracias por darle sentido a mi camino y horizonte a mi vida.

**A Beto y Ale:**

Por ser la sal y motivo que empuja cuando hace falta.

**A todo el Clan empezando por Briceida:**

Por ser el escenario del juego y las reglas que empujan y dan sentido a lo que carece de coherencia.

Gracias en especial a Said y al equipo de sinodales asesores que con su mirada, atención y consejo reorientaron el esfuerzo, dieron claridad al contenido y concretaron el esfuerzo para cumplir la meta.

**A la UNAM:**

Por representar la mejor y más atractiva experiencia de mi vida y por seguir siendo uno de los mejores espacios para el pensamiento, el disfrute y la camaradería.