



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y
SOCIALES**

**EL MODELO DE GESTIÓN EN LAS
UNIDADES MÉDICAS DEL
ISSSTE**

CONSIDERACIONES SOBRE EL
FORTALECIMIENTO DE LA
DESCONCENTRACIÓN, INNOVACIONES Y
MEJORA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PRESENTA

SANDOR JAVIER LUNA GUERIN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo está dedicado a:

*Mi padre C.P. Javier Luna Rangel (†)
y mi madre Raquel Guerin Palma,
Ejemplo de honradez y trabajo*

*Amparo, Osiris Dánae y Sandor,
Inspiración y fortaleza en el camino*

*Mis hermanos Blanca, Julio E. y
Federico,*

Siempre solidarios y cercanos

Mis maestros y amigos,

Guías y apoyos valiosos

Contenido

	Página
Presentación	8
1. Objetivo del Trabajo	12
2. Hipótesis	12
3. Metodología	14
4. El Marco de la Seguridad Social en México	15
4.1. Estado y Seguridad Social	15
4.2. Antecedentes al término de la Revolución de 1910	18
5. Desconcentración	21
5.1. Las definiciones de desconcentración	21
5.2. Beneficios de la desconcentración en las organizaciones públicas	22
5.3. El paradigma de la descentralización y la desconcentración en México	23
6. Antecedentes del ISSSTE y sus delegaciones	27
6.1. El ISSSTE	27
6.2. Las Delegaciones	36
6.3. Conclusión	50
7. Situación diagnóstica del Instituto. Periodo 2000-2009	53
7.1. Contexto general	53

7.2. Situación de los servicios de salud	56
7.3. Limitantes en el primer nivel de atención a la salud (nivel preventivo)	62
7.4. Situación de la regionalización de los servicios de salud	63
7.5. Formación de capital humano	63
7.6. Rezago en la modernización de los servicios	64
7.7. Organización y procesos	65
7.8. Desconcentración	66
8. Principales acciones realizadas durante el sexenio 2000-2006, en aspectos estratégicos relacionados con áreas centrales y con las delegaciones del Instituto	71
8.1. Planeación, programación y presupuesto	71
8.2. Normatividad	72
8.3. Organización	73
8.4. Integración y disposición de los recursos	76
8.5. Dirección	76
8.6. Operación	77
8.7. Control y seguimiento	78
8.8. Evaluación	79
9. Propuesta del Modelo de Gestión del ISSSTE bajo un enfoque estratégico de mejora de atención al derechohabiente	81
9.1. El contexto institucional	81

9.2. La organización y funcionamiento de las áreas y su alineación con la misión y visión institucionales	82
9.3. El proceso de desconcentración y el modelo de gestión	83
10. Instrumentación del modelo de gestión favorable a la derechohabencia a partir de innovaciones a las fases del proceso administrativo	87
10.1. Planeación, programación y presupuesto	87
10.2. Normatividad	89
10.3. Personal	90
10.4. Integración y disposición de los servicios especializados de atención médica	91
10.5. Dirección, gestión y control de la operación	92
10.6. Prestación de los servicios de salud	94
10.7. Evaluación	95
10.8. Innovación organizacional y tecnológica	96
11. Propuesta de cambios a la normatividad institucional: Reglamento de Delegaciones	98
12. Asignación de funciones y distribución de competencias relacionadas a las innovaciones en el modelo de gestión	102
12.1. En materia de planeación, programación y presupuesto	102
12.2. En materia de normatividad	105
12.3. En materia de dirección, gestión y control	106

12.4. En materia de servicios de salud	109
12.5. En materia de innovación organizacional y tecnológica	111
12.6. En materia de evaluación	113
13. Proceso de Atención Primaria con innovaciones en materia preventiva	115
14. Adecuaciones a las estructuras de organización de delegaciones y unidades médicas, conforme las innovaciones en el modelo de gestión	116
15. Conclusiones generales	125
Apéndice	129
Bibliografía	131

“...la subdivisión o buenas administraciones en todos los ramos, es un objeto del mayor interés, tanto para la mejor administración y progresos, como para el sostenimiento de la tranquilidad interior y exterior. Los puntos...situados a una distancia enorme del centro del gobierno supremo y de los jefes que lo dirigen, yacen en un completo abandono”. En consecuencia, “para labrar la felicidad de la patria y asegurar sus intereses más caros y comprometidos...los puntos (distantes)...exigen a la vez una administración sistematizada, uniforme y eficaz, que partiendo de un solo punto céntrico no se entrase”, a través de “agentes de la administración nacional establecidas en tales puntos”.¹

¹ Ortíz de Ayala, Simón Tadeo; Ensayo: “México Considerado como Nación Independiente y Libre”; Tomado de: Revista de Administración Pública, Empresa Pública, Desconcentración, 67/68, Julio-Diciembre 1986; Edit. Instituto Nacional de Administración Pública; México D.F.

Presentación

En el transcurso del primer decenio del siglo XXI, nuestro país mantiene su empeño en alcanzar los niveles de vida dignos para su población. Los retos nacionales son de gran trascendencia, tales como el de establecer las condiciones políticas necesarias para impulsar el desarrollo económico y social a nivel regional y contrarrestar a la vez la dependencia de las decisiones y el poder económico centralizados en el propio gobierno federal.

En ese contexto, la desconcentración administrativa de las instituciones gubernamentales, ha sido uno de los elementos que más ha fomentado –de alguna manera-, particularmente con mayor interés a partir de los años ochenta del siglo pasado para que las entidades federativas cuenten con mayores ventajas en la aplicación de los recursos que el gobierno federal aporta, conforme a reglas establecidas por las propias autoridades centrales, para satisfacer las necesidades y demandas de la población que habita en los Estados. Particularmente, en los últimos diez años la tendencia había sido considerar a la desconcentración administrativa del gobierno federal como un paso previo a la federalización de facultades y recursos, cuyo significado es la transferencia total de éstos, al poder de los gobiernos estatales y como un mecanismo empleado para fortalecer la capacidad de gestión de las entidades respecto al gobierno central.

No obstante esos propósitos, durante las administraciones más recientes, los esfuerzos por desconcentrar más facultades y recursos a favor del desarrollo y el bienestar de la población de las entidades federativas se han mantenido en esencia sin cambios, situación que se puede atribuir -entre otros motivos- a la insuficiencia de estos recursos derivada de las crisis económicas consecutivas de los últimos 30 años, así como a los cambios en la distribución del poder político a nivel de los estados, lo cual ha afectado el monto y la forma como han sido suministrados los recursos. A ello cabe agregar, desde una perspectiva administrativa, las dificultades propiamente locales en términos de

la conciliación entre los sistemas federales y estatales para instrumentar, en los procesos de desconcentración e inclusive de descentralización, las facultades y recursos transferidos de manera total a los estados, lo cual ha motivado en algunos casos nuevamente la intervención del gobierno central para mantener el funcionamiento de los servicios pretendidamente desconcentrados.

En esta perspectiva algunas dependencias gubernamentales y particularmente entidades descentralizadas, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), continúan siendo administradas a nivel estatal y regional a través de delegaciones bajo un modelo desconcentrado. La tendencia actual del gobierno federal de crear un sistema nacional de seguridad social, a partir de las modificaciones a la Ley del ISSSTE y del IMSS, tendrá seguramente implicaciones a mediano plazo (10 años), en el modelo de organización y operación del Instituto y su estructura de operación de la cual forman parte fundamental las delegaciones.

Por otra parte, la administración federal en los últimos años, en el afán de lograr el objetivo de incorporar a las instituciones gubernamentales en la ruta de la modernización de las prácticas de gobierno, ha procurado impulsar la adopción de los principios de buen gobierno que se han puesto en práctica en otros países, entre los cuales destacaremos, para efectos del presente trabajo, centrar la gestión gubernamental en la atención al ciudadano, partiendo de que son ellos, a través de sus aportaciones fiscales, los que financian los servicios que prestan las instituciones gubernamentales.

Otra característica que ha predominado en la desconcentración de la administración pública en México y las dificultades para su fortalecimiento, es la de estar vinculada inevitablemente a las diversas condiciones políticas, sociales y económicas de cada localidad, así como a la forma como los encargados de la administración tanto a nivel central como desconcentrado ejercen para conducir a las dependencias y entidades. Entre estas dos condiciones, se identifica un conjunto de problemas que comprenden –entre otros factores- la cultura política que prevalece en las sociedades locales y que

se observa claramente en la continuidad de grupos de poder tradicionales y en el alto grado de dependencia de los gobiernos estatales y de los grupos sociales hacia las decisiones y aportaciones de recursos federales. A esto se suma, por una parte, la actitud de los funcionarios y servidores públicos de las oficinas centrales para evitar mermar su poder y los privilegios que ello conlleva, en términos de la toma de decisiones y el manejo de los recursos (aunque dichas decisiones tengan efectos a miles de kilómetros de su escritorio), y por otra, la situación ya de sobra conocida referida a la carencia permanente de recursos para apoyar el desarrollo en los estados y municipios del país. Además de todo lo anterior, se agregarían como elementos estratégicos, la falta de preparación y de conducta profesional del personal ubicado en las delegaciones estatales, así como la de una visión de modernización efectiva de la administración pública.

En este contexto, el ISSSTE, que otorga servicios de seguridad social a los trabajadores del gobierno federal a nivel nacional, también se ve sometida a esa problemática, aunada a la que padece el propio Instituto en su propia gestión, la cual se centraba hasta antes de su nueva Ley, en la dificultad de contar con los recursos necesarios para sustentar el fondo de pensiones que deberían ser -en teoría- financiados por los propios trabajadores, de acuerdo con el régimen solidario que sustentaba la Ley vigente hasta el 31 de marzo de 2007, y que el gobierno federal había venido compensando dado el déficit creciente del fondo de pensiones, lo cual repercutía también en la capacidad financiera de los fondos que sostienen los demás servicios institucionales, entre ellos y de manera relevante, el fondo médico.

Este panorama de referencia y un análisis más detallado de los componentes propios del ámbito administrativo del Instituto, dan la pauta para el desarrollo del presente trabajo de tesis que tratará de enmarcar las propuestas que se aportarán para mejorar el otorgamiento de los servicios a través de los centros de trabajo delegacionales, particularmente de los servicios médicos, como referencia central para reestructurar el modelo de gestión e introducir

innovaciones para mejorar sustancialmente el otorgamiento de las prestaciones y servicios, que por Ley el Instituto está obligado a proporcionar.

Esto implica incluir el análisis y la reflexión sobre una variedad de temas estratégicos como la planeación y organización de la gestión institucional a nivel de los centros de trabajo del área médica, la problemática relacionada con el control y la disponibilidad de recursos para la operación y su control, así como, de la evaluación de la propia gestión, entre otros aspectos.

1. Objetivo del Trabajo

Investigar cómo operan los centros de trabajo delegacionales, particularmente de las áreas médicas y proponer cambios e innovaciones a su modelo de organización y de gestión, por la importancia que tienen como áreas operativas del Instituto encargadas de otorgar directamente los servicios a la población derechohabiente, particularmente de los servicios médicos, bajo la premisa de considerar al usuario de los servicios, como el objeto y motivo principal de la existencia de la Institución.

2. Hipótesis

Este trabajo pretenderá demostrar que para conseguir mejores resultados en la gestión de los servicios otorgados bajo un modelo desconcentrado y en la perspectiva de seguir dando pasos hacia adelante en el objetivo de poner al día a la Administración Pública, es necesario que se dé aún mayor importancia a la participación de las áreas desconcentradas a cargo de la operación, en fases del proceso administrativo como la planeación estratégica, la organización de los servicios y su evaluación, ya que aún hoy, en condiciones de gran avance tecnológico en materia informática y de comunicaciones, estos procesos no son cumplidos debidamente en las instancias desconcentradas de las entidades públicas.

Entre los ejemplos de las etapas del proceso que deben considerarse con mayor seriedad por parte de los responsables de la conducción de las instituciones para las instancias desconcentradas, está la planeación de las funciones y la organización de los centros de trabajo delegacionales como un componente ineludible para que los demás factores que intervienen en la prestación de los servicios, se desarrollen en un “ambiente” de orden y claridad de objetivos debidamente establecidos.

Un elemento adicional a ser demostrado en el trabajo, se refiere a que, para otorgar los servicios con un enfoque centrado en la satisfacción plena del usuario, es necesario aplicar un enfoque integral que incluya la serie de factores que requieren conjugarse y orientarse en el cumplimiento de la misión estratégica del Instituto, con un alcance que se refleje aún más en la operación de las áreas y que permita incrementar, por principio, la capacidad resolutive para cubrir las necesidades y peticiones del usuario (la derechohabiencia del ISSSTE), así como la eficiencia y la calidad con que se otorgan los servicios.

Considerar con un enfoque integral, la importancia y el análisis de diversos factores que van desde la disponibilidad y suficiencia (logística) de recursos materiales y financieros, de personal debidamente capacitado y en un ambiente de mayor profesionalización, la existencia de normatividad y de programas de trabajo dirigidos específicamente a las áreas operativas, que incluya la medición del desempeño de los centros de trabajo delegacionales, como una forma de respaldar de manera más objetiva la evaluación y la debida toma de decisiones para mejorar su gestión y sus resultados, entre otros elementos diversos, son como ya se mencionó, algunos de los factores o elementos estratégicos que se vinculan a la posibilidad de mejorar de manera consistente el otorgamiento de los servicios.

Los aspectos administrativos y de gestión en este sentido estarán centrados en proponer la organización de los servicios a partir de enfatizar nuevos enfoques en los servicios médicos, como es la atención preventiva a la salud o el fomento a la salud, la atención con servicios especializados a población adulta mayor, así como de las acciones de mejora, e innovación de la operación, fortaleciendo las funciones de apoyo técnico y de mejora en las propias delegaciones y los centros de trabajo delegacionales.

3. Metodología

En términos metodológicos, el presente trabajo empleará el método deductivo, partiendo del análisis y la interpretación de la información y datos existentes sobre los antecedentes de la desconcentración del Instituto y de la situación diagnóstica presente en torno a este tema, a efecto de que aporten los elementos indispensables para generar las conclusiones, confirmar o no la hipótesis y permitan sustentar las propuestas a desarrollar en el documento sobre el modelo de gestión de los centros de trabajo delegacionales, particularmente del área médica; pretende además, incorporar elementos innovadores en el enfoque y la descripción de las propuestas relacionadas con este modelo de gestión, como es el de la gestión enfocada al “cliente” o más precisamente , en el caso del ISSSTE, al derechohabiente.

4. El marco de la Seguridad Social en México

4.1 . Estado y Seguridad Social

En México la política social ha sido vinculada fuertemente a la acción del Estado, como una forma de garantizar las condiciones mínimas de bienestar social derivadas de las reformas y el avance de las demandas sociales, consideradas principalmente al término del movimiento revolucionario de 1917 que permitieron en consecuencia generar leyes que evitaran el “caos social y los abusos que genera el poder”². El papel del Estado, en este sentido, durante el siglo XX y en el contexto de la supervivencia de un modelo de desarrollo capitalista, se abocaría a generar los equilibrios necesarios mediante la creación de instituciones que atendieran en un principio en forma incipiente, los servicios de salud y de otras medidas que se pueden considerar ya de seguridad social, para que, por una parte, se diera cumplimiento a las demandas de las clases subordinadas, recurriendo a su capacidad de movilización, y por otra, para que el “sistema social capitalista”, contara con un mecanismo para mantener la reproducción de la fuerza de trabajo, situación no considerada en las políticas públicas del siglo XIX, ni antes de la Revolución de 1910. Así tenemos que: “...el Estado despliega una serie de estrategias que resuelven, en parte, dicho conflicto; se trata de una serie de medidas tendientes a disminuir las demandas de las clases subordinadas a través de beneficios en especie o en servicios, dichas medidas contribuyen también a disminuir los costos de la reproducción de la fuerza de trabajo por un lado, y por otro, mediante la mejora de las condiciones de vida de la clase trabajadora, generar una mayor productividad”³. El derecho a la salud y a la educación, entre otros,

² Artículo: Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios; Autores: Granados Cosme, José Arturo; Tetelboin Henrion Carolina; Torres Brambila Alberto; UAM.; pag.71-72

³ Ibid; pag. 75

forman parte de la noción de desarrollo que se basa en el mejoramiento de las condiciones de vida de una sociedad.

Como parte de las políticas de “protección social y compensación” que desplegó el Estado a partir de los años cuarenta del siglo pasado y que se reflejaron, entre otras medidas en el crecimiento de los servicios de alfabetización y de educación básica y en los servicios de salud a través de la fundación del IMSS y del ISSSTE, como instituciones dirigidas a sectores de trabajadores formales, así como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) abocada a atender a la población abierta, se pudieron cubrir relativamente las necesidades de protección a la salud, curación y rehabilitación de la población, pues desde su creación estas instituciones han pasado por diversas condiciones de desarrollo y de financiamiento que les han impedido prestar los servicios requeridos en forma óptima, ni alcanzar la cobertura de población que los demanda.

De esta forma al pasar de la política “asistencialista” antes de la Revolución de 1910, a la de un sistema que en el discurso oficial pretende convertirse en “universalista”, es decir en el que los derechos son amplios e idénticos para todos los ciudadanos y los beneficios son independientes de las contribuciones, en realidad la mayor parte del tiempo se tendría que considerar como “previsionista”, condición que otorga un conjunto particular de derechos según el estrato social y la previsión de riesgos y los beneficios dependen de las contribuciones a los fondos, así como que el Estado ha sido el principal soporte y garante de éstos.

Conforme las tendencias políticas prevalecientes de los últimos 20 años, la evolución hacia regímenes con claro retroceso en la protección social y la exposición de la fuerza de trabajo a las leyes de mercado y a la competencia de la globalización económica, que se ha traducido en el predominio de las políticas “neoliberales” y en la obediencia a las recomendaciones de instituciones como el Banco Mundial, se ha venido tendiendo a regresar prácticamente a un régimen de seguridad “asistencialista”, en el cual el

asalariado y la ciudadanía en general, tienen que asumir los costos o al menos parte de ellos en el cuidado y reparación de su salud, pues la orientación actual del Estado está dirigida a lograr una reducción de los recursos públicos invertidos en seguridad social. “Las nuevas concepciones del quehacer público en salud tienen sus correspondientes efectos en la salud y, según nuestro análisis, éstas se pueden resumir en: a) mercantilización del derecho a la protección de la salud; b) privatización gradual y selectiva, ya sea por subrogación de áreas en la producción de servicios médicos o por la privatización en la administración de fondos financieros, por la amplitud de campos en la oferta de servicios antes regulados o provistos por el Estado o mediante la transferencia de los nuevos costos a los usuarios; c) mayor estratificación de la estructura social; d) mayor fragmentación del sistema; e) reducción de los beneficios que reciben los usuarios (efectivos y potenciales); y f) mayor concentración del ingreso”⁴.

En forma de conclusión, se puede señalar entonces que las condiciones de desarrollo de la seguridad social en México, siendo un país en el cual la acción del Estado ha sido fundamental para su existencia, y de la cual los servicios de salud son un componente fundamental, sigue enfrentando el reto permanente de la insuficiencia de recursos que incide en la cobertura y en la calidad de los servicios, y la forma como la política de seguridad social los está concibiendo actualmente para asegurar su capacidad de atención, sin que implique mayor erogación y costo para las finanzas públicas, ha llevado a los más recientes regímenes a adoptar medidas jurídicas y administrativas que permitan transferir los costos de mantener el aparato de seguridad social al propio ciudadano, lo cual está orientado a disminuir el régimen de protección solidaria y de compensación por parte del Estado.

En este contexto de limitación de recursos, y en aras de recuperar el enfoque de un sistema de salud solidario y de protección social de alcance universal, dirigido y sostenido por el Estado y no sujeto a las condiciones impuestas por

⁴ Ibid; pag. 89

la política neoliberal que promueve la disminución drástica de sus responsabilidades, consideramos también importante para este fin, que su administración sea más acorde a las condiciones en que se encuentran los servicios de salud, dando preponderancia a la necesidad de emplear los recursos disponibles con un mayor sentido de beneficio al ciudadano y de mayor efectividad en su aplicación y no bajo los modelos burocratizados que han predominado en los sistemas de salud, particularmente en el ISSSTE, pues ello ha contribuido en gran parte al deterioro financiero y operativo de la institución.

4.2 . Antecedentes al término de la Revolución de 1910

La Seguridad Social en México en sus condiciones actuales tiene sus antecedentes inmediatos en las demandas de los movimientos que gestaron el estallido la Revolución Mexicana, como son la jornada de ocho horas, el establecimiento de salario mínimo, indemnizaciones por accidentes laborales, otorgamiento de pensiones, descanso dominical obligatorio, abolición de las tiendas de raya, entre otras. En el contexto de los logros de la Revolución, la Constitución de 1917 otorgó a la seguridad social carácter ineludible al incorporarla al artículo 123, con la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías y otros servicios. Resaltó, además, la obligatoriedad de la capacitación y la prerrogativa de los trabajadores a organizarse para garantizar estos derechos.

Sin embargo las primeras acciones concretas en este sentido fueron realizadas por los propios trabajadores, cabe destacar que los empleados de las instituciones públicas fueron los que inicialmente promovieron la integración de agrupaciones con fines mutualistas o de protección social y laboral, que empezaron a surgir a partir de 1918, con denominaciones tales como uniones, bloques, consejos, cooperativas o clubes. Así también surgieron otras

organizaciones de trabajadores al servicio del Estado, entre ellas el Sindicato de Limpia de la Ciudad de México y la Unión de Empleados de Aguas Potables.

Además por Ley, algunos empleados gozaban de antemano de garantías de seguridad social como el caso del Servicio Exterior Mexicano y Correos y, a partir de 1924, la Ley de Organizaciones de Tribunales del Fuero Común del Distrito y Territorios Federales, dispuso "que los magistrados, jueces y oficiales que no gozaran de fortuna tuvieran derecho a ser pensionados".

Lo anterior, muestra un avance de la previsión social, puesto que marca con una promulgación el primer esfuerzo de aplicación concreta de postulados, ideas, teorías e inquietudes dispersas a lo largo de décadas del México revolucionario.

Las organizaciones y disposiciones legislativas que iban apareciendo, establecían prestaciones sociales heterogéneas y sujetas a diversas modalidades, a las que se añadían la práctica del otorgamiento por gracia presidencial.

Sin embargo, persistía el hecho de que un buen grupo de empleados públicos se encontraban al margen de los beneficios de la seguridad social que apenas estaban en proceso de gestación. La preocupación gubernamental por unificar prestaciones y servicios, así como de garantizar el acceso a todos los trabajadores del Estado dio por resultado que el 12 de agosto de 1925 se promulgara la Ley General de Pensiones Civiles.

En términos de la evolución de la sociedad posterior al movimiento revolucionario en la que ocurre el desarrollo económico con una tasa de crecimiento de seis por ciento anual promedio, y en el que se promueve un crecimiento industrial, del sector de los servicios y por ende de las ciudades, transformado a México de un país eminentemente rural a uno urbano, propiciando la emigración del campo hacia la ciudades en busca de mejores oportunidades de vida, a las que inclusive tienen opción las mujeres al incorporarse al empleo en los sectores industrial, comercial y de la administración pública inclusive, forman el contexto en el cual a su vez se

inician los cambios en el perfil epidemiológico y poblacional, pues... “generaron mejores cuidados personales de salud, lo cual, por otra parte, fue fomentado de manera intensa por los sucesivos gobiernos mediante la lucha para la erradicación de las enfermedades transmisibles, la potabilización del agua y los programas de sanidad, entre otras medidas.”⁵ .

El apogeo del Estado “promotor del desarrollo” y benefactor durante las décadas posteriores a la Revolución, propició que se afirmara jurídicamente el concepto de seguridad social como una forma de garantizar que la población trabajadora mantuviera condiciones de salud y de bienestar básicos que le permitieran a su vez mantener sus niveles de productividad en el trabajo. En este periodo, concretamente en 1925 se crea la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro que sería el antecedente inmediato a la creación del ISSSTE en 1960. Asimismo, se efectúan diversas modificaciones al Artículo 123; en 1931 se expide la Ley Federal del Trabajo y en 1949 se expide la Ley por la cual se crea el IMSS.

⁵ ISSSTE; La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos; Colección Editorial del Gobierno del Cambio; Agosto, 2005; México, DF.

5. Desconcentración

5.1 . Las definiciones de desconcentración

Con base en la consulta bibliográfica⁶ hecha sobre el tema de desconcentración, algunas de las definiciones que se pudieron obtener sobre el significado de este término son las siguientes:

- Transferencia a un órgano inferior de una competencia o un poder de decisión ejercido por los órganos superiores, disminuyendo relativamente la relación de jerarquía y subordinación
- Es la atribución de facultades de decisión a órganos de la administración que a pesar de recibir tales facultades, siguen sometidos a los poderes jerárquicos superiores.
- Es el fenómeno por el cual se transfiere competencia y poder de decisión del nivel superior al inferior, disminuyendo la subordinación más no la autoridad.
- Constituye el proceso jurídico administrativo que permite al titular de una institución, por una parte, delegar en sus funcionarios u órganos subalternos, responsabilidad de una o varias funciones que le son legalmente encomendadas –excepto las que por disposición legal debe ejercer personalmente- y por otra, transferir los recursos presupuestales y apoyos administrativos necesarios para el desempeño de tales responsabilidades, sin que el órgano desconcentrado pierda la relación de autoridad que lo supedita a un órgano central.
- Se presenta el fenómeno de la delegación cuando el responsable de un órgano transfiere a algún subordinado el ejercicio de ciertas facultades, reservándose su titularidad, por lo cual conserva también el derecho de recobrar en cualquier momento, dicho ejercicio “no discrecional”.

⁶ Básicamente a la Revista de Administración Pública; Empresa Pública; Desconcentración; 67/68; INAP; Julio –Diciembre 1986.

- No habrá desconcentración si lo que se transmite no es la titularidad de la competencia, sino tan sólo su ejercicio, caso en el cual se presenta el fenómeno de la delegación.

Con relación a estas definiciones es notorio el enfoque en el cual se da por sentado que continúa existiendo un poder jerárquico superior, el cual conserva la prerrogativa de “recobrar” (centralizar nuevamente) en cualquier momento el ejercicio de las facultades delegadas. En tal sentido el fenómeno de la desconcentración no constituye un proceso irreversible o permanente, lo cual permite al poder superior determinar la gradualidad de desconcentrar las facultades y funciones que se delegan en órganos descentralizados física o territorialmente. En la actualidad y dadas las innovaciones tecnológicas en materia de telecomunicaciones e informática, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuentan con una herramienta efectiva para instrumentar con mayor flexibilidad la administración de los procesos operativos y de servicio que se otorgan fuera del centro, lo cual implica necesariamente reenfocar las características de la desconcentración ante la conveniencia en términos de control y eficiencia de la operación de los servicios, de ampliar o reducir la desconcentración de su administración.

5.2 . Beneficios de la desconcentración en las organizaciones públicas

No obstante que desde el punto de vista de lograr cambios más profundos en el desarrollo del país, la descentralización (política y económica) puede llegar a ser más relevante, el fenómeno de la desconcentración administrativa más ligado a lograr una administración apropiada de los recursos gubernamentales a favor de la ciudadanía, contiene una serie de ventajas en términos de lograr los resultados u objetivos para los cuales se instrumentan los procesos de desconcentración. Algunas de las ventajas en este sentido son⁷:

⁷ Ibid; pags.38-41

- Se mantiene un contacto más directo con los administrados y la labor de servicio con las necesidades generales que deben resolverse.
- Se obliga a los servidores públicos a tomar decisiones sin apoyarse en el superior jerárquico, expedita la solución de los asuntos y permite que la acción administrativa sea más rápida y flexible.
- Se ubican mejor las responsabilidades y, en consecuencia, las decisiones a tomar cuando, como sucede frecuentemente, el superior jerárquico no pueda materialmente estudiar (resolver) todo lo que se le somete a su consideración y autorización.
- Se logra que los altos directivos puedan dedicar más tiempo a las delicadas tareas de “investigación y planeamiento”, y que la toma de decisiones la lleven a cabo en forma más acertada.
- Esta tendencia organizativa permite establecer metas y medir los resultados que se obtienen más cerca del punto de resolución, se puede evaluar mejor al hombre en su trabajo e identificar en forma más objetiva su eficiencia administrativa a diferencia de cuando las decisiones están concentradas, pues fácilmente se distorsiona esta evaluación.

5.3 . El paradigma de la descentralización y la desconcentración en México

La estructura de poder político en México, históricamente hablando ha favorecido poco o nada los procesos de “descentralización política”. La creación de un Estado “fuerte”, “centralizado”, como parte de la idea de un Estado que estableciera el orden y las bases para un desarrollo sostenido y equilibrado del país que le diera cohesión durante el siglo XIX y después de la Revolución, se ha mantenido sin cambios radicales hasta la fecha, de tal forma que permitan hablar de un modelo federalizado plenamente realizado. El temor latente de la rotura del pacto federal no ha sido en vano si observamos aún a finales de los años noventa la pretensión al menos mediática de los estados de la frontera

norte de formar un país nuevo junto con los estados de la frontera sur de los Estados Unidos. Esto, aunado a la tradición de la centralización del poder político y el desarrollo económico en el centro del país que también ha contribuido a impedir un desarrollo regional más equilibrado y que motive a impulsar el desarrollo de las demás regiones, ha derivado en adoptar y adecuar diversas formas de distribuir y administrar los recursos del Estado para apoyar a los diferentes sectores. Entre las formas o mecanismos a que ha recurrido el Estado para involucrarse y administrar en forma “más ágil” las áreas consideradas estratégicas o en las cuales comparte la responsabilidad con el sector privado o son de alta sensibilidad social, se encuentra la formación de organismos descentralizados y la estructuración de modelos de administración que, a través de la figura de “delegaciones”, dependiendo del centro o de las oficinas centrales, tuviesen la capacidad de proporcionar los servicios necesarios para evitar que los habitantes de otros estados y regiones tuviesen que viajar constantemente a la Ciudad de México a “arreglar” asuntos administrativos y legales, si bien esto era lo usual y lo es de alguna forma en la actualidad. Es decir, si bien ha habido avances ya tangibles desde los años noventa en la desconcentración de las funciones a cargo de las dependencias federales, aún no puede asegurarse que este proceso haya concluido o esté por concluir, dados los resabios de mantener un control “absoluto” de la administración de los recursos que aporta el gobierno para apoyar a los Estados y de poder de alguna forma manipular y controlar políticamente a los estados, así como de la “cómoda” dependencia que los estados mantienen hacia la federación, lo cual disminuye su nivel de responsabilidad política ante sus ciudadanos, en caso de que no tengan la capacidad de ejercer una administración apropiada de los recursos disponibles o que pudiesen ampliar su captación local para tener una mayor autonomía relativa (soberanía) sobre ellos.

Los organismos descentralizados se crean como una forma de “desburocratizar” aspectos muy específicos de la operación de los servicios que son responsabilidad del gobierno. Si bien al término de la Revolución la

Administración Pública era incipiente en comparación a la estructura actual, la existencia de oficinas del gobierno federal en la propia Ciudad de México se podía considerar como una forma lógica, razonable y usual de mandar y tomar decisiones sobre los asuntos cotidianos, competencia del gobierno. En la medida que se dio el crecimiento demográfico y económico del país durante las décadas postrevolucionarias, se requirió la intervención del Estado a través del gobierno para proporcionar apoyos financieros en sectores estratégicos de la economía o como una forma de mantenerlos bajo control (petróleo, minería, agua, electricidad), así como una modalidad de empresas de participación estatal que creara empleos para compensar la incapacidad de las empresas del sector privado para impulsar y asumir el desarrollo económico durante los años de la postguerra. La creación del Seguro Social y posteriormente del ISSSTE durante estos años se da en los momentos del auge de la intervención del Estado en los diferentes sectores del país, intervención que empieza a declinar a partir de los años ochenta y con ello se inicia a su vez el cuestionamiento de las actividades estatales como “compensadoras” ante las debilidades del sistema económico. Por lo que toca a las instituciones de seguridad social, aún cuando se han mantenido como instrumentos inamovibles para proporcionar servicios de salud y apoyo social, se ha cuestionado su permanencia en términos del costo financiero que representan para el Estado.

La figura de las “delegaciones” en cambio se podría referir más como una forma de tener una representación de las oficinas centrales de las secretarías que forman el gabinete presidencial, para atender asuntos de orden administrativo que la ciudadanía o más concretamente los propios empleados federales en los estados requerían para acceder a un servicio proporcionado “tradicionalmente” por las oficinas “centrales” ubicadas en el Distrito Federal. Algunas de las oficinas que se concibieron e instalaron con mayor decisión y recursos durante los años ochenta, bajo el concepto de “delegaciones”, fueron las de la Secretaría de Educación Pública, dadas las dimensiones del sector de servicios educativos en los estados, tanto en número de empleados como de la cantidad de recursos que se aplicaban desde esa época y que urgían ya una forma de

aliviar los problemas de administrarlos bajo un concepto “tradicional” de centralización en sólo algunas oficinas de la Ciudad de México. Esto sin embargo implicó un proceso gradual de transición que en su etapa final se tradujo en el decreto de federalización de los servicios educativos expedido durante el sexenio siendo presidente Ernesto Zedillo y que pretende ser una forma de “descentralizar” el control y la administración de los recursos del sector educativo a los gobiernos de los estados y considerado jurídicamente como una forma de “devolución” de una función que originalmente se consagraba a estos.

6. Antecedentes del ISSSTE y sus delegaciones⁸

6.1 . EI ISSSTE

Dirección de Pensiones Civiles (1925-1959)

El organismo predecesor del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que fue la Dirección de Pensiones Civiles de Retiro, surge por disposición de la Ley General de Pensiones en 1925, a efecto de otorgar los beneficios a que se obligaba el Gobierno de la República, basados en el principio de que todos los que percibieran un sueldo con cargo al Estado, se les considerara empleados públicos, cualquiera que fuera la denominación de su cargo. Esta institución, para el logro de sus objetivos, contó inicialmente con la siguiente estructura organizacional:

1. Junta Directiva.
2. Dirección.
3. Subdirección.
4. Departamento de Pensiones.
5. Departamento de Contabilidad.
6. Departamento de Préstamos.
7. Departamento de Ingenieros.
8. Departamento de Estadística, y
9. Caja.

La finalidad de la Ley fue estructurar un sistema en virtud del cual el propio trabajador, con la ayuda del Estado, contribuía a la formación de un fondo sobre

⁸ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Manual General de Organización*, Cap. III. Antecedentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; México, ISSSTE, 1999; pags. 12-24

el cual gravitaría el otorgamiento de pensiones, además de beneficiarse con préstamos hipotecarios.

En la apertura de las sesiones ordinarias del Congreso de la Unión, el primero de septiembre de 1925, el presidente Plutarco Elías Calles manifestó: "la Ley de Pensiones Civiles de Retiro, que establece un sistema de funcionamiento similar al generalmente adoptado por las naciones más cultas y mejor administradas, no considera ya la pensión como una mera gracia que otorga el Estado, sino como una de las condiciones aceptadas por la administración y los empleados que la sirven, siendo sus características principales que la fuente de los fondos para el pago de pensiones se forme, en parte, con el descuento reducido que se hace a los empleados sobre el importe de sus sueldos, en proporción a su edad y el cumplimiento de la obligación del Estado de contribuir a la seguridad y bienestar de sus servidores cuando estos pierdan su aptitud para el trabajo, destinando al fondo una parte proporcional".

En esa Ley se contemplaban las pensiones por vejez e inhabilitación, las pensiones para los deudos del trabajador que a causa de sus labores perdía la vida y se ofrecía la pensión de retiro a los 65 años de edad y después de 15 años de servicios. Asimismo, una vez hecho el pago de pensiones y los gastos de administración del fondo de pensiones, se empleaban los excedentes para otorgar préstamos hipotecarios hasta por 5 mil pesos para adquisición o construcción de casa habitación y hasta 15 mil pesos para compra de tierras de cultivo y su habilitación. Los préstamos eran pagaderos a 5 y 10 años respectivamente. Se concedían además préstamos hasta por 3 mil pesos para establecer o explotar pequeñas industrias; también se destinaban fondos para la construcción de casas y departamentos para venta y renta a pensionados y funcionarios. La Ley estipuló como tasa mínima de interés el 9% anual.

A partir de su expedición, la Ley de Pensiones sufrió en 1936 modificaciones tendentes a ampliar las prestaciones, mejorar el funcionamiento de las ya existentes e incorporar al régimen de seguridad social a un mayor número de trabajadores y organismos públicos. Al evolucionar la Dirección General de

Pensiones Civiles de Retiro, su estructura orgánica se modificó, quedando constituida de la siguiente manera:

1. Junta Directiva.
2. Dirección.
3. Subdirección.
4. Departamento Consultivo.
5. Auditoría General, y
6. Contaduría General.

El presidente Lázaro Cárdenas presentó al Congreso, al abrirse las sesiones ordinarias en septiembre de 1937, una iniciativa que proponía la sindicalización de los trabajadores al servicio del Estado y la elevación a norma jurídica de los derechos de los servidores públicos. El estatuto jurídico aprobado amparó la existencia de una sola central sindical, la federación de sindicatos de trabajadores al servicio del Estado (FSTSE), el primero de noviembre de 1938. Los trabajadores afiliados quedaron protegidos por la Dirección de Pensiones Civiles de Retiro.

El 5 de marzo de 1946 se expidió una nueva Ley de Pensiones Civiles, pero su vigencia fue suspendida por el poder legislativo y sólo se aplicó a los trabajadores del magisterio y a los veteranos de la Revolución.

En 1947 se promulga otra Ley de Pensiones Civiles, en cuya exposición de motivos se indicó que "... La elaboración de la Ley de 1946 no fue precedida de los estudios técnicos pertinentes, pues se omitió el cálculo actuarial indispensable para determinar el costo del servicio y, no pudo, además, utilizarse censo alguno de probabilidades de incapacitación o muerte del trabajador o supervivencia de los deudos de éste, el Ejecutivo Federal no estuvo en posibilidad de apreciar según lo disponía el Artículo 11 de dicha Ley

la cuantía de las diversas erogaciones y por lo tanto, las responsabilidades del erario".

En la misma exposición de motivos se manifestó que: "... El Gobierno de la República, deseoso de satisfacer las demandas justas de los trabajadores del Estado, de mejorar la cantidad y monto de las prestaciones, pero interesado, al mismo tiempo, en no exponer el servicio a desequilibrios o insolvencias, por falta de previsiones técnicas, consideró necesario realizar una cuidadosa revisión legislativa del ramo de pensiones civiles y efectuar los estudios matemáticos indispensables para poder confiar en las posibilidades de realización...".

En la Ley de 1947, se obliga a la Dirección de Pensiones Civiles a actuar como institución de seguros frente a riesgos y no sólo de ahorro y crédito como lo señalaba la Ley anterior. De este modo, se introdujeron reformas sustanciales al mejorar los términos de otorgamiento de pensiones, préstamos hipotecarios y a corto plazo, servicios sociales y atención médica, aunque restringida a accidentes laborales.

La Ley definió a la Dirección de Pensiones Civiles como entidad pública descentralizada de servicio. Se suprimió la palabra "de retiro" en atención a que este calificativo resultaba inadecuado, pues parecía restringir las funciones de la Dirección al Otorgamiento de Jubilaciones por Retiro, cuando en realidad tal seguro constituía sólo una de sus atribuciones.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El 30 de diciembre de 1959, se promulga la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que abroga la Ley de Pensiones Civiles de 1947.

Con su promulgación desaparece la Dirección de Pensiones Civiles y surge en su lugar el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En este momento, la población amparada era de 488 mil personas,

integrada de la siguiente manera: 130 mil trabajadores, 22 mil pensionistas y 336 mil familiares, lo que representaba 1.4% de la población total del país.

La Ley que dio origen al Instituto, estableció un total de 14 prestaciones en favor de los trabajadores y sus familiares derechohabientes:

1. Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
2. Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
3. Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
4. Servicios para elevar los niveles de vida del servidor público y su familia.
5. Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y activen las formas de sociabilidad del trabajador y su familia.
6. Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos y construcción de moradas destinados a la habitación familiar del trabajador.
7. Arrendamiento de habitaciones económicas propiedad del Instituto.
8. Préstamos hipotecarios.
9. Préstamos a corto plazo
10. Jubilación.
11. Seguro de vejez.
12. Seguro de invalidez.
13. Seguro por causa de muerte, e
14. Indemnización global.

De esta manera, algunas prestaciones que eran complementarias pasaron a ser obligatorias para el Instituto con esta nueva Ley.

El 5 de diciembre de 1960, se elevaron a rango constitucional los derechos laborales y la seguridad social de los servidores públicos, la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos fue adicionada en su artículo 123 con un apartado "b", en cuya fracción undécima incluye la seguridad social.

Posteriormente, el estatuto jurídico de los trabajadores al servicio del Estado quedó abrogado al expedirse el 28 de diciembre de 1963, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado "b" del artículo 123 constitucional, que incluye los seguros, servicios y prestaciones establecidos en el capítulo de la seguridad social como contraprestación de la relación laboral con el Estado.

El patrimonio del ISSSTE se integró principalmente con las propiedades, derechos y obligaciones que formaban parte de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, así como con sus fuentes de financiamiento.

La organización interna del Instituto en aquel entonces se conformó con dos órdenes de gobierno: la Junta Directiva (con participación del Estado y de la FSTSE) y la Dirección General, de la cual dependían tres subdirecciones.

1. La Subdirección de Servicios Médicos,
2. La Subdirección de Pensiones y Préstamos, y
3. La Subdirección Administrativa,

Contaba además con seis asesorías técnicas, configuradas como departamentos, que auxiliaban a la Dirección General en sus funciones y que fueron los siguientes:

1. Departamento de Servicios Sociales
2. Departamento Jurídico
3. Departamento de Arquitectura y Planeación
4. Caja General.
5. Auditoría Interna, y
6. Contaduría General

De esta forma, la Junta Directiva quedó autorizada para nombrar y destituir al personal de confianza del primer nivel del Instituto, a propuesta del Director General, sin perjuicio de las facultades que al efecto le delegue.

El órgano rector aprobaba, entre otras cosas, el presupuesto, la orientación programática, la organización administrativa y funcional del ISSSTE y, desde luego, supervisaba el gasto, operación y funcionamiento institucional. El operador era el Director General, máxima autoridad administrativa del ISSSTE y responsable directo de su buen funcionamiento.

La personalidad jurídica del Instituto está dotada, como ya se vio, por el Acuerdo Presidencial que le dio origen; luego se encuentra jurídicamente reglamentado por la Ley del ISSSTE, que es un instrumento legal, emanado del poder legislativo de observancia general que lo faculta para hacer las retenciones respectivas de los salarios de los Trabajadores del Estado y lo obliga a proporcionar bienestar social a estos y a sus familiares derechohabientes.

El 8 de septiembre de 1965, la Junta Directiva aprobó el primer Reglamento Interior del ISSSTE que plasmó su organización y funcionamiento. Antes de esa fecha "... Nuestra organización se venía rigiendo únicamente por las disposiciones contenidas en dicha Ley, las que, por su índole, no era posible que se aplicaran a las funciones de los diversos órganos del Instituto, recurriéndose para complementarlas a la costumbre, al sentido común y al deseo de los funcionarios encargados de aplicarlas, de servir a los trabajadores".

Este Reglamento con vigencia de 1965 a 1983, no sufrió cambios y por lo tanto, la estructura del Instituto que rigió durante ese periodo tampoco tuvo variaciones formales en su conformación orgánica integrada por: cuatro subdirecciones: de Prestaciones Médicas, de Prestaciones Sociales, de Prestaciones Económicas y Administrativas; así también, del Director General dependían directamente un Coordinador General, dos unidades asesoras (de Financiamiento y de Organización, Desarrollo y Normas), tres departamentos

(de Relaciones Públicas y Prestaciones Varias, de Auditoría, Jurídico y de Arquitectura y Planeación), una Comisión de Compras, tres oficinas (de Colonias, Prensa y Quejas), además de **las delegaciones regionales**.

El 4 de marzo de 1977 la Junta Directiva acordó la creación del Departamento de Servicios Turísticos, para ampliar los servicios sociales y atender las necesidades de esparcimiento de los trabajadores al servicio del estado.

La Ley del Instituto de 1959, fue reformada en ocho ocasiones, el 28 de diciembre de 1972, para crear el fondo de la vivienda; el 23 de diciembre de 1974, para adecuar la redacción de los artículos que señalaban a territorios federales, en virtud de que en la república mexicana ya no existen; el 24 de diciembre de 1974, para incorporar como población asegurada a los trabajadores a lista de raya; el 31 de diciembre de 1975, para otorgar a los hijos de los trabajadores mayores de 18 años y hasta los 25. El derecho a las prestaciones derivadas del seguro de enfermedades no profesionales en el caso de estudiantes solteros o incapacitados y al esposo mayor de 55 años o incapacitado, siempre que existieran la dependencia económica comprobada; el 30 de diciembre de 1977, para elevar de 7 a 9 el número de miembros que integran la junta directiva y establecer la integración de la comisión ejecutiva del FOVISSSTE; el 2 de enero de 1981, las reformas consistieron en elevar de 60 a 90 días el importe del pago por concepto de gastos de funeral de un pensionista, elevar de 3 a 5 años el plazo de prescripción de las pensiones caídas, autorizar la incorporación voluntaria al régimen de seguridad social del Instituto de los senadores y diputados del congreso de la unión, se determina que los pensionados y jubilados disfrutarán de una gratificación de fin de año equivalente a 40 veces la cuota diaria de su pensión y que la cuantía de las mismas, se aumente al mismo tiempo y en la misma proporción que aumenten los sueldos de los trabajadores en activo; el 30 de diciembre de 1981, se vuelve a modificar la Ley para aumentar de 9 a 11 miembros, la integración de la Junta Directiva; el 31 de diciembre de 1982, las reformas consistieron en establecer beneficios en materia de vivienda al trabajador o sus beneficiarios en caso de jubilación, incapacidad total permanente o de muerte. Finalmente, **el 27 de**

diciembre de 1983 se abroga esta primera Ley del Instituto y en su lugar se expide la Ley del Instituto, vigente hasta el 31 de marzo de 2007.

A partir de 1983 la administración y organización general del Instituto se sujetó a un proceso continuo de revisión y ajuste, cuyo propósito principal fue hacer de las funciones de apoyo un soporte adecuado al desarrollo de las actividades sustantivas, para cumplir en mejores condiciones operativas el objetivo general de proporcionar servicios de calidad a los derechohabientes, en sus seis vertientes: prestaciones económicas, servicios médicos, protección al salario, vivienda, servicios sociales, culturales y turísticos.

El cambio de una organización de la magnitud y complejidad del ISSSTE, ha sido un arduo proceso que ha implicado esfuerzos relevantes y la relación interactiva de muchas variables, y requirió propiciar e impulsar cambios simultáneos en la estructura y en sus procesos.

Durante las últimas administraciones, las líneas básicas institucionales, se orientaron a reconfigurar la estructura organizacional del Instituto en su nivel delegacional, desarrollando acciones tendentes a eliminar la subadministración de recursos, promoviendo programas de simplificación y desregulación administrativa.

El redimensionamiento que se ha llevado a cabo en la estructura orgánica del Instituto, sustentado en una redistribución funcional hacia sus diferentes unidades administrativas centrales, ha logrado la compactación de la estructura administrativa reduciendo tramos de control y plantilla de personal, generando con ello ahorros presupuestales en el capítulo de servicios personales y contribuyendo de esta manera a elevar relativamente los niveles de eficacia y eficiencia del Instituto a través de procesos de desconcentración que se han generado y formalizado a partir de la autorización en agosto del año 2000 de los primeros manuales de organización y de procedimientos delegacionales los cuales, después de un proceso de simplificación y reestructuración por tipo de delegación, fueron abrogados por los que se expidieron en agosto de 2004.

6.2 Las Delegaciones

Como antecedente más remoto de desconcentración administrativa dentro del Instituto cabe citar el año de 1948, en el que la ley de pensiones civiles del 30 de diciembre de 1947, facultó a la H. Junta Directiva a establecer agencias en los diversos lugares de la república en donde ésta lo estimara conveniente.

Las funciones encomendadas a las agencias estaban relacionadas con la gestión y trámite de préstamos hipotecarios, préstamos a corto plazo, entre otros servicios.

Dichos servicios (ya constituido como ISSSTE), se otorgaban bajo un esquema de once zonas que aglutinaban a más de un estado, sin embargo los modelos organizativos que las integraban eran distintos debido a que cada área central los estableció conforme a criterios unilaterales.

En la década de los setenta el modelo de zonas se transforma en siete regiones, manejada cada una por un Jefe Regional y cada Estado por un Jefe Estatal, esta organización fue sustituida paulatinamente por Delegaciones Estatales. Es así como la H. Junta Directiva del Instituto, en sesión celebrada el día 19 de julio de 1978 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de septiembre del mismo año, aprobó la creación de las Delegaciones Estatales del ISSSTE y su Reglamento.

Sin embargo dichos esfuerzos en materia de desconcentración, no obedecían a un esquema integral, tratando sólo de resolver aisladamente algunos problemas particulares de cada área central, sin lograr la unificación deseada y conservando en cada caso la toma de decisiones centralizada.

La Ley del ISSSTE de 1983. Desarrollo del proceso de desconcentración a través de las delegaciones regionales y estatales.

A principio de la década de los años ochenta, y debido a modificaciones de la Ley del ISSSTE, el Instituto sufre una reestructuración en el área central, lo que propició **un cambio del esquema existente en el ámbito delegacional, de una desconcentración territorial (presencia institucional sin facultades), a**

una desconcentración administrativa que implicara el ejercicio y la facultad de decisión en el lugar del asiento de las unidades administrativas, para una mejor atención de su población derechohabiente.

Con relación a lo anterior, la Ley del Instituto sufrió varias modificaciones, con lo cual se benefició a la población derechohabiente en forma directa, al incrementar de 14 a 20 el número de prestaciones que otorga el Instituto.

Dentro de la transformación que se realizó, se dispuso la creación y operación de 4 Delegaciones en el Distrito Federal, con la finalidad de equilibrar el otorgamiento de las prestaciones, ya que es en esta área, donde se concentra casi el 50% de la población derechohabiente; con la misma finalidad pero hacia el interior de cada entidad federativa, se inició un programa de desconcentración de facultades para los centros de trabajo.

El artículo 4º de la Ley de 1983 dispone que la administración de los seguros, prestaciones y servicios, así como la del Fondo de la Vivienda, estarán a cargo del organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con domicilio en la Ciudad de México. **“Para el cumplimiento de sus fines el Instituto contará con delegaciones, las cuales, como unidades desconcentradas, estarán jerárquicamente subordinadas a la administración central y tendrán las facultades específicas para resolver sobre la materia y la competencia territorial que se determine en su caso”.**

En este sentido el Instituto se incorpora a las disposiciones que el Ejecutivo Federal desde principios de los años ochenta había establecido para favorecer la descentralización y la desconcentración de las dependencias y entidades del a Administración Pública Federal⁹.

⁹ En un artículo publicado denominado: “Marco conceptual de la desconcentración en el ISSSTE y elementos que la integran” (Revista de Administración Pública; Empresa Pública; Desconcentración; 67/68; Sección Documentos; INAP; Julio –Diciembre 1986), se delinear desde una perspectiva teórica las características que el modelo de desconcentración del ISSSTE debería cumplir. Destaca la visión de que en adelante los

Evolución de los órganos administrativos en las delegaciones

Auditoría Interna

Debido a las acciones de desconcentración del Instituto, mismas que se incrementaron con motivo de los sismos de septiembre de 1985, se hizo necesario fortalecer el control en el ámbito delegacional. Para estos efectos, la Contraloría General proyectó la creación de Unidades de Auditoría Interna en las Delegaciones.

El 17 de abril de 1986, la H. Junta Directiva del Instituto autorizó a la Contraloría General, mediante acuerdo No. 15.1090.86, a delegar facultades en las Unidades de Auditoría Interna de cada Delegación Estatal y del Distrito Federal del ISSSTE, por lo que a partir de esa fecha se inició la integración y puesta en operación de las citadas unidades. Durante la presente gestión y a partir de los cambios promovidos por la actual Secretaría de la Función Pública en las dependencias y entidades del sector público, dichas unidades se constituyeron

órganos centrales del Instituto deberán asumir las funciones de planeación, normatividad, coordinación y evaluación y las delegaciones la administración y operación de los servicios. La función de retroalimentación sobre las decisiones y regulaciones dispuestas por el nivel central, constituían otro elemento destacado del modelo. Por otra parte, se proponía la necesidad de que se contara con un programa institucional referido a la desconcentración y en el cual se involucrará a todos los niveles para la construcción de dicho programa y que empezara por realizar un diagnóstico de la situación institucional en esta materia. El artículo identifica en este sentido diversos aspectos que sería necesario atender para fortalecer el modelo de operación desconcentrada que, si bien en las administraciones siguientes se fueron realizando acciones para este objeto, hoy todavía no terminan de cumplirse debidamente, como el de disponer de los recursos adecuados para otorgar los servicios, la falta de normatividad precisa para su administración y operación, la distribución de responsabilidades entre las oficinas centrales y las delegaciones, y la falta de una organización adecuada para brindar una atención apropiada a los derechohabientes. Lo apuntado refleja evidentemente la falta de continuidad y “vueltas en círculo” por parte de las diferentes direcciones del Instituto para consolidar un modelo de operación que responda debidamente a la misión del Instituto.

como Órganos Internos de Control Delegacional, en similitud a la denominación dada a estos órganos a nivel central.

Comunicación Social

En enero de 1985, se emite una versión del “Manual General de Organización de las Delegaciones”, el cual contiene los objetivos y funciones de las mismas, e implícitamente también comprende las de comunicación social.

En el “Acuerdo de Delegación de Facultades”, documento por el que se delegan facultades y funciones en los titulares de los órganos desconcentrados del Instituto, en vigor a partir del 1º de octubre de 1987, se mencionan dentro de las funciones del titular delegacional las de dirigir y promover los sistemas de orientación, información y quejas, que representan en gran medida las del Área de Comunicación Social y que en consecuencia dan origen a esa unidad, a la fecha estas áreas denominadas como Unidades de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social, mantienen estas responsabilidades, correspondiendo a su vez a las intenciones de compactar las estructuras delegacionales.

Unidad de Asuntos Jurídicos

En el año de 1978, con la creación de las delegaciones estatales, se constituyen las Unidades de Asuntos Jurídicos, formando así parte de la estructura inicial de las delegaciones.

Con las reformas al Estatuto Orgánico, del mes de diciembre, de 1990, las funciones relativas a registro y vigencia de derechos, fueron transferidas a las Subdelegaciones de Prestaciones Económicas.

Posteriormente y con objeto de llevar a cabo el correcto desempeño de la función jurídica, que es la de regular y apoyar jurídicamente todos los actos que crean o modifican los derechos y obligaciones del Instituto, se lleva a cabo una reestructuración en la cual se crean las Subjefaturas de Departamento,

fortaleciendo de esta manera las Unidades Jurídicas. Hacia el año 2004, estas unidades se persigue fortalecerlas aún más otorgándoles el rango de Departamento y dependientes directamente del titular delegacional, sin embargo dada la complejidad de los asuntos legales en que se involucra al Instituto y que encuentran en el ámbito federal, continúan careciendo de representatividad y de formación para operar con mayor grado de desconcentración a nivel delegacional.

Unidad de Abastecimientos

El 4 de mayo de 1989, en el Diario Oficial de la Federación se dio a conocer la reestructuración del ISSSTE aprobada por la Junta Directiva en acuerdo No. 41.1121.89, en el cual se contempla la creación de la Subdirección General de Abastecimientos.

Con el propósito de homogeneizar las estructuras de las Delegaciones Estatales como un símil del nivel central, se planteó la necesidad de separar el Departamento de Recursos Materiales de la Subdelegación de Administración y convertirlo en Unidad de Abastecimientos cuya dependencia fuera directamente del Delegado Estatal.

A raíz de los cambios estructurales dados en 2002 a nivel central, en el cual se constituye la Subdirección de Abasto de Insumos Médicos, como área a cargo de la mayor parte de las adquisiciones institucionales, a nivel delegacional, estas áreas se reducen y reubican nuevamente en el ámbito de la Subdelegación de Administración, como Departamentos de Adquisiciones, a cargo particularmente de las adquisiciones y contratación de servicios de apoyo a la administración de las áreas delegacionales y centros de trabajo delegacionales.

Subdelegación Médica

Durante el periodo 1960-1962, se inicia la incorporación al régimen del ISSSTE de organismos desconcentrados, tanto en el Distrito Federal como en el interior de la república, para estos últimos se crean los servicios médicos foráneos.

Con la emisión del “Reglamento de las Delegaciones Estatales” del 19 de julio de 1978, se propicia la desconcentración de actividades con el propósito de fortalecer los aspectos de planeación, regulación, supervisión y control de los servicios médicos institucionales. La desconcentración de las funciones, responsabilidad de la Subdirección General Médica, dieron origen a la creación de las Subdelegaciones Médicas.

Con la finalidad de fortalecer la capacidad resolutive de las Subdelegaciones, se lleva a cabo una reestructuración orgánica en 1991, integrada con los órganos mínimos que se requieren para la prestación de los servicios de salud a la población derechohabiente del Instituto.

A la fecha estas subdelegaciones cuentan con tres departamentos: Departamento de Programación y Desarrollo, Departamento de Atención Médica y Departamento de Enseñanza e Investigación. Sus funciones abarcan la coordinación, apoyo y supervisión de las unidades médicas de primero y segundo niveles de atención, la magnitud e importancia de estos servicios amerita que sus facultades, responsabilidades y esquema de funcionamiento se analicen en el Capítulo sobre la Propuesta del Modelo de Gestión.

Subdelegación de Prestaciones Económicas

El 19 de julio de 1978, por acuerdo de la H. Junta Directiva del ISSSTE, se adoptó un modelo de organización estatal, integrado por un Delegado y 8 Subdelegaciones, entre las que se encontraba la Subdelegación de Prestaciones Económicas.

A principios de 1984 se realizaron ajustes a las Delegaciones con el propósito de adecuar y darle congruencia a su organización; tanto en materia de crédito,

como de pensiones y jubilaciones, trayendo consigo la creación de la Subdelegación de Crédito y dividiendo la Subdelegación de Vigencia de Derechos y Asuntos Jurídicos para pasar todo lo relativo a la vigencia de derechos a la nueva Subdelegación de Pensiones y Vigencia de Derechos.

En el mismo año de 1984, atendiendo a las disposiciones del Ejecutivo Federal en materia de desconcentración y simplificación administrativa, se determinó que las Delegaciones deberían estar integradas por 4 Subdelegaciones: Médica, Prestaciones Económicas, Administración y Servicios Sociales, así como 3 áreas de “staff” y 4 órganos colegiados.

El 24 de abril de 1989, debido a la adecuación de la estructura orgánica del Instituto, se reformó su Estatuto Orgánico, anexándose a la Subdirección General de Prestaciones Económicas, la Coordinación de Vigilancia, Seguridad e Investigación.

En el mes de diciembre de 1990, se reformó nuevamente el Estatuto Orgánico del Instituto para incorporar las Áreas de Afiliación y Vigencia, a la Subdirección General y a las Subdelegaciones de Prestaciones Económicas.

Durante la gestión 2000-2006, estas subdelegaciones se estructuran con tres departamentos, asumiendo a nivel delegacional, las funciones de las áreas correspondientes a la Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, constituidas por seis subdirecciones de área. Esta situación implica a nivel delegacional una alta demanda de personal capacitado para el desempeño de un número considerable de funciones y de responsabilidades en el otorgamiento de servicios de ésta, lo cual genera una problemática permanente, dado el estatus laboral y profesional de los trabajadores a cargo de los servicios, que dificulta la asignación de dichas responsabilidades y por tanto la calidad y suficiencia en dicho otorgamiento de los servicios.

Subdelegación de Servicios Sociales y Culturales

En 1983, se realizó una revisión detallada a la Ley del Instituto, dando lugar a la creación de la Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales, que para el desarrollo de sus actividades en forma desconcentrada, cuenta con una representación en cada Estado de la república, cumpliendo así con los mandatos legales de brindar información a los trabajadores y su familia, estableciendo centros sociales y culturales, de capacitación y extensión educativa, estancias infantiles y campos deportivos.

La Ley del ISSSTE, establece prestaciones obligatorias tales como servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y su familia, promociones que mejoren la preparación técnica, cultural y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia.

Durante los siguientes años la prestación de servicios sociales y culturales se conducen por una Subdirección de Área (Subdirección de Servicios Sociales y Culturales) y a nivel de las delegaciones por el Departamento de Acción Social, Cultural y Deportiva, el cual como en el caso de los demás departamentos de las subdelegaciones de prestaciones, asume diversas funciones como la de servicios funerarios.

Subdelegación de Protección al Salario

Los antecedentes del sistema actual de tiendas y farmacias ISSSTE, se remontaría a la inauguración de la primera tienda el día 13 de julio de 1953, bajo la tutela de la Dirección de Pensiones y Retiro. Posteriormente, con la promulgación de la Ley del ISSSTE, la tienda mencionada se incorporó al naciente organismo.

A principios de la década de los años sesenta, el Sistema Integral de Tiendas y Farmacias estaba adscrito a la Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales. En el año de 1978, al adoptarse la decisión de crear una Delegación por cada Estado de la República, las Subdelegaciones de Servicios Sociales y

Culturales contarían con un Departamento de Tiendas, operando como instancias de trámite.

En noviembre de 1986, la desconcentración de algunas funciones relacionadas con la administración y operación de tiendas, hacia las delegaciones, aunada al crecimiento en el número de unidades comerciales y al volumen de las ventas, motivaron la creación de las Subdelegaciones de Protección al Salario.

La desconcentración en el área de la Subdirección General de Protección al Salario comprende 2 fases: la desconcentración administrativa del Sistema de Tiendas hacia Delegaciones Estatales y la desconcentración de funciones del ISSSTE de nivel corporativo a las Subdelegaciones de Protección al Salario.

Con la creación del Sistema Integral de Tiendas y Farmacias en agosto de 1995, desaparecen las subdelegaciones de protección al salario.

Subdelegación de Vivienda

El 28 de diciembre de 1972 se publicó el decreto de adiciones y reformas a la Ley del ISSSTE, dando origen al Fondo de la Vivienda para los Trabajadores al Servicio del Estado, cuyo objetivo institucional es el de proporcionar el crédito suficiente para dotar de una vivienda cómoda, digna e higiénica a los trabajadores y sus familiares. Con lo que el gobierno federal da cumplimiento a lo dispuesto en el apartado "B" del artículo 123 Constitucional en su fracción XI, inciso I.

En la actualidad el Fondo de la Vivienda cuenta con representaciones a nivel de los Estados a través de los departamentos de vivienda, los cuales a diferencia del SITyF, aún se mantienen como parte de la estructura de las subdelegaciones de prestaciones.

Subdelegación de Obras y Mantenimiento

En 1965 año en que se estructuró el Departamento de Mantenimiento General del ISSSTE, las Residencias de Mantenimiento que existían en los Estados, fueron reguladas y controladas en sus procedimientos técnicos y administrativos por este Departamento incluyéndose las gestiones de construcción hasta 1971 al crearse las secciones de obra civil, de equipos electromédicos, equipos electromecánicos para el Valle de México y Unidades Foráneas.

En el año de 1984 la Dirección del ISSSTE encomendó a la Subdirección General de Construcción, Conservación y Mantenimiento crear en las Delegaciones Estatales, los Departamentos de Obras y Mantenimiento Delegacional, con el fin de atender y resolver la problemática técnica y administrativa de las obras y mantenimiento de las instalaciones del Instituto, en forma directa, de acuerdo a su ámbito de competencia y entorno social.

A partir del mes de marzo de 1987, a fin de facilitar la comprensión del proceso de desconcentración, la Subdirección General de Obras y Mantenimiento reestructura los Departamentos de Obras y Mantenimiento a Unidades de Obras y Mantenimiento Delegacional, dependiendo directamente de los Delegados.

En el periodo julio-septiembre de 1990 la Subdirección General de Obras y Mantenimiento, realizó el Programa de Desconcentración de Funciones y Delegación de Facultades a las Delegaciones Estatales y Regionales, autorizándose para ello una estructura a nivel de Subdelegación de Obras y Mantenimiento, dependiendo directamente de los delegados.

No obstante esto y dados los cambios surgidos al final de los años noventa y durante el periodo de 2000 a 2006, desaparecen las subdelegaciones de obras y mantenimiento, para quedar como departamentos de Obras y Servicios Generales en las delegaciones más grandes y como Departamentos de Recursos Materiales y Obras en las delegaciones de menor dimensión, agrupando las funciones de apoyo en materia de servicios generales, de

recursos materiales, así como las de obras y quedando ubicados en las subdelegaciones de administración.

Subdelegación de Finanzas

En 1983 y 1984 se realizan modificaciones estructurales que traen consigo la conformación de las Delegaciones con 4 Subdelegaciones y dos áreas staff de las cuales una de ellas se identificaba como Unidad de Planeación y 3 Órganos Colegiados.

La reestructuración administrativa del Instituto llevada a cabo en 1989, dio como resultado la creación de la Subdirección General de Finanzas, con el propósito de vincular la función de tesorería al proceso de la programación, el presupuesto y la contabilidad.

A nivel delegacional las funciones de programación, presupuestación y contabilidad se desarrollaban en dependencia lineal del delegado, mediante la Unidad de Programación y Presupuesto, en tanto que las de Tesorería se llevaban a cabo parcialmente bajo la responsabilidad del Subdelegado de Administración, a través del Departamento de Recursos Financieros. Por tal motivo el 12 de junio de 1989, la H. Junta Directiva mediante el acuerdo no. 32.1123.89 autorizó la transformación de las Unidades de Programación y Presupuesto, incorporando los Departamentos de Recursos Financieros de las Delegaciones del Instituto en Subdelegaciones de Finanzas, unificando así un mismo criterio de organización del ISSSTE tanto a nivel central como en el ámbito delegacional.

Actualmente, las funciones en materia de finanzas son desempeñadas por un solo departamento, denominado de Finanzas y ubicado en la Subdelegación de Administración.

Subdelegación de Administración

En la década de los años sesenta el modelo de zonas delegacionales se transformó en 7 regiones, que significó el inicio de la aplicación esquemática de las funciones de administración, estas 7 regiones se manejaban por un Jefe Delegacional y en cada Estado por un Jefe Estatal.

En la década de los ochenta la Ley del ISSSTE se modificó en cinco ocasiones, mismas que se reflejaron en las estructuras de las delegaciones que administran, lo que originó la creación y operación de 4 delegaciones en el Distrito Federal, por lo que se refiere a la Subdelegación de Administración en ese entonces estaba integrada por cuatro Departamentos, siendo esta la estructura máxima para las Delegaciones de primer rango, contando además que cada Departamento podría estar integrado con dos oficinas.

A partir de diciembre de 1988, la evolución y dinámica que se imprimió a la organización del Instituto, provocó cambios, tanto en la estructura central como en la delegacional y particularmente en las Subdelegaciones de Administración ya que los Departamentos de Recursos Financieros se transformaron en Subdelegaciones de Finanzas y los Departamentos de Recursos Materiales en Unidades de Abastecimientos.

Por otra parte se reubicó en esta Subdelegación el Departamento de Capacitación y Servicios Educativos que dependía de la Subdelegación de Servicios Sociales y Culturales, además de la creación del Departamento de Informática y la consolidación de las funciones de servicios generales, lo anterior se dio en respuesta a las modificaciones de las estructuras de las áreas centrales. Durante el periodo 2000 a 2006, estas subdelegaciones quedaron compactadas a cinco departamentos en el caso de las delegaciones tipo "A":

1. Departamento de Recursos Humanos
2. Departamento de Adquisiciones
3. Departamento de Obras y Servicios Generales
4. Departamento de Finanzas

5. Departamento de Sistemas; y
a cuatro en las delegaciones tipo "B":
 1. Departamento de Recursos Humanos
 2. Departamento de Recursos Materiales y Obras
 3. Departamento de Finanzas
 4. Departamento de Sistemas

En la década de los noventa y en los principios del siglo XXI, las estructuras orgánicas de las delegaciones del Instituto han sufrido diversas modificaciones desde su creación, sus cambios generalmente han obedecido a un reflejo de las reestructuraciones efectuadas en las Áreas Centrales del Instituto.

No obstante a partir de 1991, se fueron implementando y consolidando paulatinamente cuatro estructuras orgánicas tipo, una para las Delegaciones Regionales y tres para las Delegaciones Estatales, que sustentaban la actuación orgánico funcional de las Delegaciones del ISSSTE, sin cambio hasta 1996.

Posteriormente con el objeto de establecer una adecuada articulación entre las normas, lineamientos e instrumentos administrativos en el ámbito delegacional, que contribuyeran a favorecer el desarrollo y cumplimiento de sus objetivos como órganos desconcentrados del Instituto se dio inicio a la reestructuración orgánica delegacional, efectuada con base en un análisis funcional que integró procesos administrativos antes fragmentados y eliminó duplicaciones.

Asimismo, se procedió a la revisión del marco legal que sustentaba la operación de las Delegaciones, encontrándose que el reglamento para las Delegaciones vigente desde 1988, describía las atribuciones genéricas para una Delegación, el Delegado y los Subdelegados, sin precisar las funciones específicas para cada área que conformaba la estructura orgánica delegacional, por lo que era necesario recurrir al otorgamiento específico de poderes para atender

determinadas funciones o bien, aplicar el acuerdo de delegación de facultades expedido en 1987, el cual no era congruente con la estructura orgánica del Instituto y carecía de apego a la normatividad establecida por las dependencias globalizadoras de la Administración Pública Federal.

Es así, que la reestructuración orgánica de las Delegaciones implicó un mayor trabajo de análisis y diagnóstico de todas las áreas centrales del Instituto conjuntamente con las propias Delegaciones para proponer un instrumento normativo adecuado, que fue sometido a consideración de la Junta Directiva del ISSSTE, quien aprobó el nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación del 1° de octubre de 1997.

El nuevo Reglamento de las Delegaciones incluyó las atribuciones y funciones de la Delegación en su conjunto y precisó las correspondientes a cada uno de los puestos que la integran, así como los órganos colegiados que se constituyen para atender determinadas responsabilidades.

Con base en este documento, que sustenta la actuación y funcionamiento de las delegaciones, es que se integran las nuevas estructuras orgánicas para las Delegaciones Regionales y Estatales y se establece el punto de partida para continuar con las acciones de organización, integración y funcionamiento apropiados, las cuales encuentran su respaldo documental en los manuales de organización y de procedimientos formulados en los últimos años. No obstante esto, resulta necesario aún, profundizar en las definiciones y especificaciones de los procesos y procedimientos de operación, tanto a nivel de las áreas centrales, delegacionales como de los centros de trabajo delegacionales, que delimiten adecuadamente las competencias, las responsabilidades y las formas de operar de cada instancia y nivel, en el marco de lograr que se otorguen los servicios a la derechohabencia en forma oportuna, eficiente y con calidad.

6.3 Conclusión

A partir de los antecedentes descritos se puede observar que el ISSSTE actual y su estructura operativa, representada por las delegaciones regionales en el Distrito Federal y estatales, así como por los centros de trabajo delegacionales consistentes en unidades médicas, oficinas de trámites para el otorgamiento de pensiones, créditos personales, para la adquisición de vivienda, servicios culturales, deportivos, recreativos, turísticos, funerarios y de apoyo a la economía del trabajador, entre otros, que se inició históricamente con el Departamento de Pensiones Civiles creado en la década de los años 20 del siglo pasado hasta llegar en nuestros días al Instituto actual, se dio, como la mayoría de las instituciones de la administración pública en nuestro país, en función de decisiones, las más de las veces coyunturales, dependiendo de la visión política y administrativa de cada régimen gubernamental, de quien ocupara la dirección del Instituto y los altos cargos del mismo, así como de las condiciones económicas imperantes en el país y en las finanzas públicas, lo que representaba un mayor o menor desarrollo del Instituto y en consecuencia en la forma de operar por parte de sus unidades a cargo de la prestación directa de los servicios.

Desde su inicio y hasta entrados los años ochenta el Instituto había mantenido un modelo centralizado de operación y administración, coincidiendo en gran medida con la situación económica y política de estos años, en los cuales el Distrito Federal, al ser el asentamiento de los poderes federales y el polo de desarrollo principal del país, también retenía, las actividades y servicios gubernamentales más importantes y en consecuencia el desarrollo de los servicios sociales dirigidos a los trabajadores, es decir, de un país que dependía de las decisiones que se tomaban en la Ciudad de México para lograr la cohesión social y la integración política y económica de las diferentes regiones, y con una población urbana en crecimiento que podía demandar estos servicios, concentrada mayoritariamente en el Distrito Federal.

En función del lento desarrollo de los Estados pero impulsado por los apoyos y servicios federales principalmente de los servicios educativos, propició la obligación de afiliar a este personal magisterial al servicio de la federación.

Conforme a estas condiciones, las diferentes administraciones de lo que hoy constituyen al ISSSTE, se encontraron con la necesidad de acercar gradualmente el otorgamiento de los servicios, lo cual se inicia en 1948 como primer antecedente, pero dando una mayor consistencia de estas medidas sólo hasta la década de los ochenta en la cual se da la creación formal de las delegaciones bajo el concepto de ser entidades con facultades propias transferidas por los órganos centrales.

Lo anterior demuestra la lentitud y lo prolongado y desigual que ha sido el proceso de desconcentración operativa y administrativa del ISSSTE y que como se ha visto a lo largo de su historia, ha pasado por avances con la creación y aparente fortalecimiento de órganos delegacionales o en otros periodos con retrocesos, si consideramos la desaparición o disminución de estos mismos órganos, así como sin tener claridad en la transferencia real de facultades, responsabilidades y funciones por parte del centro hacia las delegaciones, lo cual hasta la fecha impide considerar que ya se haya consolidado el modelo que responda plenamente a lograr el otorgamiento de los servicios y prestaciones en forma ágil, oportuna y con la calidad adecuada, para satisfacer las demandas por parte de los derechohabientes.

Esto, sin embargo, en términos históricos ha sido la constante del sector público y ha obedecido, incluso hasta la fecha, a factores diversos que abarcan desde el ámbito político, de interés de las propias burocracias y de la necesidad de los cuadros directivos de mantener centralizados la dirección y el control de las dependencias e instituciones, ante la carencia, desde la perspectiva administrativa, de mecanismos, herramientas y elementos que permitan asegurar una operación deseable en términos de suficiencia y calidad, como son la de contar con una planeación precisa de los servicios, de normatividad pertinente que sea suficiente y específica pero que a la vez no obstaculice el

buen desarrollo y otorgamiento de los servicios, la carencia de patrones de organización y de administración adecuados o la permanente carencia de personal operativo y de apoyo debidamente respaldado, capacitado y profesional, y de recursos financieros y materiales adecuados para el otorgamiento de los servicios.

En términos de la desconcentración misma, resulta oportuno destacar algunas características que han predominado en su proceso de evolución:

a. La carencia de un plan de desarrollo de largo plazo, que permitiera proyectar la expansión y organización de los servicios en función del crecimiento del sector público y del personal al servicio del Estado. Como ya se comentó, el desarrollo del Instituto y de sus áreas de servicio dependió más de factores coyunturales que de una visión de crecimiento ordenado, integral y consistente.

b. Retraso considerable en la creación y formalización de las facultades y funciones de las delegaciones del Instituto, pues sólo es hasta la década de los años ochenta que las delegaciones existentes pasan de un esquema de desconcentración territorial (presencia institucional sin facultades) a una desconcentración administrativa que implicara el ejercicio y la facultad de decisión a nivel local. Esto sin embargo, no fue privativo del Instituto, ya que en general el sector público venía operando en la misma forma hasta esas fechas, en que en realidad se iniciaron los procesos de desconcentración administrativa.

c. La transferencia de facultades y funciones se dio en forma unilateral por parte de las áreas centrales con la ausencia de un proceso de interrelación y de planeación que condujo a que las delegaciones y las áreas de servicio se estructurarán en algunas áreas en forma anárquica y desintegrada, y bajo esquemas normativos y administrativos diferentes. Asimismo, la comunicación entre las oficinas centrales y sus correspondientes a nivel de las delegaciones se daba -y aún a la fecha se da-, sin respetar los niveles de autoridad y

coordinación a cargo de los delegados, lo cual es motivo de contradicciones y complicaciones en la forma de operar.

d. La falta de previsión respecto a la forma de delegar facultades y funciones en las áreas desconcentradas y lo que implica en términos de preparación del personal y recursos de apoyo ante cargas de trabajo crecientes y labores con una mayor exigencia técnica, ha impedido que el proceso se encamine hacia su consolidación o presente desfases considerables respecto a los requerimientos para lograr una gestión moderna y eficiente en la operación de los servicios.

e. La gestión basada en el enfoque al “cliente” se encuentra aún en una fase temprana de sensibilización y de adopción por parte de los cuadros superiores de dirección en el Instituto, motivo por el cual el grado de penetración en las delegaciones y en los centros de trabajo delegacionales es incipiente, además de que implica una transformación radical del modelo de gestión institucional en el cual el fortalecimiento de las funciones y la desconcentración en la toma de decisiones por parte de los centros de trabajo delegacionales y las delegaciones, por mencionar alguno de los aspectos, constituye un componente indispensable para cumplir con dicho enfoque.

7. Situación Diagnóstica del Instituto. Periodo 2000-2009

7.1 Contexto General

El ISSSTE como entidad que forma parte de la estructura de la Administración Pública en nuestro país, no fue ajena a la problemática generada por la crisis del Estado a nivel mundial surgida a partir de los años ochenta, condición propiciada a partir del resurgimiento del modelo de economía liberal, propagado a nivel mundial por las grandes corporaciones y capitales privados internacionales, que se ha impuesto y contrarrestado al Estado protector orientado hacia el bienestar social y que en nuestro país, representaba la

instancia más importante de soporte económico y social de la población en general.

Esa situación, que se ha traducido, en la reducción y/o estancamiento de recursos para cumplir con las tareas de interés social, y la tendencia a delegar o transferir a la propia ciudadanía y a la iniciativa privada las funciones que en su momento desarrollaba el propio Estado, tiene en particular, para las instituciones públicas abocadas a otorgar seguridad social, significados muy reales y críticos que se traducen claramente, en la falta de recursos para sostener (y no se diga para incrementar) los servicios de salud para atender una población creciente, sobre todo adulta mayor y que por lo mismo, presenta cada vez mayor número de enfermedades crónico degenerativas, lo cual demanda la atención y formación de más especialistas y de intervenciones quirúrgicas y tratamientos mucho más costosos.

Más grave aún resulta desde la perspectiva del financiamiento de los servicios de salud, el empleo que debe hacerse de recursos para hacer frente al pago de pensiones y constituye un problema que ha rebasado las previsiones presupuestales, lo que ha implicado que la población derechohabiente se vea involucrada en un modelo de participación en el cual deberá aportar más recursos para sostener el fondo de pensiones, en forma similar a la de otros países. Con la entrada en vigor de la nueva ley del ISSSTE se da un giro a la responsabilidad que había venido ejerciendo el Estado, al transferirla a los propios trabajadores quienes, a partir de un esquema básico de sostenimiento de las pensiones, aportado por el Gobierno Federal, deberán hacer el esfuerzo por incrementar su propia cuenta de ahorro para el retiro.

En el contexto de las crisis económicas recurrentes de los últimos años, las instituciones de la administración pública han tenido entre otras consecuencias, la disminución drástica de los recursos financieros, materiales e incluso de personal disponible a cargo del otorgamiento de los servicios y bienes producidos por las dependencias y entidades del sector público. Lo anterior, aunado a administraciones que han contribuido significativamente a su deterioro

mediante la dilapidación de recursos resultante de ineficiencias, actos de corrupción y falta de interés y compromiso con las instituciones, han llevado a la situación presente que implica ineludiblemente llevar a cabo medidas profundas y de largo alcance para proceder a su rescate, sobre todo si atendemos a la responsabilidad que debe seguir asumiendo el Estado con respecto a la seguridad social, entre otros rubros, en un país con millones de personas en condición de pobreza.

Durante los últimos once años, de regímenes surgidos del proceso de cambio gestado e impulsado por la sociedad civil y bajo un esfuerzo por lograr mejoras en el otorgamiento de los servicios, el ISSSTE habría centrado su enfoque en lograr la elevación de la calidad y la oportunidad de los servicios, el aumento de las coberturas, la mejora sustancial del abasto de medicamentos y la mejora e incremento de equipos, que se han considerado indispensables para cumplir con las expectativas de calidad de vida del derechohabiente.

En tal sentido, el Instituto, se constituye como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal y, en virtud de ello, cuenta con un patrimonio propio y goza de personalidad jurídica propia; sin embargo, su operación adolece de la falta de autonomía técnica y operativa necesaria para cumplir con su compromiso, que es ofrecer servicios de seguridad social. Como organismo descentralizado, su operación ha estado sujeta, de cualquier forma, a disposiciones y políticas que emite el propio Ejecutivo a través de sus dependencias, situación que en buena medida le ha impedido impulsar una estrategia propia para el mejor cumplimiento de sus objetivos.

Desde la perspectiva de la gestión pública, la multiplicidad de objetivos y la definición ambigua de varios de ellos repercute en la ausencia de una definición precisa de misión o razón de ser de la institución, lo que le impide realizar una gestión institucional estratégica y efectiva.

Aunado a lo anterior, tampoco se cuenta con un esquema administrativo adecuado para cada uno de ellos, de modo que su prestación ha sido también

ineficiente y, por lo tanto, la calidad no es la adecuada y el nivel de satisfacción de los usuarios negativo.

Se ha privilegiado el papel de autoridad dificultando el funcionamiento de los órganos de gobierno y restándoles eficacia. La composición bipartita gobierno-sindicato, en ocasiones ha polarizado las decisiones al proporcionarles una salida de corte político, en detrimento de las acciones de eficiencia.

Dentro de la complejidad administrativa encontramos aún hoy, una estructura orgánica inadecuada debido al aumento considerable que se ha venido dando en el número de áreas a pesar de las restricciones presupuestales de los últimos años, contribuyendo a hacer cada vez más compleja su estructura administrativa, dificultar su funcionamiento y, en consecuencia, a hacer menos claras las líneas de control y responsabilidad entre sus funcionarios.

Algunos de los problemas más graves derivan de la existencia de responsabilidades cruzadas y traslapes entre las áreas y la existencia de procesos administrativos fragmentados que retardan y dificultan la operación. También, la centralización de funciones y procesos, ha afectado la calidad, oportunidad y eficiencia de los servicios ofrecidos. Tanto la normatividad como los procesos de trabajo, sin una política de cambios e innovación adecuados, han venido siendo un importante rezago para una desconcentración efectiva de los procesos.

7.2 Situación de los Servicios de Salud

En términos del contexto en el cual actúa el ISSSTE, durante esos años y en los próximos veinte deberá enfrentar como uno de sus principales retos el cambio en el perfil poblacional que consiste en la reducción de los niveles de mortalidad y el avance en el control de la natalidad entre otras causas, que han transformado el perfil demográfico de la población.

Así, entre los elementos estructurales que intervienen en el encarecimiento de los servicios de salud están entre otros, el envejecimiento de la población,

particularmente de la afiliada al ISSSTE, que ha tenido una repercusión directa y el comportamiento de la lista de precios de medicamentos e insumos médicos respecto al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Como consecuencia de la combinación de diversos factores estructurales (transformación del entorno demográfico y epidemiológico) y coyunturales (ampliación de los beneficios de los trabajadores), desde 1994 los recursos del Fondo Médico, provenientes de las aportaciones de los trabajadores, empezaron a ser insuficientes para cubrir los gastos de los servicios de salud, con lo que inició una tendencia deficitaria.

Este déficit ha tenido que ser cubierto con las reservas de otros fondos del Instituto, ya que a diferencia del de Pensiones, el Fondo Médico no recibe subsidio del Gobierno Federal.

Estos factores estructurales representaban hasta 2007, fecha en que entra en vigencia la nueva ley del ISSSTE, la principal causa de desequilibrio financiero y su naturaleza es tal que aún implica adoptar medidas correctivas de fondo para no agravar más su situación.

A lo anterior, se agrega otro problema fundamental que se relaciona con las características del modelo de atención:

“Una de ellas, la orientación histórica de la Institución para la atención de daños a la salud, que si bien propició el desarrollo de un sistema con servicios curativos, ambulatorios y hospitalarios, a partir de una amplia y compleja infraestructura física, se caracterizó también por el énfasis en el aspecto curativo; hasta muy recientemente de cada peso gastado en servicios médicos, sólo 26 centavos se orientaban a las actividades de prevención”.¹⁰

Aunado a los factores estructurales, existen otras medidas de tipo coyuntural que vinieron a agravar el estado de las finanzas del Fondo Médico, entre las que se encuentran la ampliación, en su momento, de los beneficios otorgados a

¹⁰ Programa Institucional del ISSSTE 2001- 2006; pag. 19

los trabajadores del Estado, así como de la cobertura de beneficiarios de los servicios médicos sin el financiamiento correspondiente.

La suma de los factores estructurales y coyunturales generará un estado de gastos excesivos e ingresos decrecientes que han hecho inviable y obsoleto el modelo médico curativo al encontrarse lejos de resolver la problemática que presenta la nueva realidad del país.

A este problema se añade una mala distribución de los recursos presupuestales. Una fracción importante de las asignaciones del ISSSTE se destina al Fondo Médico, el cual, después del de Pensiones, es al que más recursos se le asignan.

El ejercicio del gasto en materia de servicios médicos refleja una alta concentración, ya que al nivel central le llega a corresponder un alto porcentaje del presupuesto total, en tanto que el restante se asigna a las unidades desconcentradas, entre las que se encuentran las delegaciones, los hospitales regionales y el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, cuyo manejo de los recursos es autónomo. A pesar de que la mayor parte del presupuesto ejercido centralizadamente es de aplicación desconcentrada (alrededor del 55 por ciento del total), más de una cuarta parte de los recursos centralizados del Fondo Médico se aplicaban a nivel central.

Estas aplicaciones presupuestales confirman el fuerte desequilibrio que se registra en la asignación y uso de los recursos a nivel central y desconcentrado, pues mientras el presupuesto centralizado se aplica esencialmente a la compra masiva de medicamentos, productos farmacéuticos y equipo médico, el centralizado con aplicación desconcentrada se destina, en su mayor parte, al pago de nómina, retribución de prestaciones y compensaciones laborales, así como al mantenimiento y conservación del equipo médico. Se percibe en este escenario una falta de alineación del presupuesto médico con las necesidades reales y cotidianas de los centros hospitalarios del Instituto.

El ejercicio presupuestal del Fondo Médico resulta, en la práctica, un proceso que trata de conciliar el cumplimiento de una complicada normatividad con

recursos autorizados pero insuficientes, lo que provoca la desvinculación con las necesidades reales de la población derechohabiente y con complejidades burocráticas. Estos problemas se generan principalmente por la centralización y el control inadecuado del gasto (particularmente para el primer nivel de atención), así como por la inercia en la elaboración del presupuesto. Por otro lado, el ejercicio de los recursos del Fondo Médico aún tiene un enfoque más dirigido a la gestión administrativa y poco a los resultados o a la satisfacción de sus derechohabientes.

Los recursos se destinan sin un criterio claro de costo-efectividad, lo que provoca gastos excesivos que no se reflejan en la calidad de los servicios que se brindan cotidianamente en los centros hospitalarios.

Otra manifestación importante de la inadecuada distribución del presupuesto lo constituye la relación asimétrica entre los recursos asignados al segundo y tercer niveles de atención en comparación con los que se le proporcionaban al primero. Si bien en el segundo y tercer nivel se concentran las especialidades cuyos requerimientos son más costosos, sólo el 20 por ciento de la población derechohabiente del Instituto es referida a estos niveles, en tanto que el primer nivel atiende a 80 por ciento de los pacientes y sólo recibe alrededor del 10 por ciento de los recursos, por lo que su capacidad humana e infraestructura se ven rebasadas al intentar atender con eficacia y calidad la demanda de más servicios.

Este complejo panorama integrado por la distribución inequitativa de los recursos, aunado a la insuficiente adaptabilidad del sistema al nuevo esquema epidemiológico y demográfico del país y a la ampliación de la cobertura sin modificar la base financiera, es lo que ha afectado en forma creciente la disponibilidad y calidad de los servicios médicos.

Al disponer el Instituto de los recursos apenas suficientes para asegurar la operación cotidiana, aspectos importantes para mantener el nivel de calidad requerido se encuentran rezagados, como el mantenimiento y modernización de la infraestructura y el equipo médico, la formación y capacitación de personal, la

adquisición de equipo informático y el mejoramiento de los sistemas administrativos, problemática que se concentra en cuatro grandes rubros:

- Inadecuada planeación y organización de los servicios médicos. Esta situación plantea la necesidad de nuevos modelos de atención, acordes a los cambios en la demanda de servicios, en virtud, de que la inexistencia de un sistema de indicadores de gestión, control y evaluación de los recursos que proporcione datos oportunos y confiables del gasto y de las necesidades propias de cada región o unidad médica del país ha sido una señal inequívoca de la deficiencia en los servicios médicos. A esto viene a sumarse el manejo centralizado del presupuesto (incluyendo los recursos humanos e insumos médicos), el cual genera una asignación desvinculada de la realidad de la demanda.

Aún y cuando se ha tratado de poner en práctica, la falta de la aplicación efectiva de un proceso de planeación estratégica en todos los ámbitos de los servicios médicos, es todavía parte de los problemas que se deben enfrentar a nivel institucional para lograr una mayor coherencia entre el planteamiento de objetivos, metas, asignación y destino de recursos y medición de sus resultados.

- Insuficiente plantilla de recursos humanos. Los problemas recurrentes en la distribución del personal médico conforme a la demanda potencial, tanto en los tres niveles de atención como en las 35 delegaciones del Instituto, propicia que la capacidad resolutive no avance al ritmo de las nuevas necesidades y expectativas de los usuarios, evidenciando con ello la fragilidad del Instituto para afrontar su compromiso de atención con la población derechohabiente. A esto se suma la falta: de formación y capacitación del personal, de una política de recategorización de los profesionales que realizan cursos, especializaciones y otros tipos de capacitación y de motivación al personal médico.

“El personal multidisciplinario del equipo de salud se asignó a las unidades médicas de acuerdo a la situación financiera del instituto, lo que propició a través del tiempo que la capacidad resolutive no avanzara al ritmo de las nuevas necesidades y expectativas de los usuarios. Aunado a esto, se observó

un mayor apoyo en la asignación de personal para consolidar la atención especializada del modelo curativo de salud. En la actualidad la falta de recursos presupuestales para la contratación o sustitución temporal de personal, que equilibre los programas de retiro voluntario y atienda las modificaciones en la demanda de servicios ha mantenido esta situación.”¹¹

- Inadecuados sistemas técnico-administrativos. Un generador importante de esta problemática radica en la ausencia de mecanismos de coordinación entre los tres niveles de atención, así como el desabasto de medicamentos (junto con el tiempo de espera en consulta) y la centralización de recursos e insumos, determinando una gran desigualdad en la infraestructura del sistema de servicios de salud totalmente opuesta a la transición demográfica y epidemiológica de la población derechohabiente.

Estas deficiencias se ven incrementadas debido a la carencia o insuficiencia de sistemas de supervisión de los procesos administrativos en los centros hospitalarios, situación que genera abusos y arbitrariedades en el manejo de la gestión médica. Adicionalmente, aún no se cuenta con la sistematización de información suficiente sobre los derechohabientes, así como, de homogeneidad de los procedimientos establecidos para la operación de los servicios.

- Infraestructura obsoleta y deteriorada. Las caídas presupuestales han repercutido considerablemente en los escasos recursos destinados particularmente a lo que se refiere a mantenimiento, conservación y modernización del equipo médico. Los problemas del equipo médico han sido factor determinante en la disminución de la productividad quirúrgica, incrementándose los servicios subrogados, principalmente los de especialización.

En procesos que requieren apoyos informáticos se observó que algunos usuarios seguían realizando registros manuales y muchos equipos obsoletos. Esto hacía del proceso de abasto un sistema mal articulado, ineficiente y con un

¹¹ Ibid; pag. 20

alto grado de mermas. En la gestión hospitalaria, buena parte del tiempo de trabajo de los médicos se consume en llenar extensos informes en hojas de papel, muchos de los cuales no eran correctamente manejados, por lo que la información sobre el desempeño de los médicos en las unidades del Instituto es escasa para valorar su desempeño.

7.3 . Limitantes en el primer nivel de atención a la salud (nivel preventivo)

Hasta el momento, los programas de carácter preventivo que deben aplicarse en el primer nivel de atención a la salud, no han tenido el impacto deseable en la población derechohabiente del Instituto, lo cual ha mantenido un círculo perverso que se traduce en destinar cada vez más recursos a los programas curativos y no tener capacidad para contrarrestar su demanda, a través de lograr condiciones de salud mejores en la población, con la aplicación de los programas de prevención. Resulta insuficiente el nivel de intensidad y penetración de los programas de educación para la salud que generen una cultura de autocuidado y prevención a todos los niveles de la población, evitando así problemas como la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

“La desatención a estos programas impacta en el incremento de la demanda de servicios curativos y de especialidad que se traduce en la falta de capacidad resolutive a niveles primarios de atención, lo cual propicia traslados a los otros niveles que serían innecesarios si se dispusiera de una idónea atención primaria a la salud.”¹²

La sobredemanda de servicios de alta especialidad ha limitado la atención con la calidad, trato digno y oportunidad que ameritan los usuarios en demérito de la obligación institucional de ofrecer servicios de salud suficientes y adecuados a los afiliados al Instituto.

¹² Ibid; pag. 20

7.4 . Situación de la regionalización de los servicios de salud

Otra condición que se ha presentado en las administraciones recientes, es la variación entre la demanda y la oferta de servicios, dada la movilidad y el cambio de la condición de salud de la población, causando desequilibrios entre la atención básica a la salud y la especializada, y que se ha visto reflejada en la sobredemanda de servicios en las unidades médicas de algunas regiones y la subocupación de infraestructura médica en otras. La edad promedio de los usuarios de servicios se ha incrementado, la migración de la población a zonas diferentes de una misma ciudad, provoca que algunas unidades médicas ya no tengan el mismo número de pacientes que atender, por lo cual se cuenta con capacidad física instalada que sólo se utiliza parcialmente, se presentan situaciones de duplicación de servicios en una misma población, o bien la presencia de un solo prestador institucional.

7.5 . Formación de capital humano

El elemento más importante en la operación del cambio para enfrentar los retos institucionales, lo constituye el factor humano, situación que implica acrecentar la formación y la profesionalización del personal tanto el que trata directamente con la derechohabencia (médicos, enfermeras, personal de ventanilla, etcétera), como el que apoya su operación o el que se desempeña en labores de dirección y administración. La visión de una institución moderna y a la altura de los requerimientos de un país que aspira un mejor desarrollo, exige contar con el capital humano que actúe, entre otras condiciones, acorde a los más altos valores de servicio, pues representan a su vez la imagen y el contacto ante una población derechohabiente más consciente y exigente de sus derechos.

Uno de los grandes retos que debe asumir el Instituto es el de "...transitar en estos próximos años hacia un modelo integral e integrado de atención a la salud, basado en la medicina familiar preventiva, moderno y autosuficiente

financieramente, para ofrecer servicios de calidad y cobertura total, a la altura de las demandas de equidad regional e institucional que hoy le plantea el nuevo perfil epidemiológico y demográfico de sus usuarios, con el trato humano, cálido, digno y participativo que ésta merece.”¹³

Hasta la fecha no han dado los resultados idóneos los intentos de desplegar una estrategia a fondo e integral de fortalecimiento de la cultura organizacional que tome en cuenta el reconocimiento, la confianza y el respeto de todos los empleados, como una forma de incrementar los vínculos de unión, compromiso y solidaridad con la institución, de manera que cualquier esfuerzo de motivación que se emprenda corre el riesgo de perder la eficacia esperada.

7.6 . Rezago en la modernización de los servicios

Una condición más que caracteriza la operación y administración del Instituto, es el rezago en diversas funciones, respecto a las necesidades de modernización de los servicios, entre éstas se encuentran:

- Mantener una centralización presupuestal que no responde a la distribución geográfica de las áreas operativas en todo el país.
- Procedimientos y trámites complejos, lentos y deficientes para otorgar los seguros, servicios y prestaciones.
- Rezago informático, por cuanto al retraso en la incorporación de las soluciones informáticas más apropiadas y actualizadas para los requerimientos institucionales
- Establecimiento de una política de calidad y reforzamiento del seguimiento a los códigos de ética y conducta.

La realización de mejoras sustanciales al Instituto, involucra la instrumentación de un proceso de cambio en sus sistemas de regulación y de apoyo administrativo, elementos complejos si se consideran las dimensiones del

¹³ Ibid; pag. 21

Instituto y la diversidad de prestaciones, seguros y servicios que proporciona, y que como sistema le implicarían:

- Transformar un proceso inercial de planeación, programación y evaluación, en uno estratégico que armonice las acciones institucionales con las prioridades nacionales y sectoriales y que ahonde en la forma de medir los resultados obtenidos.
- Considerar los sistemas de información como componentes de primera importancia para la conducción acertada de la institución.
- Un manejo de los apoyos administrativos congruente con las prioridades institucionales.
- Abatir el rezago en sistemas informáticos de apoyo para el manejo de la derechohabencia, del personal institucional y de los procesos de abasto, obras y control de los inmuebles y el activo fijo.
- Reestructurar y modernizar su funcionamiento (enfoque con base en procesos) que permita lograr economías y optimizar el empleo de recursos.
- Desregular la toma de decisiones y la ejecución de los procesos estratégicos en todos los niveles del Instituto.

7.7 . Organización y procesos

Otro de los elementos relevantes que forman la base de soporte a la operación, son los referidos a las fases de organización y el desarrollo de procesos, en tal sentido la condición de estos elementos en las pasadas administraciones y que aún se ha venido arrastrando en las presentes, ha sido la siguiente:

- División excesiva de la estructura en el ámbito central, con un amplio tramo de control para la Dirección General (53 unidades).

- Multiplicidad orgánico-funcional en el nivel central que deriva en la existencia de procesos administrativos fragmentados, con gran cantidad de actividades de comunicación y control que no agregan valor.
- Funciones ausentes o sin una integración adecuada como las actividades de apoyo técnico, complementario y administrativo sin la cohesión debida, lo que propicia serias limitantes en la coordinación y ejecución de acciones.
- Dispersión de las actividades de investigación y enseñanza médicas.
- Inexistencia de esfuerzos de modernización de procesos, simplificación, calidad y reordenamiento administrativo, o bien realizados en forma aislada.
- Las funciones de evaluación y coordinación Institucional se encuentran dispersas a lo largo de la estructura orgánica.
- En algunas de sus áreas también es común, que se presenten traslapes y/o duplicaciones tanto en funciones sustantivas como de apoyo. Lo anterior se hace evidente al observar que para un mismo servicio se disponen de funciones de planeación, organización, de administración de recursos y la provisión del servicio mismo, sin lograrse la adecuada diferenciación entre quienes intervienen y sus responsabilidades.

La atención puntual y sistemática a estos problemas de la organización y la operación de los procesos, deberá permitir al Instituto contar con una plataforma de organización y operación pertinente a su proceso de modernización.

7.8 . Desconcentración

Factor estratégico del cambio institucional, lo constituye la aplicación de la desconcentración operativa y administrativa, en una institución que tiene alcances nacionales y una población derechohabiente de alrededor de 10 millones de habitantes.

Este punto resulta básico para continuar con la transformación real y de fondo del Instituto, ya que promovería la existencia de una forma de operación debidamente organizada, fortalecida y respaldada desde el centro, situación en la que se han encontrado resistencias de las áreas centrales a ceder en la toma de decisiones, bajo el argumento de aprovechar posibles economías de escala y en una tendencia a la concentración de información para sufragar obligaciones institucionales. Es por ello, que no se delegan las decisiones, metas y regulaciones centrales y esto sigue generando, en algunos casos, lentitud para atender la demanda de servicios de los derechohabientes y, en otros, situaciones de indefinición sobre la responsabilidad de ejecución de acciones operativas entre áreas centrales y delegaciones o que las propias áreas operativas no cuenten con las facultades necesarias para mejorar su capacidad resolutive, que a la fecha resulta uno de los elementos estratégicos de la mayor importancia para atender debidamente a los derechohabientes.

En adición a la limitada desconcentración de facultades en las unidades médicas, que debilitan su capacidad resolutive, se suman los siguientes elementos:

- Estructuras orgánicas inoperantes, que no favorecen la prestación oportuna y eficiente de los servicios
- Insuficiente capacitación del personal de mando en aspectos de gerencia y calidad
- Ausencia de mecanismos de supervisión, evaluación y control de gestión, desde las oficinas centrales hasta el interior de las propias unidades médicas
- Falta de un sistema integral de información y costos de los servicios de salud
- Falta de pertinencia en la formación y capacitación de los recursos humanos
- Ausencia de controles en el procedimiento de referencia y contrarreferencia, que permitan una distribución más adecuada de la demanda de los servicios de especialidad
- Mayor institucionalización de criterios para la subrogación de servicios

- Falta de oportunidad en los programas de mantenimiento de la infraestructura física y del equipamiento de las unidades médicas.

Conforme a lo anterior, algunos de los retos particulares identificados particularmente para la operación del modelo de atención a la salud, que reviertan el proceso de demanda creciente de servicios curativos de especialidad o se atiendan de mejor forma, se encuentran el de poner mayor énfasis en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el impulso a programas de medicina familiar integral así como en el fortalecimiento de la infraestructura médica.

En adición a lo anterior se hace imperiosa la necesidad de mejorar el proceso técnico administrativo de los tres niveles de gestión, en materia de supervisión, evaluación y control, que fortalezcan los procesos de planeación, gestión, toma asertiva de decisiones y programas de garantía de la calidad.

“Por lo que se refiere al segundo y tercer niveles están los retos de apuntalar la capacidad resolutive de las unidades médicas, mediante una mayor desconcentración de facultades; impulsar una cultura gerencial entre sus directivos; analizar e instrumentar procesos rediseñados con criterios de reingeniería, calidad e innovación permanente, con parámetros de cumplimiento en función de los usuarios; y atender con atinencia y oportunidad todas, las quejas de la derechohabiente que se canalicen a través de las diferentes comisiones nacionales y órganos encargados de su control.”¹⁴

En referencia a algunos de los problemas centrales que se presentan en cuanto al desempeño y la administración del personal institucional están:

- Se adolece de un impulso firme y constante con relación a la profesionalización del personal y su especialización.
- La actitud del personal en contacto con los derechohabientes requiere ser mejorada.

¹⁴ Ibid; pag. 23

- No existe una plantilla de personal debidamente estructurada y autorizada, y a nivel presupuestal sólo se considera la relación de la nómina, lo cual propicia déficit y problemas en el control y manejo del personal. A pesar de que en este aspecto se han realizado diversos esfuerzos, aún no se ha logrado concluir y consolidar un registro adecuado que permita a todas las unidades médicas disponer del personal necesario para cumplir debidamente con sus funciones.

Se adolece aún de un sistema de servicio profesional de carrera que permita mantener al personal que posea y mejore el capital de conocimiento del manejo de la institución (pérdida del *expertise*).

Otros aspectos relevantes que se pueden agregar a la situación de la desconcentración del Instituto son:

- Falta de coordinación entre las áreas centrales para realizar las supervisiones a las delegaciones y de comunicación de ciertas áreas con las delegaciones.
- No ha sido suficientemente considerada la opinión del personal de los centros de trabajo, con respecto a los procesos de cambio y mejora de los servicios.
- Tampoco se han tomado en cuenta las diferentes realidades regionales para la puesta en marcha de políticas y programas institucionales.
- Falta de capacitación en aspectos administrativos a funcionarios de las unidades médicas.
- La adquisición de muchos insumos y la contratación de obras y servicios se conservan aún centralizados, aún cuando esto implique falta de oportunidad en su suministro.
- Los procesos de administración de personal también conservan un alto grado de centralización.

Si bien se ha continuado con el fortalecimiento de algunas medidas de apoyo e innovación a nivel de las unidades médicas, aún no se ha desplegado una estrategia integral, definitiva y clara para este punto, ni las políticas

institucionales adecuadas que le den seguimiento a la desconcentración alcanzada y que beneficien de forma consistente y permanente la operación de los servicios.

De ahí que uno de los retos principales para el funcionamiento adecuado de las instancias desconcentradas, sea el de apoyar el fortalecimiento de facultades y recursos que permitan atender y resolver oportunamente la demanda de servicios médicos y de las demás prestaciones y servicios de la población derechohabiente a nivel nacional.

8. Principales acciones realizadas durante el sexenio 2000-2006, en aspectos estratégicos relacionados con áreas centrales y con las delegaciones del Instituto.

8.1 Planeación, programación y presupuesto

Fase de primera importancia en el otorgamiento de los servicios y en la que debe intervenir toda la Institución, a partir del establecimiento de los objetivos y metas institucionales y en los que se deberán concentrar los esfuerzos de la organización.

- Se cumplió relativamente con la intención de innovar el proceso de planeación a partir de un enfoque de planeación estratégica.
- En términos de programación el Instituto incrementó la importancia en el cumplimiento de metas y en la obtención de resultados relevantes de impacto en la derechohabencia, como la medición en el surtimiento de medicamentos del cuadro básico o la atención de consultas médicas de primer nivel.
- Presupuesto. Durante este periodo se hizo énfasis en la necesidad de dar orden en la disposición de los recursos para gasto, estableciendo por una parte objetivos claros y metas precisas sobre las prioridades en el ejercicio del gasto, entre las cuales se encontraron el cumplimiento oportuno del pago de pensiones, el abasto de insumos médicos, la reposición, modernización y aumento del equipamiento médico, la rehabilitación y modernización de infraestructura física (hospitales, mobiliario médico) e informática y de comunicaciones, el incremento de personal médico y de enfermería y la modernización de procesos de apoyo a la operación como la instalación de programas informáticos y de comunicación dirigidos a mejorar la atención del derechohabiente, previo a su ingreso a la consulta médica, como la verificación de vigencia de derechos y la cita médica telefónica.

Con relación a las delegaciones y unidades operativas:

- Desconcentración de partidas presupuestales. En este rubro se lograron alcances básicamente en el empleo de los recursos dirigidos al apoyo administrativo, como la contratación de servicios de limpieza, la adquisición de insumos y contratación de servicios para oficinas, siendo las partidas menores del presupuesto.
- La implantación de la figura de Acuerdos de Gestión, particularmente en unidades médicas, se emplea como un mecanismo que permite comprometer a estas unidades en el logro de mejoras en el otorgamiento de los servicios y en el cumplimiento de metas y en el seguimiento de indicadores que se reflejan en la atención al derechohabiente, a cambio de lograr incrementos presupuestales para obtener mayor equipamiento y otros recursos que benefician la operación de las unidades médicas.
- Con la introducción del Sistema de Programación y Evaluación Presupuestal, las áreas desconcentradas del Instituto podrán reducir esfuerzos administrativos y tiempos en la obtención, ejercicio y control de recursos asignados para gasto.
- Determinación precisa del perfil de la población derechohabiente por unidad médica. Se procuró mejorar la formulación de estadísticas médicas y una mejor captación de los requerimientos de la población derechohabiente para realizar una planeación más confiable del tipo y cuantificación de la demanda.

8.2 Normatividad

El rol normativo de las áreas centrales es fundamental para que las áreas aplicativas puedan operar de una forma organizada, ordenada, sistemática y homogénea, es decir debidamente “normalizadas”, obedeciendo a modelos o patrones que permitan una operación estandarizada, regida bajo normas debidamente sustentadas desde el ámbito jurisdiccional y técnico.

- Establecimiento de mecanismos de atención a los aspectos normativos, como el Comité Interno de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) y el Comité de Medicina del Trabajo.
- Se revisaron, actualizaron, simplificaron, elaboraron y reformularon normas, reglamentos, lineamientos y manuales administrativos que permitieran a las delegaciones y en menor medida a las áreas operativas, contar con documentación jurídica, administrativa y técnica para respaldar sus actividades operativas y administrativas
- Se procuró que las áreas centrales tomaran en cuenta la importancia del papel normativo que deben desempeñar en relación con las áreas operativas
- Se lograron en casos aislados, que las áreas centrales se desprendieran de funciones y actividades de orden operativo, para que fueran asumidas por las delegaciones (pero sin una visión integral del modelo de operación).

8.3 Organización

Esta fase del proceso administrativo resulta fundamental para instrumentar las acciones derivadas de la planeación y contar con los grupos y órganos necesarios para llevarlas a cabo en cumplimiento de los objetivos y metas trazados. Tiene además el propósito de establecer el orden necesario para el funcionamiento de la institución, al definir los ámbitos de competencia de los diferentes grupos de trabajo, las relaciones de mando y jerarquía en la estructura de organización, así como de comunicación y de coordinación entre sus áreas u órganos.

Durante las administraciones anteriores al año 2000, se mantuvieron diversas áreas de apoyo administrativo o complementario a las funciones sustantivas, que agregaban un costo innecesario a las finanzas del Instituto, por lo cual este aspecto fue considerado en la gestión comprendida entre 2000 y 2006 para reducir o reorganizar diversas áreas.

A nivel de órganos y unidades desconcentradas no ocurrieron cambios trascendentes, situación vinculada a las restricciones presupuestales aplicadas durante las administraciones anteriores, lo cual se reflejó en el deterioro de los servicios.

Durante la administración comprendida entre 2000 y 2006, el ISSSTE se abocó a realizar diferentes reestructuraciones a su organización principalmente con el objeto de cumplir con las políticas de austeridad establecidas por el Gobierno Federal. En términos generales los recortes de estructura afectaron áreas de apoyo administrativo, de obras, de supervisión en el Sistema de Tiendas y Farmacias, así como la liquidación de plazas de este sistema.

Se llevó a cabo la reorganización de diferentes áreas, con el fin de concentrar y dar una definición clara a las áreas de carácter sustantivo como son las del área médica y las de prestaciones económicas, sociales y culturales, así como la creación de nuevas áreas que permitieran atender medidas de modernización impulsadas por el Ejecutivo Federal, como la Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional o la Subdirección de Aseguramiento de la Salud, área dirigida a desarrollar el modelo de financiamiento de atención a la salud a partir de enfoques de costeo de los servicios y de su evaluación.

A nivel de delegaciones se estableció una clasificación o agrupamiento inicialmente de cuatro tipos de delegaciones (A, B, C y D), con el fin de adecuar, entre otras cosas, las estructuras de organización, en función de las dimensiones de la población derechohabiente a ser atendida. En los dos últimos años de la administración se volvieron a agrupar en sólo dos categorías.

A nivel de unidades operativas (clínicas, hospitales, áreas de atención al derechohabiente para el pago de pensiones, préstamos personales, servicios funerarios, tiendas y farmacias, servicios turísticos, etc.), sólo se emprendieron algunas medidas para regularizar y dar formalidad a algunas estructuras de los servicios, como es el de las unidades médicas y de algunos del área de prestaciones económicas, sociales y culturales (servicios funerarios, bibliotecas, teatros y centros culturales).

En este plano el Instituto enfrenta una problemática considerable (en caso de emprender acciones de mejora en la calidad de la atención al derechohabiente y de los servicios), entre la cual se encuentra la falta de uniformidad de los niveles de plazas y de la disponibilidad de éstas para sustentar una organización homogénea de los servicios, a partir de un modelo de organización.

En este sentido, se requiere considerar que la administración 2000-2006, tampoco asumió la necesidad de atender esta fase del proceso con el fin de mejorar el otorgamiento de los servicios, dada la complejidad que representa instrumentar estas medidas entre el personal a cargo directamente de su otorgamiento, el cual en su mayor parte pertenece al Sindicato, pues implica entre otros elementos, revisar y probablemente redefinir la delimitación de responsabilidades, funciones y actividades del personal sindicalizado, situación que podría derivar en problemas y conflictos o la inversión de esfuerzos y tiempo considerables por parte de los niveles directivos del Instituto, para alcanzar objetivos deseables en el otorgamiento de los servicios.

A diferencia de otras empresas públicas, las cuales reciben ingresos por la venta de productos y servicios (CFE, por ejemplo) y en las cuales el otorgamiento de estímulos a los trabajadores se puede hacer depender del índice de productividad, dadas las características del servicio o producto, en el caso de instituciones como el ISSSTE, esta situación resulta mucho más compleja de definir dada que su acción sólo se puede reflejar en factores abstractos como la conservación de la salud y el bienestar de los derechohabientes. En el caso de prestaciones y servicios como el de apoyo a la economía familiar (sistema de tiendas y farmacias o el de préstamos personales), que operan con ingresos o recuperación de dinero, implantar sistemas de costo-beneficio, implicaría actuar con criterios de eficiencia que hasta la fecha no han sido considerados, bajo el argumento de constituir prestaciones sociales no lucrativas, aunque al menos pudieran considerar un equilibrio financiero para el Instituto.

8.4 Integración y disposición de los recursos

Las crisis financieras de las administraciones anteriores han provocado un deterioro constante de la infraestructura física, de la disponibilidad de medicamentos, material de curación y de los equipos de atención y tratamiento médicos, además de la falta de presupuesto para otras prestaciones como los préstamos de corto plazo en detrimento de la suficiencia y de la calidad de los servicios a que está obligado a prestar por Ley el Instituto.

Durante el periodo 2000 a 2006, el Instituto concentró esfuerzos en cubrir las deficiencias críticas en aspectos tales como:

- Suficiencia en el surtimiento de medicamentos considerados en el cuadro básico establecido para el sector salud
- Renovación y adquisición de equipos de tratamiento en hospitales, clínicas hospital y hospitales regionales.
- Creación de plazas para el área médica (médicos y enfermeras)
- Aplicación de obras de mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura
- Incorporación de sistemas informáticos de apoyo a la operación.

8.5 Dirección

Fase en que destaca la forma de liderazgo que asumió el personal directivo del Instituto para conducir a la organización al cumplimiento de la misión, los objetivos y metas prioritarios establecidos.

Durante la administración 2000-2006 destacan los siguientes elementos con los cuales se pretendió caracterizar la forma de conducir al Instituto:

- Apego a las prioridades institucionales inscritas en el Programa Institucional 2001- 2006

- Impulso a medidas y acciones de modernización institucionales, que comprendieron entre otros las siguientes:
 - Técnicas innovadoras de tratamiento médico
 - Innovación y fortalecimiento de procesos prioritarios
 - Instalación y desarrollo de sistemas informáticos en la atención al derechohabiente y en la administración de los recursos
 - Aplicación de disposiciones y programas sectoriales como la Ley de Transparencia, el Informe de cumplimiento de metas, el desarrollo del Sistema de Calidad Gubernamental (Intragob).
- Se iniciaron los trabajos para llevar a cabo la Reforma Institucional, ante la situación financiera del Instituto, sin embargo estos no se concretaron en la realización de dicha Reforma.
- Se dictaron y se siguieron medidas de austeridad presupuestal
- Se realizaron acciones de revisión y mejora de la normatividad institucional, con el fin de dar claridad a la administración del Instituto.

8.6 Operación

En esta fase entendida como la forma de aplicar los recursos disponibles y emplear al personal para proporcionar los servicios a cargo del Instituto, destacan las innovaciones efectuadas a partir del empleo de la tecnología de la información y en la insistencia de cambio de actitud del personal a cargo de los servicios.

Se incentivó el cambio en el otorgamiento de los servicios, mediante la instrumentación de medidas y proyectos dirigidos por una parte a facilitar el acceso de los derechohabientes a los servicios, particularmente a los servicios médicos, como es el establecimiento de la Cita Médica Telefónica o la mejora de la atención en ventanilla para verificar la vigencia de derechos y en la formulación y control del expediente médico, la simplificación de trámites como

la licencia médica y el establecimiento de lineamientos para la atención como el de cumplir con un tiempo mínimo de 20 minutos de consulta externa por paciente. Por otra parte, se desarrollaron acciones de capacitación al personal médico y de enfermería, encaminadas a mejorar el trato a la derechohabiente.

Desarrollo del modelo de fomento a la salud y de medicina preventiva. Se establecieron acciones para mejorar las acciones preventivas (CLIDDA, ferias de la salud, campañas de vacunación, etc.), así como el apoyo a las actividades deportivas y recreativas para la población derechohabiente, particularmente para adultos mayores.

En otras instancias del propio Instituto se emprendieron acciones como la revisión y cambios a los trámites para hacer más equitativo el acceso a los créditos para vivienda, de acuerdo al incremento considerable de su disponibilidad, la aplicación de mecanismos para asegurar la transparencia en los trámites (documentos infalsificables, con mecanismos de seguridad, por ejemplo) o la sistematización y certificación en calidad de procesos (en hospitales regionales, CLIDDA, Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil, Otorgamiento de créditos, Sistema de reservaciones TURISSSTE).

8.7 Control y Seguimiento

Esta fase definida como la forma en que la organización mantiene los esfuerzos y el uso de los recursos dentro de lo establecido por la planeación y la normatividad, se caracteriza tradicionalmente por la aplicación de la supervisión directa a la operación y la rendición de informes.

En relación con esta fase en la administración actual, destacó la instrumentación de mecanismos de medición de la gestión como el establecimiento y el cumplimiento de metas y la aplicación de indicadores, que permitieran contar con datos e información más objetiva y de verificación tangible sobre la actuación de todas las áreas del Instituto y particularmente de los rubros más importantes relacionados con los servicios (p. ej. Consultas

externas otorgadas mensualmente con base en una programación, porcentaje de recetas surtidas con relación a una meta prevista, comparativos de número de licencias médicas otorgadas durante los años de gestión de la administración, etc.).

Otro elemento destacable es la introducción de la obligación de rendir cuentas y de acceso a la información sobre la gestión institucional, lo cual incrementa la responsabilidad de los funcionarios para aplicar los mecanismos de control de la gestión en forma debida.

La participación del Órgano Interno de Control con una estrategia más orientada a la prevención de posibles omisiones a la normatividad y a la detección de riesgos, que a la tradicional búsqueda de faltas y la aplicación de sanciones, permitió a las áreas institucionales llevar a cabo las acciones correctivas necesarias previo a incurrir en dichas faltas.

La instrumentación de sistemas de gestión de la calidad con base en la norma ISO-9000 en diversos procesos, ha obligado a las áreas certificadas a implantar herramientas que permitan llevar un control más estricto de su operación y evitar el riesgo de ser observados durante la fase de auditoría de la calidad por parte de las instancias certificadoras.

8.8 Evaluación

Respecto a este punto, el Instituto durante este periodo se caracterizó por:

- Realizar las acciones de evaluación interna a partir de los resultados obtenidos, cuantificados en las metas institucionales y en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y las líneas de trabajo establecidas en el Programa Institucional.
- Inclusión de la participación de la derechohabiente en la evaluación de los servicios, a través de la realización de encuestas ciudadanas (cruzada por la calidad de los servicios) y la captación de sus quejas y opiniones mediante los

mecanismos institucionales (sistema de atención al derechohabiente y CONAMED)

- El establecimiento de los convenios de gestión y las cartas compromiso al ciudadano, han permitido a las áreas operativas y a las instancias de seguimiento y evaluación, contar con mecanismos concretos de referencia para evaluar su gestión y tomar con oportunidad las medidas necesarias para mejorarla.

9. Propuesta del Modelo de Gestión del ISSSTE bajo un enfoque estratégico de mejora de la atención al Derechohabiente

9.1 El contexto institucional

En los próximos años la administración del ISSSTE y del gobierno mexicano enfrentarán la responsabilidad de llevar a cabo lo establecido por la reforma estructural que se deriva de la Ley vigente a partir de abril de 2007, dada la magnitud y la gravedad de la carga financiera que representaba el régimen de pensiones, al grado de considerarse no sólo un problema de finanzas públicas gubernamentales sino un problema de Estado.

Ante este panorama, resulta también ineludible llevar a cabo las acciones de modernización y de mejora en la prestación de todos los servicios en su conjunto, en correspondencia a la reforma legal y financiera que debe proceder y en la que existe una alta probabilidad de que impacte a la derechohabiencia, por lo cual además de lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles para otorgar las demás prestaciones y servicios, el nivel de calidad y de suficiencia de los servicios, deberá percibirse como una constante mejora ante la posibilidad de que la derechohabiencia deba aportar más recursos para su sostenimiento.

La innovación en el enfoque y la forma de otorgar los servicios por parte del Instituto, así como la aplicación de una política de mejora de su calidad, entre otras medidas, deberá formar parte del instrumental administrativo para lograr que la gestión de los servicios se transforme sensiblemente, teniendo como fin principal la satisfacción de las expectativas de la derechohabiencia.

Con base en estas consideraciones, resulta así inaplazable la necesidad de realizar cambios radicales en la forma de enfocar la prestación de los servicios y por tanto la organización y la administración del Instituto; para el efecto sería necesario continuar reforzando la visión institucional poniendo en el centro de

atención al derechohabiente, situación que aún no ha tenido la penetración requerida en la organización para proceder a realizar los cambios que permitan concentrar los esfuerzos y las acciones del conjunto de la institución en torno a esta visión.

9.2 La organización y funcionamiento de las áreas y su alineación con la misión y visión institucionales

Visión institucional del ISSSTE

*Una derechohabiencia con servicios acordes a sus necesidades y expectativas, normalizados bajo códigos de calidad y calidez convenidos con la Institución, que le permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida, en las áreas económica, de salud, vivienda, formación y actualización; y con una diversificación de las actividades en materias de deporte, cultura y recreación.*¹⁵

Misión Institucional

*Contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados y familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, de vivienda, tiendas y farmacias y servicios turístico.*¹⁶

De acuerdo a la descripción de la visión y la misión institucionales, resulta relevante en términos instrumentales, el otorgamiento de los servicios en forma oportuna y eficiente, condiciones que demarcan la orientación que deberá atender el Instituto en la transformación de su funcionamiento y organización.

Conforme a la argumentación anterior y en la orientación de cumplir debidamente con la visión y misión institucionales, el Instituto deberá dar

¹⁵ Programa Institucional del ISSSTE 2001-2006; pag.

¹⁶ Ibid; pag.

continuidad a las estrategias y líneas de acción que lo orienten a cumplir al menos, con los siguientes fines:

- Fortalecer a las áreas sustantivas del Instituto en términos de recursos (personal, equipamiento e infraestructura), concentrar y orientar aún más los esfuerzos y recursos a apoyar a las áreas y personal encargado de operar el otorgamiento de los servicios: unidades médicas, áreas de prestaciones económicas, de créditos para vivienda, sociales, culturales, deportivas, recreativas y de apoyo al consumo de bienes básicos y turísticos.
- Lograr una mayor racionalización de las áreas de apoyo administrativo, incrementando la implementación y utilización de sistemas y soluciones informáticas y de tecnología de comunicación diseñados para estos efectos, así como la simplificación y mejora de la normatividad y regulaciones de carácter administrativo que contribuyan a abatir el exceso de burocracia existente para estos efectos.
- Implantar modelos de gestión basados en el cumplimiento de objetivos estratégicos, en la medición de resultados y en la satisfacción del derechohabiente.
- Fortalecer la vocación de servicio al derechohabiente, partiendo del compromiso real y verificable de los cuadros directivos y fomentando este compromiso en el resto del personal, dando además cumplimiento a la misión institucional.
- Incorporar con mayor prontitud y oportunidad las mejoras en las prácticas médicas e innovaciones tecnológicas para prestar con mayor eficiencia, calidad y calidez los servicios de salud a la derechohabiencia.

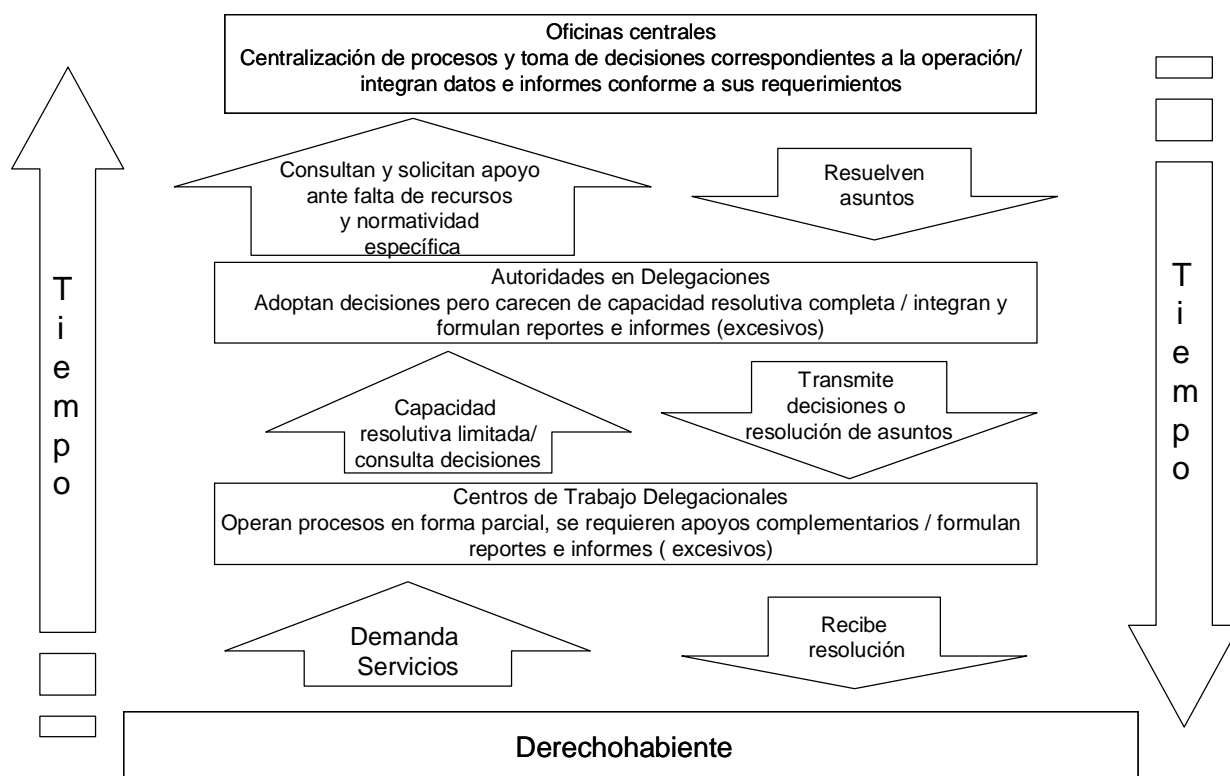
9.3 El proceso de desconcentración y el modelo de gestión

En el cumplimiento de los fines descritos en el punto anterior, el proceso de desconcentración de facultades, de funciones y recursos hacia las delegaciones y los centros de trabajo delegacionales, juega un papel relevante para que

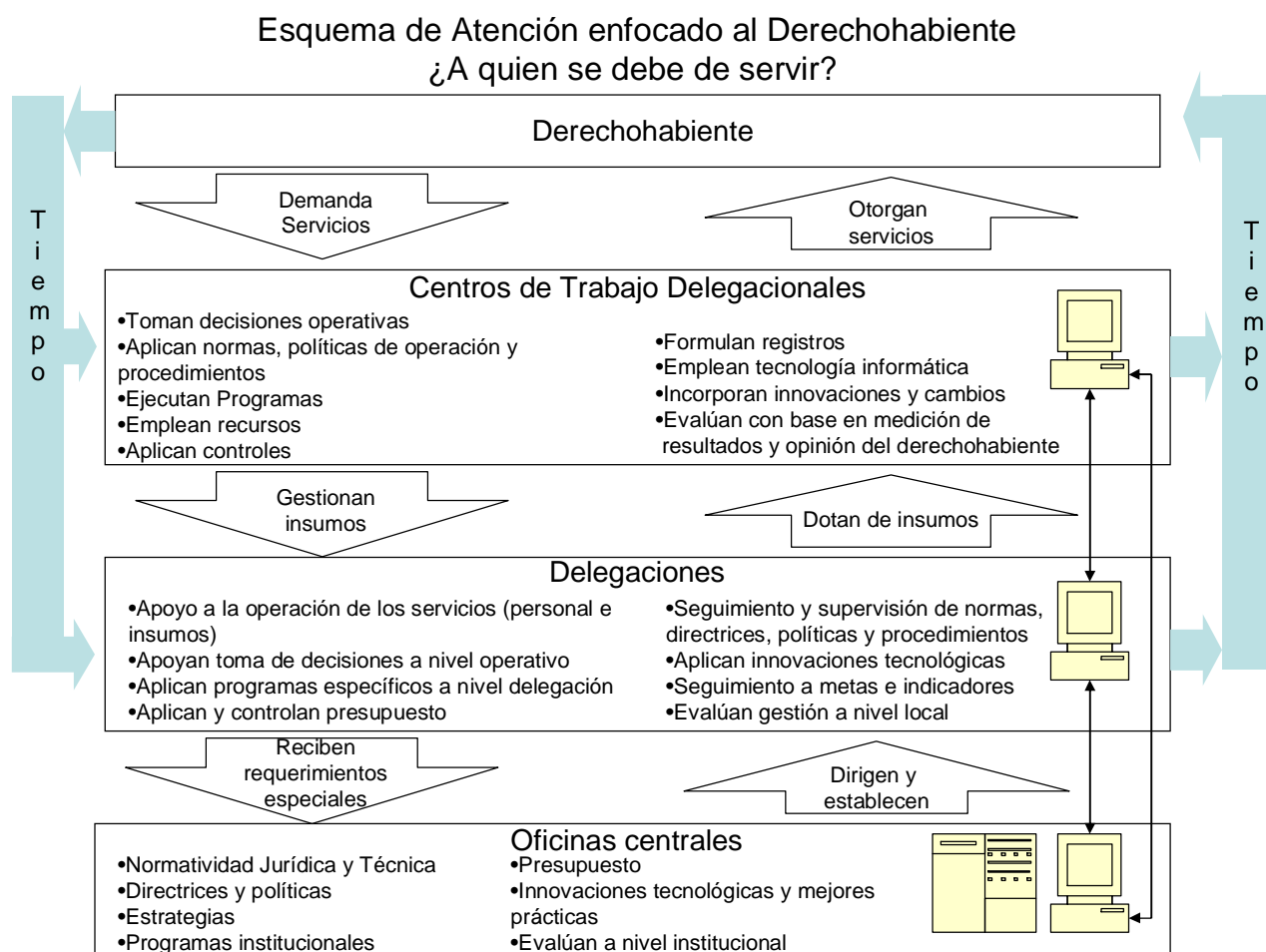
estas últimas mejoren sustancialmente su capacidad resolutoria y, por tanto de atención al derechohabiente.

Para estos efectos es de suma importancia considerar el enfoque que se le debe de dar a la prestación de los servicios, pues en la actualidad el funcionamiento de las áreas centrales, de las delegaciones y de los propios centros de trabajo delegacional se percibe orientado en dos direcciones, una es en efecto enfocada a atender a la derechohabiencia, pero otra no menos absorbente de esfuerzos y recursos es la de satisfacer requerimientos (de información y control), de las propias oficinas centrales y particularmente de la alta dirección del Instituto y de ésta hacia las instancias de control sectorial o la propias oficinas de la presidencia de la República, además del sometimiento aún de muchas decisiones de orden operativo y para el empleo de los recursos que los centros de trabajo delegacionales deben consultar con las oficinas centrales, dada la falta de desregulación de la normatividad interna, pero sobre todo de la sectorial.

Proceso Actual de Atención al Derechohabiente



En función del modelo de gestión actual, resulta de primera importancia modificar el enfoque sobre la orientación del funcionamiento institucional, con el fin de reafirmar su vocación de servicio a la derechohabiente.



De acuerdo al diagrama presentado, el modelo de gestión de los servicios respondería ahora a una orientación en la que se reafirma la importancia de la derechohabiente, para estos propósitos, los centros de trabajo delegacionales deberán contar con el personal, los recursos materiales, equipo y apoyo técnico, así como con los manuales, guías, instructivos, formatos y sistemas informáticos y de comunicación adecuados para otorgar los servicios en forma inmediata o dentro de plazos razonables, considerando que podrán tomar la

mayoría de las decisiones operativas ante los requerimientos de la derechohabencia, es decir contar con una mayor capacidad resolutive en el propio sitio donde se demandan los servicios.

En este modelo las delegaciones centrarían sus acciones en dos grandes funciones, la de apoyo logístico a las áreas operativas y la de supervisión y seguimiento a la operación, registrando el cumplimiento de metas y de indicadores y su sujeción a la normatividad establecida.

Las oficinas centrales por su parte serían responsables de planear el desarrollo institucional, establecer las directrices o políticas de actuación de las dependencias institucionales, así como los programas de acción que deberán cumplirse a nivel institucional. Determinarán el presupuesto correspondiente a los fondos de los seguros, prestaciones y servicios y el que deberá ser empleado para que operen las delegaciones y los centros de trabajo.

10. Instrumentación del modelo de gestión favorable a la derechohabencia a partir de innovaciones a las fases del proceso administrativo

En términos de la instrumentación del modelo de gestión favorable a la atención del derechohabiente, en el cual se hallarían involucrados, bajo una visión integral, tanto las oficinas centrales, como las delegaciones y los centros de trabajo, cabe hacer las siguientes innovaciones en fases críticas del proceso administrativo:

10.1 Planeación, programación y presupuesto

- Aumentar la práctica y el desarrollo del enfoque de **planeación** estratégica a nivel institucional, con el fin de que las áreas centrales, las delegaciones y las unidades operativas logren cada vez un mayor alineamiento a la misión institucional, y coincidan los esfuerzos en el cumplimiento de objetivos y metas prioritarias, disminuyendo a su vez su dispersión y el desperdicio de recursos en áreas no prioritarias. Al respecto adquiere una importancia relevante la revisión crítica de los objetivos y funciones que cumplen las diversas áreas del Instituto, con el fin de reorganizar y adecuar su estructura, y orientarse aún más hacia el cumplimiento de objetivos prioritarios, o bien proceder a compactar o inclusive eliminar áreas no prioritarias al cumplimiento de la misión institucional. Para los centros de trabajo delegacionales, representaría participar activamente en el proceso de planeación y programación, apegarse en términos de la operación a las definiciones derivadas de la planeación estratégica institucional y adecuar su operación y su estructura a los cambios estratégicos que se determinen derivados de la evaluación operativa y de los resultados obtenidos.

- Considerar como componente fundamental de la planeación, el nivel de satisfacción de la derechohabencia y sus demandas.
- Continuar mejorando la sincronización de las acciones de programación entre los diferentes niveles de gestión de la institución y de ésta con las dependencias sectoriales con el fin a su vez de abatir los desfases en el ejercicio de los recursos, un ejemplo relativo a esta situación lo representa los momentos diferentes en que se cuenta con los recursos para el gasto corriente y los dirigidos a la inversión, lo cual en no pocas ocasiones provoca el desperdicio de presupuesto de gasto corriente por no contar con el destinado a la adquisición de bienes de inversión o viceversa, es decir se cuenta con los equipos, por ejemplo, pero no con la contratación del personal que lo debe operar.
- Continuar con la implantación de las “Cartas Compromiso con el Derechohabiente”, mecanismo mediante el cual la unidad operativa asume la responsabilidad de asegurar la obtención de una serie de resultados en beneficio de la derechohabencia a cambio de una serie de apoyos como la dotación de equipos, mobiliario, obras de mantenimiento y otros para mejorar la capacidad resolutive de la unidad operativa.

Esta figura de Acuerdos de Gestión se puede considerar como un mecanismo innovador, adecuado para lograr mejoras tangibles en la prestación de los servicios y en el cual se fomentan los hábitos de responsabilidad y compromiso ante la derechohabencia por parte de los involucrados directamente en la operación. Sería necesario darle continuidad, hacerlo extensivo a un mayor número de unidades operativas e inclusive de nivel delegacional o central y apoyar su permanencia en un periodo objetivamente válido para comprobar su utilidad en el mejoramiento de los servicios que se prestan a la derechohabencia.

- Sistematizar y dar continuidad a la aplicación de indicadores y procedimientos de medición precisa de la gestión y de los servicios otorgados, con la finalidad de dar mayor certeza a la proyección de necesidades por centro de trabajo y

consolidar su permanencia para realizar mediciones más confiables de la gestión a todos los niveles.

- Continuar avanzando en la determinación precisa de los segmentos y el perfil de población derechohabiente a ser atendida por cada centro de trabajo delegacional, con el fin de planear debidamente la vocación de servicio de la infraestructura.
- Realizar ejercicios de planeación estratégica en todos los niveles de gestión, en los cuales se obtengan compromisos y metas a cumplir por cada integrante y área de trabajo.
- Integrar e interrelacionar las estadísticas institucionales con el fin de constituir un mejor instrumento de apoyo a la planeación del Instituto.

10.2 Normatividad

- Mantener continuidad en el ordenamiento, depuración, homogeneización y mejora de la normatividad institucional, entendida ésta como la serie de reglamentos, funciones, lineamientos, procedimientos, políticas y guías técnicas y administrativas que deberán aplicar los centros de trabajo delegacionales
- Dar mayor profundidad a las acciones de mejora regulatoria por parte de las propias áreas centrales, a partir de una identificación más ágil de las áreas críticas y no sólo como consecuencia de las propuestas generadas en el ámbito de las delegaciones.
- Lograr que el alcance de las acciones de mejora regulatoria tenga más repercusiones a nivel de los centros de trabajo delegacionales con el fin de que tenga impactos a nivel de la derechohabiencia.
- La normatividad a ser aplicada por las delegaciones y los centros de trabajo delegacionales deberá ser:
 - Clara y sencilla en su comprensión
 - Precisa en correspondencia con el tipo de servicio que se otorga

- Suficiente para no dejar vacíos que motiven interpretaciones y aplicación de medidas discrecionales por parte de los niveles de operación o la necesidad de realizar consultas continuas a otros niveles
- Sujeta a una revisión constante y mejorada en función de los indicadores de satisfacción a la derechohabencia, de los proveedores del Instituto y del nivel de eficiencia de los procesos operativos.
- Proceder a plantear mejoras a la normatividad establecida por las dependencias externas sectoriales y que afectan la capacidad y autonomía de gestión de las áreas institucionales en perjuicio de la propia derechohabencia.

10.3 Personal

Uno de los elementos estratégicos para innovar el modelo de gestión aplicable a los centros de trabajo, lo constituye el estatus laboral con que se cuenta en las delegaciones y en los centros de trabajo. Dado que hasta la fecha prevalece la costumbre de asignar los sueldos en función del nivel del puesto en la pirámide jerárquica, las delegaciones y los centros de trabajo continúan considerándose los niveles inferiores y, por lo tanto, con los menores ingresos, a pesar de que son el personal que debe atender a la derechohabencia. Entre las razones o causas que prevalecen para seguir manteniendo este paradigma, se encuentran las siguientes:

- El nivel de responsabilidad del personal (funcionarios) es mayor a medida que se ocupa un puesto más alto en la pirámide jerárquica.
- Los puestos operativos no requieren de una formación profesional, dado el tipo de actividades y operaciones que deben ejecutar
- La pertenencia del personal operativo al sindicato impide realizar negociaciones que impliquen realizar cambios (drásticos) al perfil de los puestos de trabajo y/o a las condiciones de trabajo, con el fin de hacer más eficiente la operación (mayor número de tareas a desempeñar, multifuncionalidad, sujeción

a una evaluación del desempeño, cumplimiento de metas y de un programa de trabajo, etc.).

- No se cuenta actualmente con una medición del desempeño que permita valorar apropiadamente las contribuciones y el valor agregado que aporta el personal para determinar las recompensas de que puede ser objeto o los ajustes que se requieren hacer a los puestos de trabajo para que agreguen valor a sus actividades y realicen una mayor contribución a la prestación de los servicios.

Al efecto sería de gran importancia desplegar una estrategia de largo alcance que permita contar con los elementos para valorar apropiadamente el trabajo de orden operativo y con ello proceder a realizar una revisión objetiva del tabulador de sueldos.

10.4 Integración y disposición de los servicios especializados de atención médica

Dado el estado de escasez de recursos financieros y de deterioro de los materiales para el otorgamiento adecuado de los servicios, es necesario, en la perspectiva de mejorar la atención al derechohabiente, mantener e incrementar la disponibilidad de los recursos particularmente en las siguientes áreas:

- Áreas médicas de especialidad, ante la presencia de mayor demanda por enfermedades crónicas degenerativas que se presentan entre la población (cardiopatías, cáncer, diabetes, entre otras). Implica la presencia de personal médico más capacitado y especializado, así como de infraestructura y equipamiento médico de mayor costo.

- Servicios especializados en geriatría, dado el incremento exponencial de la población adulta mayor derechohabiente

- Adquisición de medicamentos de alta especialidad

Ante el crecimiento constante y cada vez más rápido de población con enfermedades crónico degenerativas o en condición de envejecimiento, es impostergable la necesidad de crear medidas que fortalezcan las acciones preventivas y de fomento a la salud entre la población en general y de la derechohabiente en particular. Una mayor atención e importancia a estas estrategias, permitiría iniciar la contención de demanda de servicios especializados.

10.5 Dirección, gestión y control de la operación

- Sustituir esquemas de dirección centralizados y basados en una estructura jerárquica de toma de decisiones, por esquemas de dirección por cumplimiento de objetivos, de metas estratégicas y medición de resultados.
- Transferir mayores facultades de decisión y de gestión a las delegaciones, en la medida que se cuente con los elementos normativos, los lineamientos técnicos y los recursos suficientes que apoyen la operación de las delegaciones y de los centros de trabajo delegacionales.
- Delegar a su vez, más facultades a los centros de trabajo delegacionales para decidir sobre la gestión de los recursos, que favorezcan una mayor capacidad resolutive, en beneficio del otorgamiento de los servicios y de la atención a la derechohabiente.
- Dar mayor importancia al enfoque sobre la atención al derechohabiente, pues aún en muchos ámbitos y niveles de la Institución no se ha ubicado debidamente en la escala de las prioridades al derechohabiente.
- Recortar tramos de decisión a favor de las delegaciones y los centros de trabajo delegacionales en procesos que mantienen aún un alto grado de centralización

- Fortalecer la autonomía de gestión de las delegaciones y de los centros de trabajo delegacionales, mediante la capacitación a los cuadros de dirección y al personal en materia gerencial.
- Innovar y fortalecer los mecanismos de comunicación con las delegaciones, con el fin de mejorar el proceso de gestión desconcentrada.
- Realizar un ejercicio de análisis de la estructura central y de las unidades y órganos desconcentrados con mayor profundidad y alcance, con el fin de depurar, simplificar y reorganizar a las áreas en torno al cumplimiento estricto de la misión institucional y por lo tanto de los objetivos estratégicos orientados a su cumplimiento. Lo anterior permitiría establecer un proceso de reestructuración del Instituto que derive en una mayor simplificación de áreas y de reubicación o reducción estratégica sobre todo de las áreas de apoyo administrativo o complementario al funcionamiento sustantivo del Instituto.
- Como parte de este proceso, la probable disminución de áreas a nivel central y por tanto de personal en oficinas centrales, permitiría desconcentrar a oficinas delegacionales e inclusive a las áreas operativas, una parte del personal, acorde a una estrategia debidamente planificada de fortalecimiento de la operación y que fuera debidamente encaminada al cumplimiento de la misión institucional. Lo anterior implicaría, entre otras medidas, realizar la selección de personal acorde al perfil requerido, en el cual el compromiso de servicio y de su mejora continua fueran parte de este perfil, así como la disposición a ser capacitados para el desempeño de los nuevos puestos.
- En tal sentido también, las propias delegaciones, las unidades operativas y los órganos desconcentrados del ISSSTE, deberán de revisar sus funciones y estructura con el fin de ajustarse también al cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos para cumplir a su vez con la misión institucional. Esto daría la pauta además, para adecuar o fortalecer áreas y puestos de trabajo en estos niveles.

- Mantener las líneas de trabajo dirigidas a la transformación institucional: modernización de procesos, desarrollo organizacional, transparencia en la gestión, aplicación del código de actuación de los servidores públicos para el otorgamiento de los servicios y mayor eficiencia en el empleo de los recursos.

10.6 Prestación de los servicios de salud

Incrementar exponencialmente los servicios de atención preventiva y de protección a la salud, como una forma de contener la demanda de servicios de medicina curativa, situación que está aumentando a gran velocidad y que representa un costo muy alto para su sostenimiento, dado que el Instituto atiende a una población adulta creciente que demanda cada vez más atención médica especializada, intervenciones quirúrgicas, hospitalización y tratamientos con un alto costo, situación que cada vez más rebasa la capacidad financiera del Instituto para dar la atención conforme a los principios de suficiencia, oportunidad, calidad y calidez.

Como una solución para contrarrestar este fenómeno se deberán desplegar programas de adaptación de la infraestructura de las unidades de medicina familiar, y de inversión en equipamiento e incorporación de especialistas para impartir clases y actividades de: acondicionamiento físico, baile (de salón, regional, etc.) deportes, gimnasia, yoga, nutrición y medicina alternativa (como una forma de prevención), entre otros y diferenciar la impartición de estas actividades en función de la condición, edad e interés de cada derechohabiente.

Establecer como parte del sistema de atención médica el subsistema de fomento a la salud que comprenda acciones y convocatoria a la población derechohabiente para recuperar y fortalecer hábitos saludables, nutrición adecuada al estilo de vida urbano, actividades físicas y deportivas y recreativas.

El desarrollo del modelo requerirá de un proceso proactivo por parte de los medios de que disponga el Instituto y las unidades médicas para aumentar considerablemente la participación de la población derechohabiente.

Una forma de organizar y facilitar la prestación de estos servicios de cuidado de la salud, será el de establecer convenios con otras instituciones públicas, asociaciones civiles y privadas especializadas para ofrecerlos a la derechohabiente del Instituto.

Orientar mayores recursos a la investigación científica en materia de medicina alternativa, orientadas a formar parte de las acciones preventivas y de fomento a la salud.

10.7 Evaluación

La agenda de esta fase crítica del proceso administrativo, es aún muy amplia dado el número de elementos que intervienen para llevar a cabo la evaluación y los alcances que conlleva pues debe abarcar la totalidad de las actividades y servicios institucionales. No obstante esto, al menos se pueden enumerar los siguientes incluyendo los que ya están siendo empleados para evaluar la gestión institucional:

- Continuar con el desarrollo e implantación de indicadores institucionales que midan la efectividad en el otorgamiento de los servicios (oportunidad, suficiencia y calidad). Esto necesariamente involucra a todos los niveles de gestión.
- En tal sentido se requiere avanzar en la construcción de indicadores de gestión que permitan medir la efectividad real de los equipos de trabajo y su impacto a la derechohabiente y no sólo de su eficiencia, mantener continuidad en el seguimiento de los mismos, con el fin de establecer tendencias históricas y establecer parámetros de actuación promedio que permitan realizar proyecciones acertadas en la planeación y programación de los servicios.
- Centrar la evaluación de la gestión institucional en los índices de satisfacción a la derechohabiente (medición del impacto), constituyendo además uno de los ejes rectores de la planeación estratégica institucional.

- Procesar debidamente las quejas, denuncias y peticiones de la derechohabiente y la ciudadanía en general para detonar las acciones de mejora correspondientes.
- Fortalecer la medición de resultados y de la autoevaluación en todos los niveles de gestión del Instituto. La intensificación de las medidas de rendición de cuentas y de transparencia de la gestión, implica entre otras acciones, la de generalizar y formar el hábito en todos los niveles de gestión, de mejorar y consolidar los procesos de autocontrol y de previsión de posibles riesgos en que se pueda incurrir por prácticas indebidas u omisión de responsabilidades.
- Identificar el proceso de evaluación a todos los niveles de gestión, como el surgimiento de áreas de oportunidad para mejorar los servicios, y no como un mecanismo para encontrar “fallas y errores” y ser la base para sancionar al personal.
- Promover las prácticas de autoevaluación y retroalimentación por parte de la derechohabiente, la ciudadanía y de los clientes internos en cada una de las áreas institucionales y en todos los niveles de gestión, con el fin de mejorar integralmente la actuación del Instituto. Si bien estos planteamientos no son del todo novedosos, la incorporación de la percepción de la ciudadanía sobre los servicios, la implantación de indicadores más precisos y concretos que midan con más certidumbre la actuación del Instituto, así como la obligación de rendir cuentas y transparentar la gestión, implican profundizar y asumir con mayor seriedad y compromiso los esfuerzos por realizar una evaluación que oriente e induzca a mejorar cada vez con mayor efectividad la actuación de cada uno de los integrantes del Instituto.

10.8 Innovación organizacional y tecnológica

- Reestructurar la organización y funciones del Instituto, basándose en la planeación estratégica y en la aplicación del enfoque de procesos (visión transversal y no sólo jerárquica vertical).

- Generalizar la aplicación de mecanismos y mejores prácticas relacionadas con el otorgamiento y la administración de los servicios sustantivos del Instituto, para incrementar la eficacia de su operación y la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos disponibles.
- Llevar a cabo la integración y/o interrelación de los diferentes sistemas informáticos, en términos de compartir y consolidar bases de datos.
- Completar la infraestructura informática y de comunicación en todos los niveles de gestión, así como la instalación y operación de sistemas institucionales de apoyo a la operación.
- Continuar con la detección de áreas de oportunidad en el nivel operativo, considerando que es en este nivel dónde el usuario percibe el nivel de calidad de la atención a la que tiene derecho.
- Promover e impulsar un proceso de desconcentración de más facultades y recursos a las delegaciones y de éstas a los centros de trabajo delegacionales, conforme a una estrategia y programas debidamente estructurados y soportados para ser administrados apropiadamente a estos niveles, lo cual implica al menos contar con el personal debidamente capacitado para hacerse cargo de estas funciones a nivel operativo, así como con el equipamiento y recursos adecuados y debidamente instalados.
- Dar una mayor promoción al establecimiento de las prácticas de mejora de la calidad y su certificación, como una forma de mejorar la fase de control de gestión de las áreas, debido a la aplicación de instrumentos de registro de la operación, de su validación y auditoría, como lo requiere la norma de calidad. Asimismo, el requerimiento normativo que existe de ubicar los parámetros específicos dentro de los cuales deberán de operar cada uno de los procesos institucionales, para que el otorgamiento de los servicios sea consistente y el control de su operación cuente con las referencias precisas de lo que se debe cumplir, es una tarea que también requiere ser desarrollada y continuada en las próximas administraciones.

11. Propuesta de cambios a la normatividad institucional: Reglamento de Delegaciones

De acuerdo al modelo de gestión que se propone, en el nivel normativo será necesario realizar diversos cambios al Reglamento de Delegaciones vigente (DOF 27/08/09)

Dice	Debe decir
<p>Art. 10; frac. III</p> <p>Proporcionar a las Unidades Administrativas Centrales, la información y estadísticas requeridas para la planeación, organización, evaluación y control de las actividades y programas del Instituto, en términos de la normatividad aplicable;</p>	<p>Art. 10; frac. III</p> <p>Proporcionar a las Unidades Administrativas Centrales, la información sobre los resultados de la gestión, indicadores y estadísticas requeridas para la planeación, organización, evaluación y control de las actividades y programas del Instituto, en términos de la normatividad aplicable;</p>
<p>Art. 10; frac. VII.</p> <p>Llevar a cabo la difusión, orientación y atención respecto de los trámites y procedimientos para el otorgamiento de los</p>	<p>Art. 10; frac. VII.</p> <p>Llevar a cabo la difusión, orientación y atención respecto de los trámites y procedimientos para el otorgamiento de los</p>

Dice	Debe decir
<p>Seguros, Prestaciones y Servicios que se otorguen a los Derechohabientes;</p>	<p>Seguros, Prestaciones y Servicios que se otorguen a los Derechohabientes y adoptar las medidas necesarias, de acuerdo a sus competencias, para dar solución pronta a sus requerimientos;</p>
<p>Art. 10; frac.VIII..</p> <p>Establecer, operar y dar cumplimiento, en coordinación con las Unidades Administrativas Centrales y Desconcentradas, a los mecanismos que permitan la mejora de la gestión en el otorgamiento de los Seguros, Prestaciones y Servicios;</p>	<p>Art. 10; frac.VIII..</p> <p>Establecer, operar y dar cumplimiento, en coordinación con las Unidades Administrativas Centrales y Desconcentradas, a los mecanismos que permitan la mejora, la simplificación y la innovación de la gestión en el otorgamiento de los Seguros, Prestaciones y Servicios, considerando especialmente los resultados de la evaluación de la satisfacción del derechohabiente;</p>

	<p>Art. 18; frac. III (nueva propuesta)</p> <p>Promover, organizar y apoyar en coordinación con la Subdelegación de Prestaciones, los programas de prevención y cuidado a la salud que se instrumenten a nivel de las unidades de primer nivel de atención y con otras instancias externas del sector salud.</p>
	<p>Art. 19; Inciso B, fracc. III (propuesta de fracción nueva)</p> <p>Coordinar con la Subdelegación Médica la planeación y desarrollo de los programas de apoyo a la salud preventiva, dirigidos a la derechohabencia</p>
<p>Art. 20. fracc. XXI.</p> <p>Integrar la información sobre los Seguros, Prestaciones y Servicios</p>	<p>Art. 20; fracc. 21</p> <p>Integrar la información sobre los Seguros, Prestaciones y Servicios</p>

Dice	Debe decir
<p>otorgados a los Derechohabientes en el ámbito de la Delegación, y remitir periódicamente a las Unidades Administrativas Centrales, la información presupuestal y contable para la consolidación de los reportes institucionales establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y los que requieran otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;</p>	<p>otorgados a los Derechohabientes en el ámbito de la Delegación, y remitir periódicamente a las Unidades Administrativas Centrales, la información presupuestal y contable, incluyendo la correspondiente a indicadores y metas de cumplimiento, para la consolidación de los reportes institucionales establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Función Pública y los que requieran otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal;</p>

12. Asignación de funciones y distribución de competencias, relacionadas a las innovaciones en el modelo de gestión

De acuerdo a las propuestas de innovación que se deben llevar a cabo para fortalecer la gestión enfocada al derechohabiente, en términos del proceso administrativo, se abordan seis materias críticas que deberán ser complementadas funcionalmente en los tres niveles de la organización: Áreas centrales, delegaciones y centros de trabajo delegacionales¹⁷. Las materias que se definieron como críticas fueron las siguientes: planeación, programación y presupuesto; normatividad; dirección, gestión y control, operación de los servicios de salud, innovación organizacional y tecnológica y por último evaluación. La intención en este punto, es la de identificar las funciones que deberán quedar establecidas al nivel de los manuales de organización, delimitando adecuadamente sus competencias y en la orientación de prestar mejores servicios a la derechohabiencia.

12.1 En materia de planeación, programación y presupuesto

➤ Áreas centrales

- Establecer y dar continuidad a la visión, misión, objetivos estratégicos y líneas de acción institucionales
- Programar y presupuestar financieramente las actividades del Instituto, en función de la misión, visión, objetivos estratégicos y líneas de acción establecidas
- Establecer las metas estratégicas anuales, los indicadores de cumplimiento y los parámetros de actuación de las áreas delegacionales y operativas,

¹⁷ Cabe aclarar que en esta categoría se incluyen a las unidades médicas en general

considerando los resultados de las evaluaciones realizadas a la gestión del Instituto.

- Difundir la normatividad que en materia financiera y presupuestal establezcan las dependencias sectoriales
- Establecer los lineamientos de orden financiero y presupuestal que deben seguirse a nivel institucional, en función de la normatividad financiera y presupuestal sectorial
- Realizar el seguimiento de las actividades institucionales en función de la programación establecida e informar a las delegaciones y centros de trabajo delegacionales sobre el cumplimiento de las metas e indicadores.

➤ Delegaciones

- Realizar ejercicios de planeación estratégica con los centros de trabajo delegacionales coordinados por la Delegación, enfocándolos al cumplimiento de la misión, de los objetivos estratégicos y de las líneas de acción establecidas a nivel institucional.
- Determinar, como parte de los ejercicios de planeación estratégica a nivel de la delegación, las metas a cumplir mensual, bimestral y anualmente, en función de la población derechohabiente comprendida en su cobertura, de los resultados de la evaluación de los servicios a nivel de la delegación, y de los lineamientos establecidos por el nivel central para la programación de actividades, así como de los indicadores institucionales establecidos.
- Elaborar los programas anuales de actividades de la delegación, considerando los ejercicios de planeación estratégica realizados con las centros de trabajo delegacionales, verificar su alineación al cumplimiento de la misión institucional, de los objetivos estratégicos y de las líneas de acción establecidas, y determinar el presupuesto correspondiente a estos programas, considerando la normatividad y los lineamientos presupuestales establecidos en el Instituto.

- Realizar la supervisión de las actividades de los centros de trabajo delegacionales, conforme los programas de trabajo, a las metas acordadas, los parámetros de cumplimiento y los compromisos establecidos.
- Formular los reportes correspondientes sobre el cumplimiento del programa de trabajo, de metas y de objetivos.

➤ Centros de trabajo delegacionales

▪ Jefe o responsable de la Unidad

- Reunir la información y datos resultantes de la operación y del otorgamiento de los servicios a la derechohabiente, con el fin de participar en los ejercicios de planeación estratégica que se lleven a efecto a nivel de la delegación
- Participar en los ejercicios de planeación estratégica y de programación de la delegación, determinando, en función de los objetivos estratégicos y de las líneas de acción establecidas, las actividades, metas y compromisos particulares correspondientes a su área de competencia.
- Coordinar con el área financiera de la delegación, las actividades relacionadas con la determinación del presupuesto anual para la operación de los servicios a su cargo.
- Realizar el seguimiento del programa de trabajo de los servicios a su cargo y llevar a cabo las acciones de evaluación establecidas, con el fin de adoptar las medidas conducentes para asegurar el cumplimiento de metas y que las actividades correspondan al cumplimiento de las líneas de acción, los objetivos estratégicos y la misión del Instituto.

➤ Personal operativo

- Colaborar en la planeación de las actividades de su área de trabajo, aportando datos, identificando áreas de oportunidad propuestas, y requerimientos de apoyo para mejorar las funciones y el otorgamiento de los servicios.

- Participar en los ejercicios de planeación estratégica de su unidad de servicio, con el fin de que sea considerada su opinión y para que adopte los compromisos a ser cumplidos en términos de cumplimiento de metas e indicadores de gestión de su puesto de trabajo.
- Aplicar los indicadores de medición de sus actividades y resultados y adoptar las medidas de autocorrección necesarias.

12.2 En materia de normatividad

➤ Áreas centrales

- Formular y establecer las normas y lineamientos específicos y precisos que regulen la operación de las unidades otorgantes de los servicios y delimite las facultades de actuación y toma de decisiones de los diferentes niveles de gestión.
- Revisar la normatividad institucional, en función de la evaluación de los resultados de la gestión institucional y de la satisfacción a la derechohabencia, que permitan identificar áreas de oportunidad en esta materia.
- Perfeccionar la normatividad en función de la evaluación de la gestión de las centros de trabajo delegacionales, mediante el desarrollo de programas de mejora regulatoria.

➤ Delegaciones

- Observar la normatividad establecida a nivel institucional
- Supervisar que los centros de trabajo delegacionales otorgantes de los servicios apliquen la normatividad establecida
- Solicitar la mejora regulatoria de la normatividad existente en función de las condiciones locales y de la evaluación de la eficiencia de la operación sujeta a la normatividad establecida

- Desarrollar acciones preventivas para evitar incurrir en faltas y omisiones a la normatividad establecida
- Aplicar medidas correctivas en aquellos casos donde haya incumplimiento a la normatividad establecida y reportar las faltas o incumplimientos en que se incurra, con el fin de que las autoridades superiores procedan en los casos que se requiera.

➤ Centros de trabajo delegacionales

- Aplicar la normatividad jurídica, administrativa y los lineamientos técnicos establecidos para regular la operación y el otorgamiento de los servicios a su cargo.
- Efectuar la medición de los indicadores relacionados con el cumplimiento de la normatividad y los lineamientos establecidos y formular los registros correspondientes.
- Llevar a cabo acciones preventivas y correctivas ante la falta de observancia de la normatividad y lineamientos establecidos para la operación de los servicios.
- Evaluar la factibilidad de la normatividad y los lineamientos técnicos establecidos, en función del grado de eficiencia (oportunidad y facilidad) con que pueden ser operados los servicios a su cargo y proponer su mejora (simplificación o complementación) a las autoridades delegacionales.

12.3 En materia de dirección, gestión y control

➤ Áreas centrales

- Establecer las directrices generales de actuación de las delegaciones y los centros de trabajo delegacionales, a través de documentos indicativos y de orientación como el Programa Institucional y los programas y proyectos específicos de trabajo.

- Delimitar las facultades generales de actuación y toma de decisiones de las delegaciones y de los centros de trabajo delegacionales, mediante el establecimiento de lineamientos en la materia.
- Establecer modelos de dirección basados en el cumplimiento de programas, objetivos y metas aplicables a las delegaciones y a los centros de trabajo delegacionales
- Aplicar los mecanismos de captación de datos e información de los indicadores de gestión y de resultados de la operación y analizarlos para proceder a comunicar las medidas de ajuste a las delegaciones y de estas a los centros de trabajo delegacionales
- Sustener reuniones periódicas con el personal directivo de las delegaciones y de los órganos desconcentrados con el fin de comunicar las directrices de actuación y de la administración de los recursos asignados para operar y otorgar los servicios, así como para intercambiar información acerca del desarrollo de los programas, objetivos y metas a cumplir por parte de las instancias operativas.
- Efectuar de manera continua, procesos de capacitación de los cuadros directivos en las delegaciones y en los centros de trabajo delegacionales con el fin de incrementar sus capacidades de dirección y gestión.

➤ Delegaciones

- Aplicar a nivel de las oficinas de la delegación y de los centros de trabajo delegacionales, las directrices de actuación para el otorgamiento de los servicios, establecidas a través del Programa Institucional, así como de los programas y proyectos institucionales a ser cumplidos.
- Determinar y ajustar en su caso, las metas y obtención de resultados relativos a los programas y proyectos institucionales, en función de las condiciones operativas y la capacidad de respuesta de la delegación, y someterlas a

consideración de las oficinas centrales con el fin de tomar las decisiones pertinentes.

- Supervisar el otorgamiento de los servicios por parte de los centros de trabajo delegacionales y adoptar las medidas y decisiones necesarias para que se cumpla con las metas y las directrices institucionales establecidas.
- Realizar reuniones periódicas con el personal directivo o responsable de la operación de los servicios, con el fin de revisar los avances y desarrollo de su gestión, acordar las acciones necesarias para resolver los problemas y conflictos que se presenten y ordenar su aplicación.
- Adoptar las decisiones necesarias sobre la gestión de los servicios y la aplicación de los recursos de que dispone la delegación, en función de la normatividad y lineamientos establecidos y de la problemática que presenten los responsables de su otorgamiento.
- Generar y procesar los datos e información permanentes sobre el avance en el cumplimiento de metas y de los indicadores de gestión y tomar las decisiones necesarias para controlar debidamente la gestión de las áreas operativas.
- Delegar en los responsables del otorgamiento de los servicios, un mayor número de decisiones operativas, que incluya el manejo de recursos, con el fin de favorecer la capacidad resolutive de la unidad y en beneficio del derechohabiente.
- Aplicar y reforzar las acciones y las medidas de control en la gestión de los servicios, en función de los resultados de las acciones de supervisión realizadas, de la evaluación interna sobre el cumplimiento de metas y resultados, y de las encuestas de satisfacción de los derechohabientes.

➤ Centros de trabajo delegacionales

- Efectuar el otorgamiento de los servicios, en función de la normatividad y lineamientos establecidos, de las directrices comunicadas por las autoridades de la delegación y de los objetivos y metas acordadas.
- Adoptar las decisiones necesarias para resolver los problemas operativos que se presenten durante las jornadas de trabajo, en función de la normatividad, los lineamientos y los procedimientos establecidos.
- Aplicar en su ámbito de responsabilidad, las acciones de control que se requieran para asegurar el adecuado desempeño del personal y el empleo de los recursos disponibles, así como para que se otorguen adecuadamente los servicios a la derechohabiente.
- Formular, con el apoyo de los sistemas de procesamiento de datos, los reportes correspondientes a la operación diaria y presentarlos y entregarlos a los niveles de supervisión de la delegación para la revisión de la gestión del área.
- Adoptar en coordinación con las autoridades de la delegación, las decisiones y acciones necesarias para corregir los problemas operativos que se presenten y que tienen impactos desfavorables a la derechohabiente.
- Efectuar propuestas para fortalecer la capacidad resolutoria de la Unidad Operativa (delegación de facultades, simplificación regulatoria, mayor equipamiento informático e infraestructura de comunicación y sistemas, personal, etcétera).

12.4 En materia de servicios de salud

➤ Áreas centrales

- Diseñar programas de cuidado y fomento a la salud orientados principalmente a la población adulta y adulta mayor que comprendan el desarrollo de actividades deportivas, de actividad física y recreativa.

- Establecer proyectos de inversión en infraestructura física encaminados a adaptar espacios en unidades médicas de primer nivel, para la práctica por parte de la población derechohabiente, de actividades deportivas, de acondicionamiento físico y recreativo.
- Establecer proyectos de inversión en equipamiento de aparatos de gimnasia e instrumentos para la práctica de actividades de acondicionamiento físico y deportivos en las instalaciones de las unidades de primer nivel de atención.
- Formular e implantar a nivel institucional, políticas y lineamientos que normen y regulen la práctica de actividades de acondicionamiento físico y deportivo en las unidades de primer nivel de atención, así como para el establecimiento de convenios y contratos que celebren las delegaciones con otras instituciones especializadas y prestadores de servicios en estas materias, para atender a la población derechohabiente.

➤ Delegaciones

- Diseñar las estrategias de instrumentación de los programas de cuidado y fomento a la salud para la población adulta y adulta mayor, en función de las características territoriales y de las condiciones de la infraestructura física del primer nivel de atención con que cuenta la delegación.
- Determinar el monto de inversión en la adaptación de espacios, equipamiento de las unidades médicas de primer nivel para la práctica de actividades físicas y deportivas dirigidas al derechohabiente, así como para la contratación de especialistas en las diferentes disciplinas.
- Capacitar al personal del área de salud de la delegación en materia de regulación de los programas de cuidado y fomento a la salud, así como para su instrumentación a nivel de las unidades de primer nivel de atención.
- Establecer a través de la Subdelegación de Prestaciones, los convenios y contratos dirigidos a subrogar servicios de instituciones públicas y prestadores

de servicios en materia de preparación física y práctica deportiva, conforme a la normatividad establecida en la materia.

➤ Centros de trabajo delegacionales

- Determinar, en función del perfil de la población derechohabiente a la que debe otorgar los servicios de salud y de la normatividad institucional, el tipo de prácticas de acondicionamiento físico y actividades deportivas que se pueden prestar a la derechohabiencia.
- Proporcionar a la delegación los datos e información necesaria para determinar el nivel de inversión requerida para acondicionar los espacios, suministrar los equipos y su mantenimiento dirigidos al acondicionamiento físico y la práctica deportiva.
- Captar y comunicar a la delegación, la situación de la oferta de servicios en materia deportiva y de acondicionamiento físico que otorguen instituciones públicas y privadas, que existan dentro de su área de influencia.

12.5 En materia de innovación organizacional y tecnológica

➤ Áreas centrales

- Investigar y actualizar el conocimiento y las prácticas en materia de innovación administrativa y adaptarlas al ambiente institucional, en función de su viabilidad y de los beneficios que aportará para mejorar la administración de los servicios.
- Instrumentar a nivel de las delegaciones, las innovaciones en materia administrativa, desarrollo organizacional y calidad con el fin de mejorar y eficientar la prestación de los servicios.
- Captar y analizar las propuestas y requerimientos de mejora administrativa y de innovación tecnológica que generen las delegaciones.

- Desarrollar a nivel institucional soluciones informáticas para apoyar y mejorar la operación de los servicios.

➤ Delegaciones

- Instrumentar a nivel de las oficinas y los centros de trabajo delegacionales, los proyectos de innovación en materia administrativa, desarrollo organizacional, calidad e informática que diseñen las oficinas centrales.
- Llevar a cabo los programas de capacitación dirigidos al personal de los centros de trabajo delegacionales, en materia de innovaciones, de mejora administrativa, de calidad y de tecnología informática.
- Realizar a nivel de los centros de trabajo delegacionales, diagnósticos dirigidos a detectar áreas de oportunidad en materia de mejora administrativa y operativa, de desarrollo organizacional y de calidad en el otorgamiento de los servicios, y comunicarlas a las oficinas centrales para que se proceda a su análisis.

➤ Centros de Trabajo Delegacionales

- Aplicar las medidas de innovación administrativa y de tecnología informática que implanten las oficinas delegacionales, dirigidos a mejorar la gestión y la prestación de los servicios al derechohabiente.
- Participar en la formulación de diagnósticos y propuestas encaminados a detectar áreas de oportunidad para mejorar la administración y la calidad en la prestación de los servicios.

12.6 En materia de evaluación

➤ Áreas centrales

- Evaluar a nivel institucional el cumplimiento de programas, proyectos, objetivos y metas (revisión de líneas estratégicas, metas, establecimiento de estrategias para corto y mediano plazo) y realinear actividades y programas en función de los objetivos estratégicos y de la misión establecida.
- Consolidar a nivel institucional, los datos e información relacionados con indicadores de gestión, metas y del ejercicio presupuestal, así como integrar la estadística institucional.
- Rendir los informes de gestión a la Junta Directiva del Instituto y a las instancias sectoriales correspondientes de acuerdo a la normatividad establecida, así como para retroalimentar el proceso de planeación estratégica institucional.
- Aplicar a nivel nacional, encuestas para conocer el nivel de satisfacción de la derechohabencia, sobre los servicios que otorga el Instituto, procesar los resultados e incorporar los análisis correspondientes a los ejercicios de planeación estratégica institucional.

➤ Delegaciones

- Evaluar el cumplimiento de metas a nivel de la delegación, grado de correspondencia o alineación con los objetivos estratégicos y líneas de acción y el nivel de satisfacción al derechohabiente.
- Realizar en conjunción con las centros de trabajo delegacionales, acciones de realimentación y en su caso de rectificación de metas y actividades e identificar factores que afecten el desarrollo de las actividades, con el fin de realizar acciones de apoyo a los centros de trabajo delegacionales para lograr el cumplimiento de las metas y los objetivos establecidos.

- Enviar a las oficinas centrales, los informes y evidencias sobre los resultados obtenidos de la operación de los servicios otorgados, de los indicadores y metas cumplidas y del nivel de satisfacción de la derechohabiente.

➤ Centros de trabajo delegacionales

▪ Jefe o responsable de la Unidad

- Captar y procesar las quejas, sugerencias y opiniones de los derechohabientes a los que se les otorgan los servicios por parte del personal asignado a la unidad, llevar a efecto las acciones correctivas de acuerdo a sus facultades y solicitar, en su caso, a las áreas de la delegación los apoyos correspondientes para remediar los problemas o demandas de la derechohabiente.

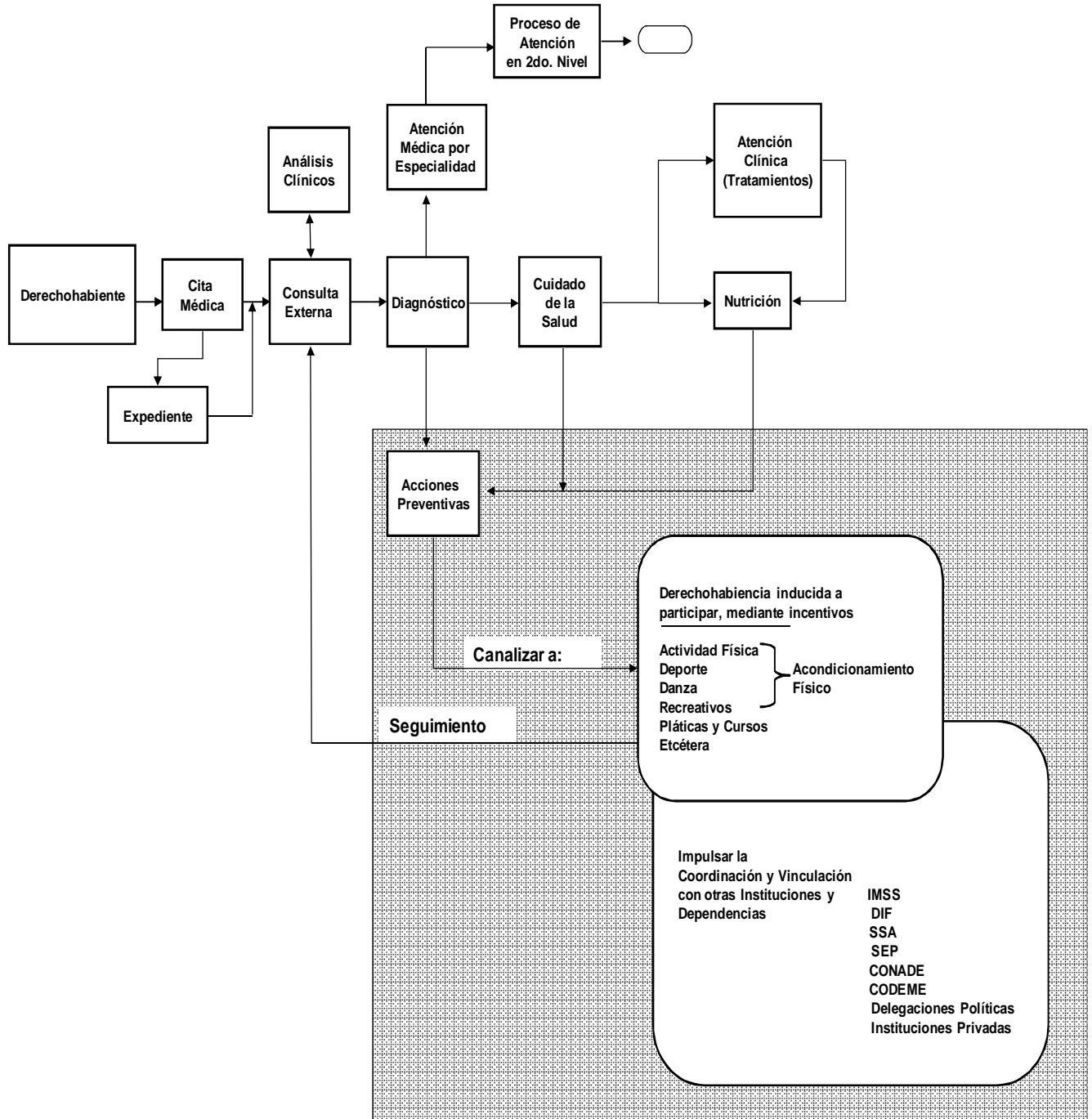
- Captar e integrar los requerimientos y opiniones del personal operativo y de apoyo a los servicios que se otorgan al derechohabiente, en función de la evaluación en el cumplimiento de las actividades desarrolladas, identificando los problemas que se presentan para otorgar los servicios, las causas probables que los provocan, las fortalezas con que se cuenta en el momento para darles solución a las debilidades existentes en su área de trabajo, las áreas de oportunidad que se abren para mejorar la gestión y los riesgos o amenazas que se detectan en el entorno para continuar operando.

➤ Personal operativo

- Realizar ejercicios de autoevaluación de su gestión, con el fin de adoptar, en su caso, las acciones de corrección necesarias para cumplir en tiempo y forma con los indicadores y metas establecidos, así como para realizar el diagnóstico situacional correspondiente, identificando la problemática a que se enfrenta, las áreas de oportunidad que se generan y las propuestas para mejorar o mantener el nivel de desempeño.

13. Proceso de Atención Primaria con innovaciones en materia preventiva

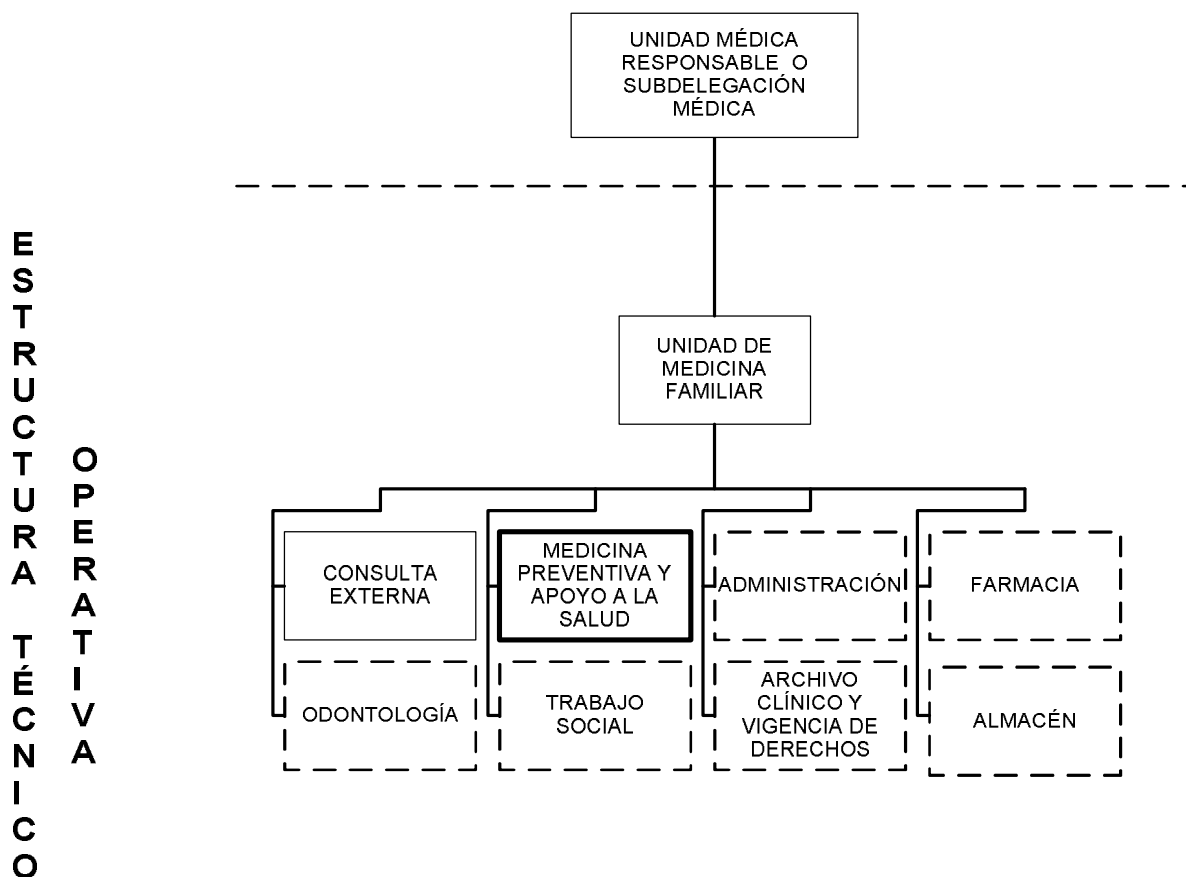
Innovación del Proceso de Atención en el Primer Nivel de Atención



14. Adecuaciones a las estructuras de organización de delegaciones y unidades médicas, conforme a las innovaciones en los modelos de gestión

Con base en el modelo de gestión propuesto, y dada la importancia de los servicios de salud, se proponen a continuación algunos cambios a las estructuras de organización que tendrán como finalidad principal el que estos centros de trabajo cuenten con áreas o puestos de apoyo que desarrollen o apoyen las acciones encaminadas a mejorar el otorgamiento de los servicios en el centro de trabajo, mediante actividades para fortalecer el modelo de planeación estratégica en la unidad médica, el establecimiento de metas e indicadores, su seguimiento y registro, la implantación del proceso de evaluación a partir de la medición de la satisfacción al derechohabiente, el desarrollo de metodologías y procedimientos para la autoevaluación, el establecimiento y seguimiento de cartas compromiso y el desarrollo de innovaciones en materia administrativa e informática.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR¹⁸



Perfil funcional

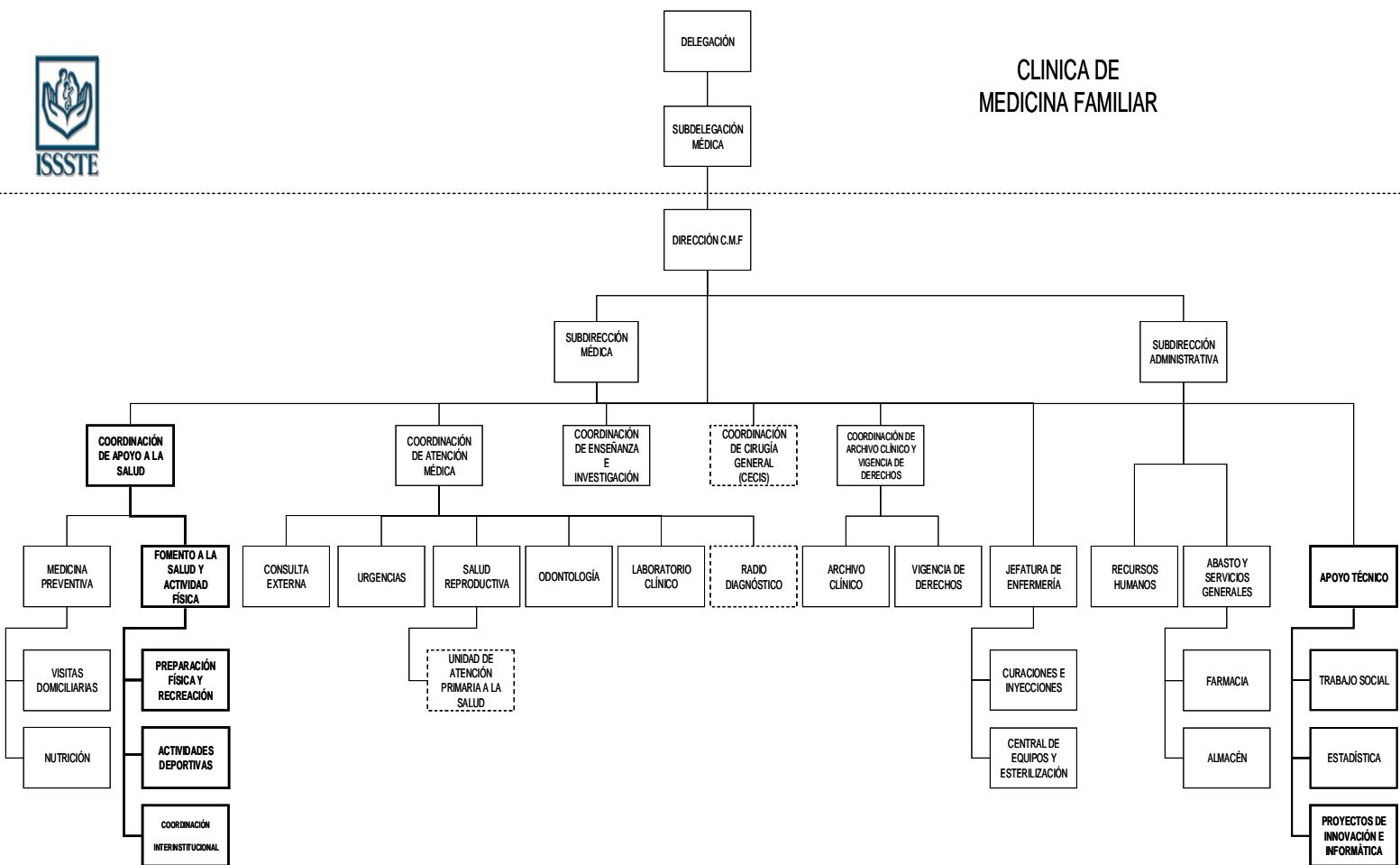
Área o Responsable de Medicina Preventiva y Apoyo a la Salud

1. Obtención o formulación de perfil sociodemográfico de la población derechohabiente en su área de influencia y realización de diagnóstico de salud
2. Definición de programas de acondicionamiento físico, recreativo y/o deportivo, a ser aplicados en función del perfil y diagnóstico de la población derechohabiente en su área de influencia

¹⁸ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Manuales de Organización de Unidades Médicas de 1º, 2º y 3er. niveles de atención*, México, ISSSTE, 2003

3. Difusión general y formulación de invitaciones personalizadas para que la derechohabiente participe en los programas y actividades de medicina preventiva y de apoyo a la salud
4. Distribución de derechohabientes a las clínicas de medicina familiar o unidades de atención para que se integren a las actividades de acondicionamiento físico, recreación y deporte
5. Seguimiento y registro de la evolución del estado de salud de los derechohabientes inscritos en los programas de prevención y apoyo a la salud.
6. Integración de datos estadísticos y envío a la Subdelegación Médica correspondiente o Unidad Médica responsable.

CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR



Perfil funcional

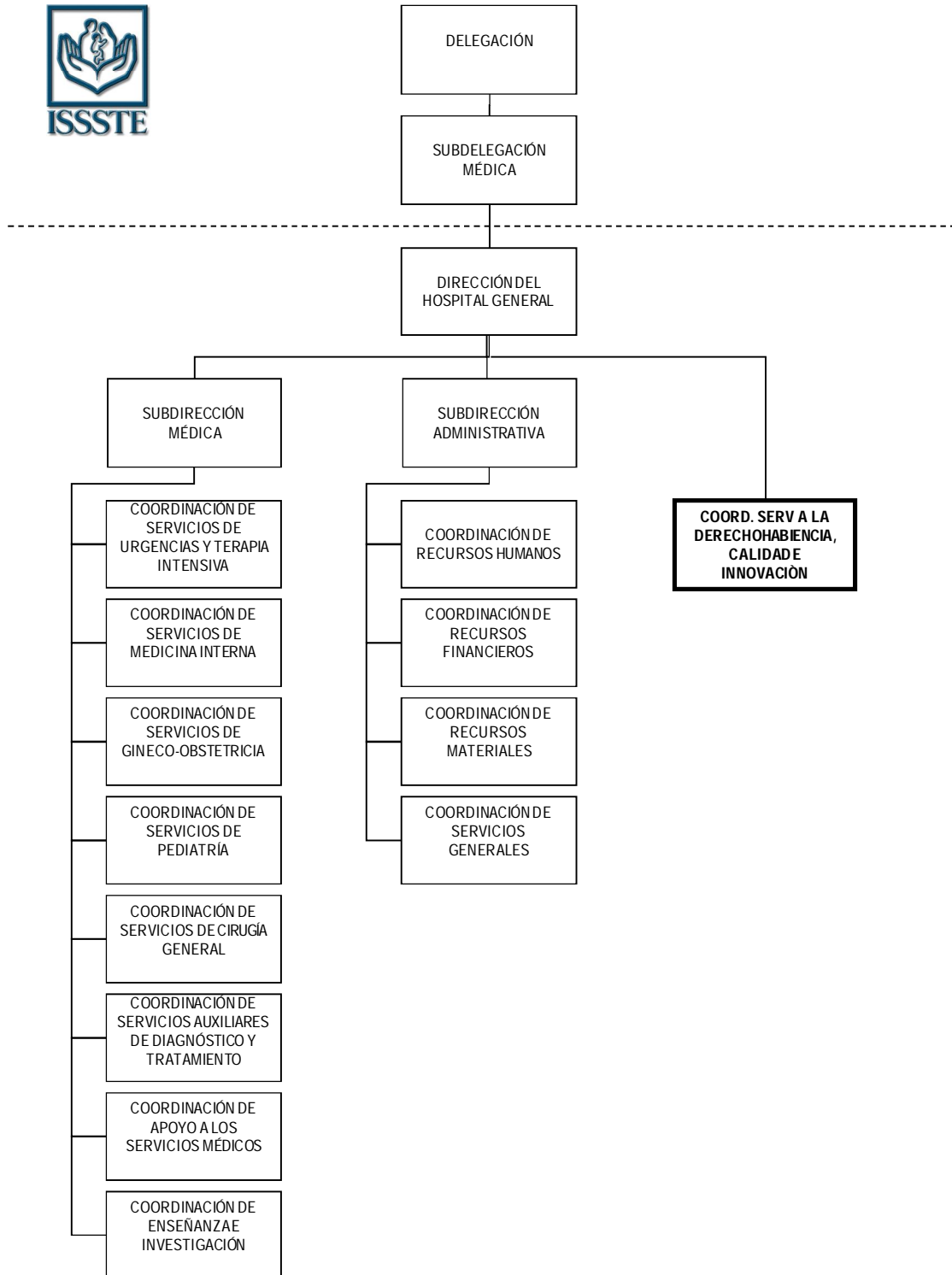
Coordinación de Apoyo a la Salud

1. Ejecución de programas de atención preventiva, con base en el perfil de la derechohabiente ubicada en su jurisdicción
2. Realización de revisión y diagnósticos clínicos para detección de padecimientos y establecimiento de programas preventivos para cada derechohabiente
3. Canalización de la derechohabiente a las actividades de atención a la salud: nutrición, cambio de hábitos, activación física, deporte y recreación
4. Seguimiento de derechohabientes canalizados a tratamientos de nutrición, cambio de hábitos y a las actividades de activación física, deporte y recreación
5. Canalización de la derechohabiente a especialidades médicas y tratamientos de segundo nivel de atención
6. Establecimiento y operación de la coordinación con instituciones públicas y establecimientos privados para el otorgamiento de servicios de activación física, deporte y recreación.

Jefatura de Apoyo Técnico

1. Formulación de propuestas de Planeación Estratégica de la Clínica de Medicina Familiar
2. Atención al derechohabiente, recepción de anexo y servicios, gestión para la atención adecuada
3. Integración de datos estadísticos, seguimiento de mesas e indicadores
4. Implantación de sistemas informáticos, apoyo técnico, innovaciones administrativas y calidad
5. Formulación de reportes e informes
6. Modificación de manuales y documentos internos.
7. Apoyo a la capacidad administrativa y técnica.

UNIDADES MÉDICAS 2º NIVEL U HOSPITAL GENERAL²⁰

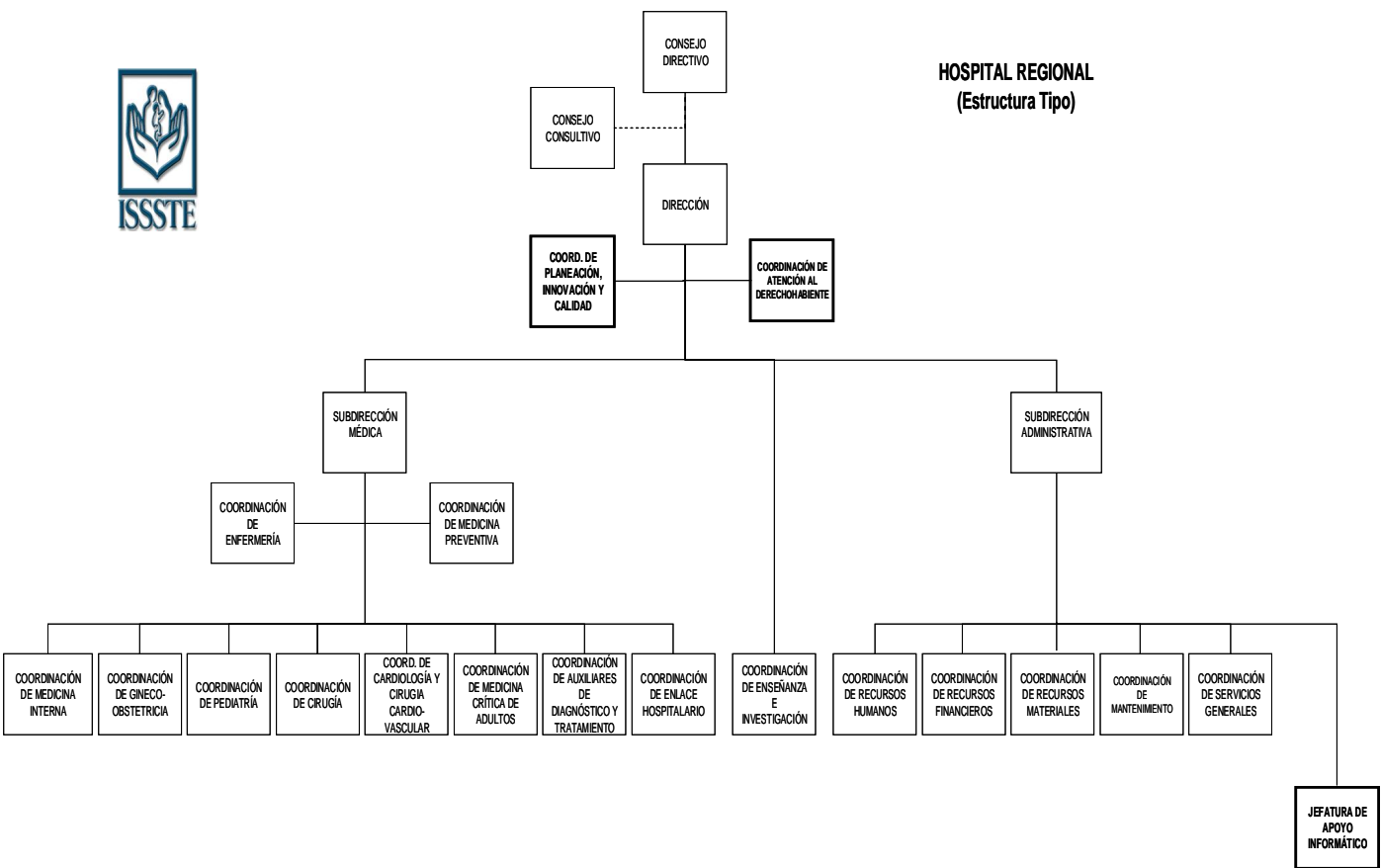


²⁰ Ibid; Pag. 65

Perfil funcional

Coordinación de Servicios a la Derechohabiencia, Calidad e Innovación

1. Recepción y gestión para resolver quejas y sugerencias.
2. Implantación de acciones de mejora e innovación a nivel de la unidad médica de 2º. nivel de atención
3. Seguimiento de indicadores de satisfacción a los derechohabientes
4. Apoyo técnico en informática



Perfil funcional

Coordinación de Planeación, Innovación y Calidad

1. Realización de ejercicios de planeación estratégica a nivel del hospital regional
2. Integración de propuestas de programas de trabajo y negociación con oficinas centrales
3. Implantación y seguimiento de indicadores de gestión
4. Coordinación de las acciones de evaluación de la gestión
5. Aplicación de medidas de innovación en la administración del hospital regional y de los estándares de calidad en la operación del mismo
6. Coordinación con oficinas centrales para el desarrollo de proyectos de mejora organizacional

Jefatura de Apoyo Informático

1. Asistencia técnica al personal del hospital regional en materia de informática y telecomunicaciones
2. Mantenimiento y soporte a los equipos de cómputo y redes de comunicación de datos
3. Instrumentación de redes de trabajo en las instalaciones del hospital regional
4. Coordinación con la Subdirección de Tecnología de la Información para el desarrollo de la estructura informática (equipos y programas)

15. Conclusiones Generales

1. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se crea como una institución proveniente de decisiones, acordes a las necesidades de un Estado política e ideológicamente en constante crecimiento, es decir, correspondiendo a un periodo del desarrollo económico que se sustentaba en su mayor parte, en la burocracia del Estado corporativizada y la cual representó, e inclusive lo hace en la actualidad, un papel de gran importancia como agente de soporte de la economía, por lo cual la evolución del Instituto corresponde en gran medida a esas condiciones históricas que, en los últimos cuatro sexenios han sufrido cambios radicales, parte de los cuales se tradujeron en un freno drástico en el crecimiento del sector público y por tanto en la generación de empleos por parte de éste y en la disminución de trabajadores en activo, factores que a su vez han afectado estructural y financieramente al Instituto.
2. El ISSSTE como parte de las instituciones creadas por los regímenes posteriores a la Revolución y durante la permanencia del PRI en el poder, adoleció, al igual que las dependencias y entidades gubernamentales, de un funcionamiento altamente centralizado por lo menos hasta la década de los años 80, durante la cual se empezaron a realizar esfuerzos consistentes para desconcentrar la operación de las mismas hacia las entidades federativas. También como una constante de la historia de la Administración Pública en México, el Instituto tampoco se desarrolló, ni ha sido sometido a un proceso de planificación que permitiera estructurar su organización, alcances y funcionamiento de una forma debidamente calculada y racional en beneficio de su eficiencia y eficacia de resultados.
3. Ante esas condiciones históricas, las dependencias y entidades como el ISSSTE presentan un alto grado de desfase entre la necesidad de otorgar de manera eficaz, eficiente y con calidad las prestaciones y los servicios a nivel

nacional, y la forma en que opera la estructura administrativa que los otorga, la cual presenta aún un alto grado de centralización y se adolece de una política clara y firme en torno a la desconcentración de los servicios.

4. En ese contexto o escenario, resulta primordial continuar avanzando en el proceso de fortalecimiento del modelo de operación desconcentrado, el cual permita gradual y consistentemente transferir a las delegaciones estatales y regionales del Instituto, mayor capacidad de planeación y administrativa, más personal, abasto de medicamentos e infraestructura en general, que mejore sustancialmente la respuesta a los derechohabientes.
5. Hoy por hoy se cuenta con los suficientes avances tecnológicos y con nuevos enfoques e innovaciones en términos de la gestión y la administración, que permiten desarrollar y fortalecer la operación de los servicios que ofrece el Instituto a nivel de sus delegaciones.
6. Es vital para la supervivencia del Instituto que se aplique, a la par de la reforma a su ley, una política institucional encaminada a transformar la operación de una institución que se ha mantenido en esencia bajo un esquema centralizado tradicional, pero ya obsoleto que provoca alta ineficiencia y baja eficacia en su operación y respuesta hacia la derechohabiencia, en una institución moderna que se caracterice por lograr la cobertura requerida en sus servicios médicos y en general de los demás, con capacidad pronta de respuesta, con alta calidad y con un aprovechamiento de sus recursos en forma óptima, de tal modo que la derechohabiencia y las dependencias y entidades afiliadas al régimen del Instituto encuentren debidamente justificado financiar una institución que responde adecuadamente a sus expectativas de servicio.

7. El logro de esos propósitos requerirá el despliegue de una estrategia de negociación con la planta trabajadora de tal forma que bajo principios de mutuo beneficio (es decir para los trabajadores y para el Instituto), se puedan romper con prácticas anquilosadas de resistencia al cambio y a la adopción de nuevas formas de trabajo, acordes a las expectativas de los ciudadanos por servicios públicos más eficientes, que den resultados eficaces y de calidad.

8. Es evidente la dificultad que existe y permanece para la instrumentación o aterrizaje de esta política de cambio, dado que no es sólo el ISSSTE, sino todo el sector público quien enfrenta la resistencia de los trabajadores a través de sus organizaciones o con el apoyo de éstas, para la adopción de nuevas prácticas encaminadas a lograr mayor eficiencia, eficacia y una mejor respuesta a los usuarios de los servicios públicos. Parte de la respuesta a esta problemática, estará en que la alta burocracia torne a poner un mayor o real interés en la forma y condiciones en que los trabajadores operan los servicios y en sobreponerlos a sus (propios) intereses políticos y personales.

9. De ahí la importancia de adoptar un modelo gradual de transformación que permita preparar las condiciones adecuadas para introducir cambios en dónde se encuentra más involucrado el personal de las instituciones públicas. El fortalecimiento de la operación desconcentrada, la posibilidad de que el personal operativo o a cargo directamente de los servicios participe en la definición de los programas y metas de trabajo, la asunción más directa de responsabilidades y en la toma de decisiones resolutivas para ofrecer u otorgar los servicios y prestaciones, así como en la adopción de protocolos de medición de la gestión, de autoevaluación y de calificación por parte de la derechohabiente y la corrección de la gestión, bajo un marco normativo adecuado que sea preciso y a la vez no impida la adecuada operación de los servicios, así como la posibilidad de proponer y poner en práctica innovaciones y mejoras a los procesos, son entre otros mecanismos y medidas, los que

pueden dar la pauta para que los trabajadores y los funcionarios responsables de la marcha de la institución encuentren las formas para asumir los compromisos que den una nueva imagen al trabajo que se desempeña

10. El fortalecimiento de las funciones de las unidades médicas del Instituto y de sus centros de trabajo en general, en materia de planeación, programación, presupuestación, evaluación centrada en el derechohabiente y en tecnología de la información e innovación de la gestión, contribuirían a mejorar sustancialmente la operación de los servicios, ya que con ello se permitiría que estos procesos se cumplieran de forma integral a nivel institucional, al incorporar de una manera más formal y estructurada a los centros de trabajo y con ello se facilitará el desarrollo e instrumentación de mejoras operativas al contar con responsables de estos procesos a nivel de cada centro de trabajo.

11. La instrumentación de un modelo centrado en las medidas o acciones de prevención a la salud, en el cual se fortalezcan estratégicamente las actividades de acondicionamiento y preparación física, deporte y recreación, implicaría realizar inversiones de mediana magnitud para el acondicionamiento de infraestructura de unidades médicas de primer nivel, o la incorporación y contratación de estos servicios otorgados por otras instituciones públicas o inclusive particulares y que comprenda inclusive incentivos para la propia derechohabiencia del Instituto, con una estrategia de operación debidamente focalizada y planeada, permitirían en un mediano plazo abatir de manera significativa la incidencia de enfermedades crónico degenerativas en la derechohabiencia y, en consecuencia, una disminución a la demanda de servicios de atención médica, tratamientos y de medicamentos especializados que absorben una cantidad considerablemente mayor de recursos para su operación.

Apéndice

Unidades desconcentradas del instituto (centros de trabajo delegacionales)

Instancias operativas

Número

- Delegaciones estatales 31
- Delegaciones Regionales (Distrito Federal) 4
- Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” 1
- Hospitales Regionales 10
- Hospitales Generales 23
- Clínicas Hospitales 68
- Unidades Médicas de Primer Nivel 1,149
- Escuela de Dietética y Nutrición 1
- Centro Nacional de Enseñanza e Investigación Biomédica 1

Otros centros de trabajo delegacionales:

- Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil 137
- Almacenes Regionales de Abasto 7
- Tiendas y Farmacias 394

Otras unidades de prestaciones sociales:

- Teatros 2
- Servicios funerarios y Velatorios 7
- Centros de Incineración 3
- Centros Deportivos 10

Bibliografía

1. Guillén, Romo Héctor, *México frente a la mundialización neoliberal*, México, Era, 2005, 1ª edición, 359 pp.
2. Martínez, Anzures Luis Miguel (compilador), *Antología sobre Teoría de la Administración Pública*, México, INAP, 2002, 1ª edición, 224 pp.
3. Yañez, Campero Valentín H., *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, México, INAP, 2000, 146 pp.
4. Jiménez, Castro Wilburg, *Introducción al estudio de la teoría administrativa*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978, 1ª reimpresión, 383 pp.
5. Koontz, Harold y O'Donnell, Cyril, *Elementos de Administración Moderna*, México, McGRAW-HILL DE MÉXICO, 1977, 457 pp.
6. Artículo: Prospectiva de la Seguridad Social en México; Dr. Alberto Briceño Ruiz; Comisión de Seguridad Social; México, Julio, 2007.
7. Artículo: La Seguridad Social en México, un enfoque histórico; Lic. José Díaz Limón; Escuela Libre de Derecho de Puebla, A.C., México, Junio 2007
8. Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios; Autores: Granados Cosme, José Arturo; Tetelboin Henrion Carolina; Torres Brambila Alberto; Publicación Foro; Febrero 2007;UAM.
9. Revista de Administración Pública; Empresa Pública; Desconcentración; 67/68; INAP; México; Julio –Diciembre 1986.
10. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos; Colección Editorial del Gobierno del Cambio; Agosto, 2005; México, 326 pp.

11. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Programa Institucional 2001-2006*, México, ISSSTE, 2001, 215 pp.
12. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Manual General de Organización*, México, ISSSTE, 1999, 146 pp.
13. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Reglamento de delegaciones*, México, ISSSTE, 2002, 40 pp.
14. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Manual de Organización de Delegaciones Tipo "A"*, México, ISSSTE, 2003, 123 pp.
15. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Manuales de Organización de Unidades Médicas de 1º, 2º y 3er. niveles de atención*, México, ISSSTE, 2003, 123 pp.