

002164

50
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
'97 ABR 14 AMSC A TLAN

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS
PROFESIONALES
Y ADMINISTRACIÓN

LA PRODUCTIVIDAD COMO MECANISMO DE:
REACTIVACION Y COMPETITIVIDAD EN EL
SECTOR SALUD.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS Y
ADMINISTRACION PUBLICA
P R E S E N T A ;
IRMA PONCE ESCOBAR



MEXICO, D. F..

MARZO DE 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dedicada a mis hijos:
DALI Y ARVIND AXEL

***“PORQUE LA VIDA ES HERMOSA Y MAS CUANDO
DEDICAMOS UN POCO DE ELLA A ESTUDIAR”***

Agradecimientos

A mis padres Desiderio y Concepción, por iniciarme en el camino del estudio, por su comprensión y ayuda.

A mi esposo Jesús, por la paciencia y amor que siempre me ha brindado.

A mi hermano Roberto, porque ha cuidado de mi y mis hijos para concluir este trabajo.

A mi asesor Lic. Luis Mejía P., por su dirección y tiempo que me brindó durante la elaboración de este trabajo.

Y sobre todo, Gracias a Dios.

INDICE

INTRODUCCION

PRIMERA PARTE

- | | |
|--|----|
| 1. La Secretaría de Salud y su carácter coordinador. | 1 |
| 2. Secretaría de Salud. | 11 |
| 3. Instituciones que Conforman el Sector Salud (S. S., D. D. F., Armada de México, Servicios Medicos de Petroleos Mexicanos, IMSS, ISSSTE) | 14 |

SEGUNDA PARTE

- | | |
|---|----|
| 1. La modernización del Sector Salud como política gubernamental. | 46 |
| 2. La participación de PRONASOL en el Sector Salud. | 53 |
| 3. El impacto de la Productividad en los Servicios de Salud | 63 |
| 4. Crisis Financiera del Sector Salud. | 68 |
| 5. La población del Sistema Nacional de Salud. | 71 |

TERCERA PARTE

- | | |
|---|-----|
| 1. Definición de Productividad. | 74 |
| 2. La Productividad en los servicios de salud. | 78 |
| 3. La Productividad. - El caso del I.M.S.S. | 84 |
| 4. Propuesta para medir la productividad en los Servicios de Salud. | 97 |
| 5. La Productividad y el comportamiento salarial I.M.S.S. | 101 |
| 6. La salud como parte del desarrollo. | 106 |

CONCLUSIONES

116

BIBLIOGRAFIA

119

INTRODUCCION

El crecimiento de la inflación, la disminución de la producción y las consecuencias cambiarias y comerciales, indican un viraje en la política gubernamental que ha impactado a todo nivel de los sectores productivos.

El impacto que estos altibajos ocasionan son resentidos directamente por las familias que afrontan cada día las necesidades primarias de subsistencia (vivienda-vestido-sustento); y lo es así tal que el desempleo crece a cada día siendo esto un factor que ocasiona una gran problemática a nivel nacional, puesto que no es el hecho solo de estar desempleado sino a lo que esto conlleva.

El crecimiento intensivo y extensivo de desempleado es bien sabido por el gobierno y la solución no es dar empleos transitorios sino encontrar alternativas a la política económica que dirijan esos empleos a elevar la productividad de la empresa mexicana.

Un factor importante dentro del desarrollo social y económico lo es sin duda el renglón que ocupa el de la "salud", si tomáramos en nuestras manos el D.F., y lo comparáramos con Quintana Roo encontraríamos que el D.F. cuenta con una esperanza de vida al nacer de 5.0 menor que la de Quintana Roo que es de 7.7 o bien, México tiene una esperanza de vida al nacer de 69.75, Brasil de 64.95 y Canadá de 76.31 (1)

(1) Esperanza de vida al nacer por entidad federativa - Elaborado por la división de estudios económicos y sociales de Banamex - Mortalidad 1990

Si bien es cierto que se trata de diferentes entidades y países, así como la influencia de hábitos y costumbres, esto nos da la pauta para resaltar la importancia de la salud y del cómo afecta directamente a la economía nacional, el descuido de ésta.

El aparato integrado por lo que se denomina "Sector Salud" lleva la carga de toda "la población mexicana" : Lo cual es insuficiente para solventar los retos actuales. La Reforma de Sistema de Salud es indispensable para lograr aliviar al necesitado tanto como desintoxicar un poco al grueso renglón de la Salud que ocasiona un gasto tan elevado para su atención, que hasta el sexenio pasado únicamente el 5% del gasto público se destinó a los servicios preventivos, mientras que los curativos absorben el 64%, lo cual es caótico ya que actualmente el presupuesto no se elevó significativamente, además de que la población ha crecido y la mayor parte del gasto se absorbe en los hospitales de alta especialidad pudiendo haber evitado que los pacientes evolucionaran hasta requerir esta atención especializada, a excepción de los hospitales de urgencia donde no se pueden prevenir los ingresos

Como se ve el factor económico está presente, su influencia va directamente seleccionada con los gastos para la Salud, la inquietud de esta afecta a diversos grupos sociales por ejemplo:

- Los cinco estados más pobres de la República tienen el doble de la mortalidad infantil que las cinco entidades más ricas.
- El peso de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva es 2.2 veces mayor por habitante en el medio rural que en el urbano.
- Por cada 4 pesos que se gastan para atender la salud de los asegurados, solamente se gasta un peso para los no asegurados.

Durante los últimos años la reforma de la seguridad social ha ocupado un lugar central en el debate sobre la política y en especial cuando se incluye a la "productividad" como una forma de elevar la calidad de atención en los servicios que se brinda. En prácticamente todos los países de América Latina se han transformado uno o varios ramos del Seguro Social para adecuarlos a los planteamientos de la política económica.

En el caso particular de México, se han introducido algunos cambios en la seguridad social, entre los cuales destacan el establecimiento del sistema de Ahorro para el Retiro (S.A.R.) en 1992 (1). A partir de que el Director General del I.M.S.S., Genaro Borrego, presentó el diagnóstico del Instituto en marzo

de 1995, el debate se ha intensificado. Así distintos actores económicos políticos y sociales han empezado a presentar sus propuestas de reforma que frecuentemente resultan divergentes o incluso contrapuestas, pero de todas ellas pueden ser agrupadas en dos grandes corrientes: una la tendencia privatizadora y otra que mantiene los principios actuales de la seguridad social; para ambos casos, la productividad juega un papel muy importante ya que esta involucra la política social global y constituye un aspecto crucial de la Reforma del Estado.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer como la productividad a través de sus medios para lograrla, puede cambiar y mejorar la atención para la salud; iniciando en la primera parte con la descripción administrativa de los órganos que conforman al Sector Salud (S.S., D.D.F., ARMADA DE MEXICO, SERVICIOS MEDICOS DE PETROLEOS MEXICANOS, I.S.S.S.T.E., I.M.S.S.) con el fin de que se tenga una idea de la estructura orgánica y funcional de cada una de estas instituciones.

En la segunda parte se expone la modernización administrativa de la ahora Secretaria de Salud encaminándose esta política rumbo a la productividad y competitividad de sus acciones; también la participación del Programa Nacional de Solidaridad como parte de la política de apoyo a los grupos

sociales marginados de tal forma que coordinándose con la S.S., llegan a comunidades vulnerables que requieren atención para la salud. Esto último enaltece los logros que el programa ha alcanzado produciendo beneficios que se reflejan directamente en la productividad de sus acciones.

Finalmente la tercera parte abarca el renglón completo de la productividad en los servicios de salud, todo esto se apoya en las dos primeras partes del trabajo ya que es más fácil captar el marco conceptual de lo que la productividad hace al trabajador en su centro de trabajo después de conocer las características del medio en que se desenvuelve destacando éstos, ejemplificando el caso del I.M.S.S. por ser esta una de las instituciones que mayor población abarca y en donde se ha manifestado mayormente el paso modernizador

PRIMERA PARTE

1. LA SECRETARIA DE SALUD Y SU CARACTER COORDINADOR

Al resumir la trayectoria de una organización tan importante como lo es la S.S.A., resulta de interés para aquellos que gustan del estudio de la medicina y piensan en ello como algo necesario para la sociedad que a cada momento necesita diversos tipos de atención médica, es decir, el hombre por naturaleza tiende a protegerse y a cuidarse cuando algún malestar físico lo aqueja, de ahí la importancia de que exista un lugar para brindarse ese cuidado; lo es así un organismo o institución de salud.

Para reseñar los eventos más importantes que han ocurrido en la evolución histórica de los servicios de salud en nuestro país, pueden resumirse tres etapas a saber:

PRIMERA ETAPA.- Incluye hechos ocurridos antes de la promulgación de la Constitución de 1917.

Desde antes del inicio del porfiriato (1868), la lucha por la libertad política era cotidiana; la explotación de los pobres en México por los hacendados, el gobierno y la iglesia católica se ejercía con intensidad. Una forma era el papel represivo que desempeñaban las tiendas de raya, las deudas de padres a

hijos, los jornales bajos y sobre todo el despojo de las tierras llevado a cabo por los hacendados.

Durante ese tiempo no se concebía un sistema público de servicios de salud. De acuerdo con esa concepción, el gobierno de la República se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico fundamentalmente en puertos y fronteras.

La asistencia social, ámbito de los servicios de salud, se manifestaba en acciones aisladas y coyunturales. Las organizaciones eclesiásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares asumieron de manera desarticulada y casuística responsabilidades en materia de asistencia social.

Más adelante la desamortización de los bienes del clero motivó que las instituciones de asistencia del Distrito Federal quedaran bajo el control del Gobierno Federal.

En 1872 el Consejo Superior de Salubridad creado en 1846 fué transformado y poco después se crearon juntas de salubridad en cada uno de los estados, así como juntas de sanidad en los puertos.

En 1894 se expidió el primer código sanitario, que concedió autoridad al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios.

Durante el Porfiriato (1) dos corrientes se sustentaron ideológica y económicamente: el positivismo y la doctrina del dejar hacer "Laisser Faire".

La corriente filosófica del positivismo destacaba la importancia del progreso basado en el desarrollo científico; es decir, favorecía la investigación en las ciencias. El dejar hacer, dejar pasar, fue en el ámbito económico la justificación de las medidas que buscaban atraer a nuestra patria a los inversionistas extranjeros.

En este periodo principalmente obreros y campesinos adoptan formas de organización social y política, con las cuales se enfrentarían en no pocas ocasiones al régimen dictatorial del General Díaz.

En 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el distrito y territorios federales lo cual establece una junta para promover y vigilar los establecimientos.

Se advierte así que la segunda mitad del siglo pasado el Estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad.

Las acciones efectuadas de prevención y reestructuración de la salud, en su mayoría se constituían en expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegidos.

(1) Al lapso histórico comprendido entre 1876 y 1911, se le conoce como el Porfiriato, debido a que la figura del General Porfirio Díaz estuvo presente durante más de 30 años en la Presidencia de la República. También se le conoce así por el carácter dictatorial de su gobierno, apoyado por el ejército.

SEGUNDA ETAPA. 1917-1978

El 5 de febrero de 1917 se proclamó la nueva Constitución General de la República y en el artículo 73, confía a los Poderes Nacionales la Salubridad General de la República, que previene la creación de dos dependencias básicas de salud. El Departamento de Salud (hoy Secretaría de Salud) y el Consejo de Salubridad General.

La Constitución de 1917, producto de la primera Revolución Social del Siglo XX, agrega los derechos sociales a los derechos individuales. En su artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 (2) entró en vigor la ley de coordinación y cooperación de Servicios de Salubridad que previno la celebración de convenios entre el departamento de Salud Pública y los gobiernos de los estados, esto sucedió con el ascenso al poder del

General Lázaro Cárdenas del Río, quién durante su gestión presidencial implantó las principales instituciones oficiales que pretendieron hacer realidad los postulados agrarios, obreros y nacionalistas de la revolución.

E este mismo sexenio, en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia y en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora Secretaría de Salud.

.....	
(2)	1932-1934 1934-1940 1940-1946 1946-1952 1952-1958 1976-1982
	-General Abelardo L. Rodríguez -General Lázaro Cárdenas del Río -General Manuel Ávila Camacho -Lic. Miguel Alemán Valdés -C. Agostín Ruiz Cortines -Lic. José López Portillo

En el periodo de gobierno del Lic. Miguel Alemán Valdés se agudiza la inconformidad entre amplios sectores de trabajadores sobre todo ferrocarrileros y petroleros. Es en 1947 que la Ley de Secretarías y Departamentos otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública.

En 1954, se creó la Comisión Nacional de Hospitales; por decreto se encomendó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias. En 1977 durante la administración del Lic. José López Portillo se estableció el Sector Salud con base a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

En 1978 se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental como instancia de apoyo a la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo distintas dependencias.

Esta etapa se caracteriza por la centralización de los servicios de salud, aún cuando se desarrollan acciones importantes, éstas no están suficientemente programadas en forma integral para la prestación de los servicios de salud, lo

que conlleva a la dificultad de definir en esta etapa un Sector Salud formalmente constituido.

TERCERA ETAPA 1982

Los lineamientos definidos por el titular del poder ejecutivo federal en su toma de posesión, convirtieron el Plan Nacional de Desarrollo en directrices para la actual etapa de los servicios de salud, contenidas en el Programa Nacional de Salud.

Entre las primeras acciones que emprendió la administración del C. Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, destaca la iniciativa de adición al artículo 4to. de la Constitución que, una vez concluido el trámite constitucional, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 3 de febrero de 1993.

El párrafo tercero del art. 4to. constitucional consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social, así mismo, fué reformado el código sanitario para establecer que es responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que las distintas dependencias y entidades que actúan en el campo de la salud coordinen sus acciones para lograr así un uso más racional de los recursos.

Igualmente ha reformado la L.O.A.P.F. para enriquecer la vocación normativa y coordinadora de la Secretaría al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y de coordinar los programas de servicios de salud de la

Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que se determinen.

Así el Sector Salud queda integrado por todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal que desarrollan funciones en la materia.

En noviembre de 1983 el C. Lic. Miguel de la Madrid Hurtado envió al H. Congreso de la Unión la iniciativa de la Ley General de Salud, Reglamentaria del Párrafo 111 del art. 4to. Constitucional. El 7 de febrero de 1984 se publicó en el diario oficial ese ordenamiento, que define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades que se atribuyen a la Secretaría en carácter de coordinadora de dicho sistema.

La actual etapa de desarrollo de los servicios de salud se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyando en una cabal descentralización y sectorización conducida por la Secretaría de Salud.

La nota sobresaliente de esta tercera etapa son los trabajos para articular esfuerzos dispersos, para lograr la racionalización en la asignación y el uso de los recursos y para consolidar el propósito rector de avanzar en la implantación de una sociedad más igualitaria en el ámbito de la salud.

MARCO JURIDICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fué promulgada el 5 de febrero de 1917 y entró en vigor el 1ero. de mayo siguiente, día en que se

instaló el Congreso Constitucional para cuyas elecciones se convocó entonces.

La parte social de la nueva Carta Magna significó en ese momento un avance de importancia fundamental y es la base donde se fundamentan convenios, leyes, reglamentos, decretos y acuerdos que conforman el marco jurídico de las instalaciones de salud como a continuación se enlistan:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (3*)**
D.O. 5-11-1917, Adición D.O. 3-11-1983.

- **Convenios Internacionales**
Convención Internacional para la unificación de la presentación de los resultados de análisis de las materias destinadas a la alimentación del hombre y de los animales.
D. O. 18-11-1927.

- **Convención Internacional del Opio**
D.O. 18-11-1927

- **Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de drogas, estupefacientes y protocolo de firma.**
D.O. 24-XI-1993.

LEYES

- **Leyes de Instituciones de Asistencia Privada para el D.F.**
D.O. 2-1-1943 Reformas D.O. 17-V-111-1943, D.O. 8-111-1948,
D.O. 23-XX11-1974, D.O. 15-V-1978, D.O. 1-XII-1986.
- **Ley que crea el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**
D.O. 29-XII-1970.
- **Ley Federal de Educación**
D.O. 29-11-1973
- **Ley del Seguro Social**
D.O. 31-XII-1975, D.O. 15-I-1980, D.O. 27-XII-1983.

REGLAMENTOS

- **Reglamentos sobre vacunación y revacunación antivariolosa**
D.O. 6-IX-1935.
- **Reglamento para la Campaña contra las enfermedades venéreas**
D.O. 8-11-1949
- **Reglamento para la campaña antirrábica**
D.O. 9.111-1950

(3*1 Datos obtenidos del "Manual de la SSA". En total son:
21 Convenios Internacionales.; 31 Leyes; 31 Reglamentos; 35 Decretos y 80 Acuerdos Presidenciales.

DECRETOS

Decretos que establecen de modo permanente la campaña contra la tuberculosis.

D.O. 24-11-1934

Decreto por el que se crea un órgano desconcentrado jerárquicamente a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa denominado "Hospital Juárez de México".

D.O. 24-VI-1988

ACUERDOS PRESIDENCIALES

Acuerdo por el cual se reconoce a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la facultad para administrar los bienes que constituyen el patrimonio de la beneficencia pública.

D.O. 7-V-1847

Acuerdo por el que se instituye el acuerdo básico de Insumos del Sector Salud.

D.O. 9-VI-1983.

Acuerdo sobre la Integración del Consejo Nacional de Salud.

D.O. 25-11-1986.

2. SECRETARÍA DE SALUD*

ORGANIGRAMA

La Secretaría de Salud está representada por el Dr. Juan Ramón de la Fuente; de esta Secretaría dependen básicamente tres Subsecretarías que se apoyan en sus distintas direcciones a saber.

El Hospital General de México, el Hospital Juárez de México y el Centro Nacional de la transfusión Sanguínea, aunque son desconcentradas dependen directamente de la Subsecretaría de Servicios de Salud que a su vez depende de la Secretaría de Salud por ser Cabeza de Sector.

OBJETIVO

Ordena y articula los elementos que conforman el Sector Salud de la Administración Pública Federal para coordinar y conducir con los estados de la federación, la política nacional en materia de atención médica, salud pública y asistencia social, e inducir en los sectores social y privado, acciones, programas y recursos que procuren para todos los mexicanos el derecho a la protección de la salud tal y como se concibe en el art. 4to. Constitucional.

FUNCIONES

Establecer y dirigir la política de la Secretaría así como aprobar, controlar y evaluar los programas y presupuesto de la Secretaría y del Sector Salud en términos de la legislación aplicable y de conformidad con las po-

* Manual de Organización de S.S.A., 1984.

líticas, metas y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Sistema Nacional de Salud que determine el presidente de la República.

Coordinar las entidades del Sector y atiende a la naturaleza de sus actividades agruparlas en subsectores cuando convenga.

SUBSECRETARIA DE COORDINACION Y DESARROLLO

Promueve la instrumentación del Programa Nacional de Salud en el marco de un sistema estratégico de planeación, modernización administrativa y evaluación, para garantizar la consecución de los objetivos y las metas en el ámbito de la Secretaría y del Sector.

SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD

Lograr la permanente regulación, desarrollo y control de las acciones de salud y de los programas de medicina preventiva, planificación familiar, epidemiología y regulación de los servicios de salud en el ámbito nacional, vigilar la producción y distribución oportuna de biológicos y reactivos, y apoyar la atención en medicina de rehabilitación, ortopedia y medicina humana, adecuándola a las necesidades de la población abierta.

SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO

Impulsa y norma el sistema de regulación sanitaria y los programas de investigación científica y tecnológica a fin de garantizar el control, uso ,

exportación e importación de insumos, bienes y servicios, así como la formación y desarrollo de recursos humanos a nivel de postgrado profesional técnico y en el campo de la salud pública.

OFICIALIA MAYOR

Regula los sistemas de atención al personal, abastecimiento, recursos materiales y servicios generales, obra y equipamiento como apoyo al cumplimiento de los programas asignados a las unidades de la Secretaría, así como vigilar el manejo de los bienes y valores del patrimonio de la beneficencia pública.

3. INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SECTOR SALUD

- Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (D.D.F.).
- Sanidad del Ejército y Fuerza Aérea (S.D.N.).
- La Armada de México.
- Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX).
- Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.).

SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (DDF)

Los servicios médicos del DDF, en un principio eran puestos de socorro adjuntos a la Inspección General de Policía, y su función era dar cuidado médico a los accidentados y cumplir con la actividad pericial de auxilio médico legal en los juzgados del ramo penal (4).

En 1943 se construye el primer hospital y se integra durante los siguientes 20 años la red hospitalaria más importante del país para atender urgencias, principalmente de naturaleza traumatológica y pediátrica.

(4) La salud en México, Testimonios 1988, Tomo 111 vol. 4 pag. 27,28. Aut. Dr. Guillermo Soberón A., Dr. J. Kumate

Su marco legal lo constituyen: (5)

- La Constitución Política de los E.U.M. y su Ley Reglamentaria la Ley General de Salud.
 - La Ley de Salud del D.F. (D.O.: 15-1-87)
 - Ley Orgánica del Departamento del D.F. (D.O: 29-XII-78)
 - El Reglamento Interior del D.D.F. (D.O. 17-1-84)
-
- El Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la S.S.A. (D.O. 30-VIII-83)

Su organización cuenta con una Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F., cuyo objetivo es mejorar el nivel de la población abierta de esta ciudad mediante el fortalecimiento de las acciones dirigidas a los grupos desprotegidos.

Esta Dirección General cuenta con una estructura compuesta de dos áreas: una central, la cual planea, norma, administra y controla; y otra operativa que es la que ofrece los servicios médicos a través de hospitales, unidades médicas en reclusorios, servicios médicos en agencias administrativas del Ministerio Público, los centros de salud y las unidades móviles.

(5) Ibid. Aut.

El Sistema de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal debe permitir el cumplimiento de políticas y objetivos establecidos en el Programa Nacional de Salud; por ello se atiene a las características del Modelo de Atención para la Salud a la población abierta, los cuales son:

Universalidad: Servicios a toda la comunidad con prioridad a grupos más desfavorecidos.

Integralidad: La gama de servicios de salud comprende actividades de promoción, restauración y rehabilitación de la salud.

Accesabilidad: :Se garantiza la oferta y disponibilidad de los servicios de salud estratégicamente ubicados lo más cercanamente posible al lugar donde se demanden o requieran.

Flexibilidad: Aunque se proporciona servicio a toda la nación existen mecanismos específicos para atender grupos prioritarios y resolver problemas de salud de carácter local y regional.

Eficiencia: La oferta de servicios se brinda optimizando recursos sin perder de vista que pueda mejorarse su calidad menor costo posible.

Corresponsabilidad: La prestación de los servicios debe ser, de igual manera, responsabilidad en cada nivel de gobierno y por supuesto de la comunidad.

Homogeneidad: Los servicios deben proporcionarse bajos los mismos criterios de operación y con una calidad básica uniforme.

Continuidad: Los servicios se organizan de forma que satisfagan permanentemente las demandas de atención que presente la población.

El sistema de servicios de salud a la población abierta del D.F., está encaminado a apoyar y dar factibilidad y viabilidad al propóposito de consolidar el Sistema de Salud.

SANIDAD DEL EJERCITO Y FUERZA AEREA S.D.N.

MARCO LEGAL

El decreto de Don Venustiano Carranza el 1o. de enero de 1917 ordena y da la base legal para la organización del Cuerpo Médico Militar, como un cuerpo especial y permanente del Ejército de la República dependiente del Departamento del Servicio Sanitario de la Secretaría de Guerra.

El Departamento de Servicios Sanitario se organiza entonces como una dependencia de la Secretaría de guerra, con funciones de dirección y normatividad del Cuerpo Médico Militar y de los demás establecimientos pertenecientes al servicio, entre ellos la Escuela Constitucionalista Médico Militar que inicia sus funciones educativas el 15-03-1917.

La actual Secretaría de la Defensa Nacional es una dependencia del Poder Ejecutivo de la Unión (6) que tiene a su cargo los asuntos que expresamente le encomienda la L.O.A.P.F., y la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana. La Secretaría de la Defensa Nacional actúa por tanto, como Secretaría de Estado, como cabeza del Sector Seguridad y al mismo tiempo, es cuartel general superior del Ejército y la Fuerza Aérea Mexicanos.

El reglamento interior de la Secretaría de la Defensa Nacional del 11 de marzo de 1977 señala en su art. 21 las funciones de la Dirección General de Sanidad. Igualmente en la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos del 26 de diciembre de 1986 el artículo 90 señala las funciones del Servicio de Sanidad.

El objetivo del Servicio de Sanidad es proporcionar atención médica a los militares sea cual sea la situación en que se encuentren.

El Servicio de Sanidad está organizado de la siguiente manera: (7)

- I Dirección General (depende de la Secretaría de la Defensa Nacional)
- II Jefatura del Servicio
 - a) De la Fuerza Aérea
 - b) De las Regiones Militares

(6) Art. 26 L.O.A.P.F., 22 Dic. 1989.

(7) La Salud en México Testimonios 1988 Tomo 111, vol., 4, pag. 86.

III. Organos Fijos

- a) Hospitales Militares (segundo o tercer nivel de atención médica)
- b) Enfermerías Militares (segundo nivel de atención médica)
- c) Secciones Militares Fijas (primer nivel de atención médica)

IV. Organos Móviles

- a) Hospitales Móviles de Campaña
- b) Compañías de sanidad y secciones sanitarias (primer nivel de atención médica).
- c) Pelotones de sanidad (primer nivel de atención médica)

V Organos Abastecedores

- a) Almacén Central de Servicio
- b) Depósitos Regionales del Servicio

VI Organos de Educación

- a) Escuelas de Formación
- b) Escuelas Superiores

LA ARMADA DE MEXICO

Al publicarse en el Diario Oficial de la Federación de fecha 14 de enero de 1978 la modificación a la Ley Orgánica de la Armada de México, los Servicios Médicos pasan a denominarse Dirección General de Sanidad Naval.

ORGANIZACION

La Armada de México es una Institución Militar Nacional de carácter permanente, cuya misión es emplear el poder naval de la federación para procurar la seguridad interior y la Defensa exterior del país.

A efecto de dar cumplimiento a las funciones que tiene asignadas tanto en tierra como en mar, la Armada cuenta con recursos humanos y materiales integrados en unidades; a una de éstas unidades pertenece la Dirección General de Sanidad Naval, la cual está comprendida en la unidad de servicios.

La Dirección General de Sanidad Naval es una Dependencia Médica y Militar de la Armada de México encargada de impartir atención médica integral a los militares marinos y a sus derechohabientes.

Para ello se cuenta con instalaciones adecuadas en todos los niveles de operación y se dota a sanidad naval de establecimientos médicos en las diferentes unidades que converjan en un Hospital Central para así asegurar la continuidad orgánica y funcional y el óptimo servicio asistencia.

La Estructura Orgánica de la Secretaría de Marina Armada de México, sitúa a la Dirección General de Sanidad Naval en Dependencia directa de la Coordinación General de Servicios Administrativos, la cuál a su vez está subordinada a la Jefatura de Operaciones Navales.

Esta Jefatura es el mando superior de la Armada de México la cual depende directamente del Secretario de Marina.

Como la Ciudad de México es la sede de las tres autoridades superiores citadas, el cuerpo de gobierno de Sanidad Naval radica también en el Distrito Federal.

La base legal de la Dirección General de Sanidad Naval está constituida primordialmente por la Ley Orgánica de la Armada de México, capítulo tercero, art. 51, inciso "C" y el reglamento interior de la Secretaría de Marina, cap. tercero, art. 10, fracción V, inciso "A". Diario Oficial del 11 de febrero de 1986.

SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX

Los antecedentes de una paraestatal como Petróleos Mexicanos, no son únicamente importantes por la extracción de hidrocarburos, sino que va más allá, puesto que para su tarea cuenta con personal que la realice y es la parte más importante de la empresa. Los servicios médicos a su personal comprende 7 periodos.

1864-1916 Primeras concesiones para la explotación del subsuelo mexicano en su riqueza de petróleo, hasta la generalización de la producción y comercialización del mismo por empresas particulares ó extranjeras como la Mexican Petroleum Co., la S. Pearson & Son..., la Oil Fields of México y otras.

A los trabajadores se les exigía lealtad a la empresa y responsabilidad en el trabajo, quedaban al margen toda obligación económica y legal sobre cualquier concepto de salud.

1917-1930 El 10. de mayo de 1917 la Constitución Política vigente da derecho a obreros y empresarios de coligarse en defensa de sus respectivos intereses, formando sindicatos paralelamente se crearon lentamente servicios médicos en terminales y refinerías para la atención de los obreros accidentados durante horas de trabajo.

1931-1937 El 18 de agosto de 1931 la Ley Federal del Trabajo impuso a todo patrón la obligación de celebrar contrato colectivo con todos sus trabajadores, si estos pertenecían a un sindicato. En ésta época corresponden los primeros dispensarios, puestos de socorro, clínicas y hospitales que refiere la inspección ocular de la H. junta de Conciliación y Arbitraje el 6 de sept. 1937.

1938-1946 El 18 de marzo se realizó la expropiación petrolera y se constituyó PETROLEOS MEXICANOS y el 21 de marzo se creó el Departamento Médico y a las pocas semanas el de previsión que de conformidad unificaron criterios y servicios dándoles estructura y funcionamiento acordes con las disposiciones legales para proporcionar asistencia médica a la población derechohabiente.

1947-1965 El 17 de diciembre de 1947 se fusionaron el Departamento Central de Previsión y Servicios Sociales y el Departamento Médico Central de Servicios Médicos y Previsión Social.

1966-1980 El 15 de mayo de 1967 se constituye la Gerencia de Servicios Médicos y de Previsión Social para el mejor control de los recursos materiales y de personal.

1981-1988 El primero de agosto de 1981 se estableció la sindicalización del cuerpo médico y en 1985 se organizó la integración orgánico funcional de la Gerencia de Servicios Médicos que es la que opera actualmente, tanto en términos administrativos como en lo relacionado a la impartición de atención médica.

MARCO LEGAL

La estructura funcional de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos se encuentran determinados por un marco legal integrado básicamente por:

- Constitución política de los E.U.M., en su artículo 4to., art. 123
- Programa Nacional de Salud.
- Ley Federal del Trabajo
- Contrato Colectivo de Trabajo entre Petróleos Mexicanos y el Sindicato Revolucionario de Trabajadores de Petróleos de la República Mexicana.

Los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos tienen por objetivo proporcionar atención médica a los trabajadores conforme a los principios de

la medicina del trabajo; a los jubilados y a sus familiares, atención integral de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, de manera eficaz y por medio de las unidades médicas; todo ello de acuerdo con lo establecido en el C.C.T. en vigor y con las normas señaladas por la Secretaría de Salud (1).

TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

I.S.S.S.T.E.

Los servicios médicos proporcionados por el I.S.S.S.T.E. cumplieron 35 años en 1995, destacando una constante actividad para proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes así como de sus trabajadores, pensionados y sus familias.

La Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro fundadas por Ley en 1925, es el antecedente institucional más remoto del I.S.S.S.T.E.

Fué creada para proteger "a todos aquellos que percibieran sueldo por cargo del Estado" y estaba facultada para otorgar pensiones por vejez, inhabilitación, muerte o retiro, posteriormente se le autorizó para otorgar préstamos a los trabajadores afiliados para diversos fines, como una manera de invertir los excedentes del fondo de pensiones. Sin embargo, la atención médica no quedó comprendida entre sus atribuciones legales y el trabajador al servicio del Estado o bien hacia uso de los servicios médicos privados o pugnaba en cada institución porque ésta subrogara la atención médica o dispusiera de clínicas y hospitales que proporcionarían éstos servicios a sus respectivos trabajadores.

(1) op. cit. La salud en México testimonios 1998
Tomo III vol. 4, pag. 120-121.

Lo anterior determinó que varias dependencias federales crearan unidades propias para dar servicios médicos y subrogaran este tipo de servicios para la atención de sus trabajadores u otorgaran subsidios para ayuda médica: Así la S.S.A. estableció diversas clínicas y un hospital para sus trabajadores; la Secretaría de Comunicaciones, Transportes y Obras Públicas un hospital central y servicios foráneos; la Secretaría de Educación Pública dos sanatorios; la Secretaría de Hacienda y Crédito Público un hospital general y el Departamento del Distrito Federal un hospital y un sanatorio.

Por su parte los poderes judiciales y legislativo decidieron solucionar esta demanda por medio de sanatorios subrogados. Sin embargo, este sistema de atención resulta limitado y heterogéneo, pero la estructura resultante fué uno de los principales apoyos del nuevo sistema de servicios para los empleados públicos que quedó a cargo del I.S.S.S.T.E a partir de su creación en 1960.

En la exposición de motivos de la nueva Ley del I.S.S.S.T.E., el presidente Adolfo López Mateos, señaló "Como se advierte, el seguro de accidentes y enfermedades del trabajo y enfermedades profesionales queda totalmente a cargo del Estado; el de enfermedades no profesionales y maternidad se cubre en tres cuartas partes por las aportaciones de las entidades públicas y solo una cuarta parte por el trabajador.

El I.S.S.S.T.E. inició su operación subrogando servicios a ocho hospitales a fin de proporcionar mejor cada especialidad médica.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.

Al triunfo del movimiento revolucionario los ideales de salud y seguridad social cobran vigencia después de un prolongado periodo de maduración proveniente de la época de la Colonia.

Con ésta sólida base se fundamenta el camino, largo pero definitivo que se emprende en nuestro país hacia la conquista del bienestar colectivo, la lucha contra la desigualdad y una mayor integración de todos los mexicanos.

Durante los 27 años posteriores a la Constitución de Querétaro fué madurando la idea de crear una institución con cobertura social.

Los primeros intentos no resultaron del todo claros y fructíferos, ya que en México no existía antecedente legal que configurara la estructura de un organismo rector de seguridad social.

Los ejemplos de organizaciones similares en otros países no proporcionaban ninguna posibilidad para adaptarlos a nuestro medio. Por este motivo se crearon disposiciones propias que al paso del tiempo habrían de mostrar sus bondades.

En los primeros años de la Administración del General Avila Camacho, se dio marcha al proyecto de seguridad social y este fué llevado a la realidad. El paso fundamental y definitivo se produjo el 19 de enero de 1943 al ser expedido el decreto que estableció la obligatoriedad y observancia de la Ley

del Seguro Social. Un año más tarde en 1944 se cristalizó la decisión del gobierno de la república de implantar servicios del I.M.S.S., primero en el D.F. y posteriormente en el resto del país. (1)

Como Institución de derecho positivo nacional, el Instituto Mexicano del Seguro Social posee fundamento jurídico y obtiene las normas que regulan su funcionamiento a partir de una Ley que debió ser aprobada por el Congreso de la Unión promulgada después por el Ejecutivo, siguiendo para ello todo el procedimiento de elaboración establecido para el caso en el Constitución Política del País.

La Ley del Seguro Social se expide el 31 de diciembre de 1942 y se publica en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943. En este año se organizó el I.M.S.S. y se inició la afiliación de patrones y trabajadores en el D.F.

Por fin el 1ero. de enero de 1944 comenzó el Instituto a prestar los servicios que señala la Ley.

El Seguro Social Mexicano se estableció con carácter obligatorio como servicio público nacional, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los riesgos amparados fueron los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. los accidentes y enfermedades generales o no profesionales, la maternidad y la invalidez, vejez, muerte y cesantías por edad avanzada.

(1) Instituto Mexicano del Seguro Social 40 años de Historia 1943, 1983 México 1983, Pag. 18.

La población protegida inicialmente incluyó a todos los que prestan un servicio a otra persona, en virtud de un contrato de trabajo, los miembros de sociedades cooperativas y los aprendices así como los familiares señalados en la Ley.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene por Ley el encargo de organizar, administrar y dirigir las diversas ramas del seguro por medio del Consejo Técnico del Instituto, que se integra con representantes de las organizaciones de trabajadores de los patrones del estado.

Debe destacarse también que como la protección impartida por el Seguro Social entraña una función de interés público, no puede encomendarse a empresas privadas sino que el Estado tiene el deber de intervenir en su establecimiento y desarrollo.

Es útil aclarar que la seguridad social en México tiene cobertura no sólo por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social, a su lado y con propósitos semejantes están la Secretaría de Salud (S:S.); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.); los Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas; los Servicios Médicos y de Previsión Social de Petróleos Mexicanos (PEMEX); con una gran red de instalaciones, los hospitales de Traumatología, con sus complementes que sostiene el Departamento del Distrito Federal y otras instituciones que llevan a cabo trabajos semejantes.

OBJETIVOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL *

De la Seguridad Social

Garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Del Seguro Social

Fungir como instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de su propia ley.

Del I.M.S.S.

Organizar y administrar el Seguro Social en sus diversos regimenes y ramas, así como las prestaciones sociales y los servicios de Solidaridad Social.

MARCO LEGAL

La creación de la nueva Constitución Política Nacional significó la definición cuando menos desde el punto de vista teórico, de todo un plan de actividades para la vida del país, precisamente que por el cual habían luchado los revolucionarios en los campos de batalla durante varios años. A partir del 5 de febrero de 1917 puede decirse que se inició otra etapa en la existencia de

* Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS, 1993-1995

México en la cual el país a partir de los principios asentados en la Carta Magna, pudo lanzarse de lleno a ponerlos en práctica. Y como es, las Instituciones de salud se enmarcan dentro de esta para establecer y fundamentar su funcionamiento y obligación.

- **Constitución Política de los E.U.M.**
D.O. 5-111-1917

- **Ley del seguro Social**
D.O. 19-I-1943

- **Ley Federal del Trabajo**
D.O. I.IV.1970

- **L.O.A.P.F.**
D.O. 29-XII-1982

- **Reglamento de Organización Interna del I.M.S.S.**
Acuerdo del H.C.T. 2126, 15-X-1947.

- **Reglamento para la Clasificación de Empresas y Determinación del Grado de Riesgo del Seguro de Riesgos de Trabajo.**
D.O. 29-VI-1981 (1)

.....
(1) Manual de Organización del I.M.S.S., Archivo histórico del C.M.N. S.XXI Pag. 11.

- **Reglamento de Delegaciones Estatales y Regionales**
D.O. 26-VII-1967
- **Reglamento de Organización Interna de las Delegaciones Regionales y Estatales del I.M.S.S.**
D.O. 14-XII-1982
- **Reglamento interior de las Subdelegaciones del I.M.S.S.**
Acuerdo H.C.T. 567/90.
- **Programa de Reestructuración Institucional**
Acuerdos del H.C.T. .10/91 16-I-91
 .42/91 30-I-91
 .97/91 27-II-91

ORGANIGRAMA

DESCRIPCION DE FUNCIONES

Asamblea General A prueba o modifica en su caso anualmente el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe de actividades presentado por el Director General, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la comisión de vigilancia. (2)

(2) *Ibidem* Pags. 7, 8, 9 y 10.

Consejo Técnico

Es representante legal y el administrador del Instituto. Decide sobre las inversiones de los fondos del instituto con sujeción a lo previsto en la Ley del Seguro Social y sus reglamentos. Debe conocer los resultados de las auditorías practicadas a las dependencias del instituto y tomar las medidas pertinentes en los casos que se requiera.

Comisión de Vigilancia

Vigila que las inversiones del instituto se hagan de acuerdo a las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

Practica la auditoria de los balances contables y aprueba los avalúos de los bienes materiales de operaciones del instituto. Convoca a asamblea general extraordinaria en casos graves y bajo su estricta responsabilidad.

Dirección General

Dirige las acciones para el cumplimiento de las políticas, los lineamientos y las normas establecidas para la asamblea general y el consejo técnico. Nombrar y remover a los demás funcionarios y trabajadores.

Ejercer el derecho de veto sobre las resoluciones del Consejo Técnico hasta que resuelva en definitiva la Asamblea General

Auditoría General

Sanciona los programas anual y permanente de auditoría y tramita la autorización correspondiente ante las autoridades institucionales y gubernamentales.

Evalúa y autoriza las solicitudes de auditoría fuera de programa que presenten los diversos órganos del instituto.

Coordinación General

de Comunicación Social

Propone las normas y criterios generales para la elaboración, ejecución y evaluación de los programas generales de trabajo de las dependencias a su cargo, aprueba y vigila la ejecución a nivel nacional.

Presenta al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social ante las Instituciones y dependencias del Gobierno Federal y privadas, relacionadas con la comunicación social.

Apoya al Director General del Instituto en la verificación y cumplimiento de los acuerdos dictados

por el H. Consejo Técnico relativos a comunicación social.

Representa a la Institución ante otros organismos, dependencias y terceros, cuando así lo determine la Dirección General.

**Coordinación General
del Programa**

IMSS-Solidaridad

Determina los mecanismos de investigación para establecer el diagnóstico situacional de la población usuaria del programa.

Integra y evalúa estudios técnicos para extender los servicios de solidaridad social por cooperación comunitaria a grupos marginales y zonas deprimidas.

Establece coordinación con las subdirecciones generales del Instituto y sus dependencias, así como con las delegaciones del sistema para la realización de las acciones de la coordinación general del programa IMSS-SOLIDARIDAD en materia de atención de solidaridad social por cooperación comunitaria.

Subdirección General

Médica.-

Representa al subdirector general del I.M.S.S. ante las instituciones que constituyen el Sistema Nacional de Salud.

Coadyuvar en el mantenimiento de la imagen institucional de servicio, eficacia y eficiencia profesional.

Dicta las estrategias para la integración y funcionamiento de la comisión de cuadros básicos.

Subdirección General

Administrativa.-

La jefatura de Servicios Sociales de Ingresos recibe las funciones de velatorios, antes subjefatura de velatorios de la jefatura de servicios de bienestar y desarrollo; y las funciones de la jefatura de servicios de turismo social que desaparece.

La jefatura de Servicios Generales, recibe las funciones de la coordinación de administración de inmuebles del Nivel Central y de la Coordinación de Seguridad e Información mismas que desaparecen; también recibe la planta de reproducciones gráficas

que dependía de la Gerencia General de Procesos Industriales que desaparece.

Se incorpora a ésta Subdirección la jefatura de Servicios de Guarderías, que dependía de la Subdirección General de Prestaciones Sociales que desaparece.

**Subdirección General
Jurídica.**

Desaparece la Jefatura de Servicios de clasificación y determinación del grado de riesgo de las empresas, incorporándose sus funciones a la Jefatura de Servicios de Seguridad en el Trabajo y clasificación de empresas.

Secretaría General

Con motivo de la desaparición de la Subdirección General de prestaciones Sociales, se establece la Jefatura de Servicio de Prestaciones Sociales que depende la Secretaría General e integra las funciones de las Jefaturas de Servicios de Promoción Cultural, de la Recreación Física y Deportes y la de Bienestar y Desarrollo, así como de la Unidad de Planeación y Evaluación que desaparecen.

Desaparece la Unidad de Atención a Pensionados y sus funciones se incorporan a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Sociales.

Desaparece la Unidad de Asuntos Internacionales y sus funciones se incorporan a la Prosecretaría General.

**Subdirección General
de Delegaciones.-**

La Jefatura de Servicios de Planeación y Evaluación Delegacional recibe las funciones de la Unidad de Giras y Eventos Especiales que desaparece.

**Subdirección General
de Abastecimiento.-**

La Unidad de Apoyo Técnico y Evaluación cambia de denominación a Unidad de Procesos Industriales y Apoyo Técnico al incorporarse las plantas y los módulos de lavado de ropa que dependían de la Gerencia General de Procesos Industriales, misma que desaparece.

**Subdirección General de
Obras y Patrimonio
Inmobiliario.-**

La Jefatura de Proyectos y Construcciones se reestructura para dar lugar a la Unidad de Proyectos y a la Jefatura de Servicios de Construcciones.

**Coordinación General de
Comunicación Social.-**

Desaparece la Coordinación de Investigación de la Comunicación y sus funciones las asumen las Coordinaciones de Prensa y Difusión.

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

La comunidad laboral y las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social establecen en un Contrato Colectivo de Trabajo las normas de la relación de trabajo que los rige. Tratándose de un esfuerzo de comprensión y de mutuo respeto, actitud siempre presente en el trato cotidiano que se manifiesta en el espíritu y en los principios que sustentan las cláusulas, reglamentos y convenios de dicho pacto laboral.

El Contrato Colectivo de Trabajo se celebra por una parte el Instituto Mexicano del Seguro Social representado por su "Director General C. Lic. Genaro Borrego Estrada" y por al otra en representación del interés profesional de todos y cada uno de sus miembros "El Sindicato Nacional de

Trabajadores del Seguro Social". Organización legalmente constituida con registro en el Departamento de Asociaciones de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social bajo el número 1833. Sindicato representado pro su "Comité Ejecutivo Nacional", quienes en el curso de sus disposiciones serán designadas como "El Instituto" y el "Sindicato".

COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL: Órgano Nacional del Gobierno del Sindicato, integrado por funcionarios del mismo, que de conformidad con sus estatutos tiene ante el Instituto la exclusividad de representación legal y general de los trabajadores al servicio de éste.

REPRESENTANTES DEL INSTITUTO

- a) Director General
- b) Secretario General
- c) Delegados del D.F., Delegados Estatales y Regionales
- d) Personas a quienes deleguen su representación los anteriores y en los puntos concretos materia de tal delegación.
- e) Los representantes del Instituto en la Comisiones Nacionales Mixtas (arbitral de cambios, de becas, bolsa de trabajo....paritaria de protección al salario, de capacitación y adiestramiento.
- f) La representación legal del instituto ante toda clase de autoridades judiciales y administrativas queda a cargo exclusivo del Director General de conformidad con lo dispuesto por el art. 257 de la Ley del Seguro

Social pudiendo delegar dicha representación en la persona ó personas que estimase pertinente. (1)

REPRESENTANTES DEL SINDICATO

El Instituto tratará exclusivamente con los representantes debidamente acreditados del Sindicato, todos los asuntos de carácter colectivo o individual que surjan entre aquel y sus trabajadores.

Son representantes Sindicales:

- a) El Secretario General del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato.
- b) Los Secretarios del Comité Ejecutivo Nacional
- c) Los Miembros de las Comisiones Nacionales del Comité Ejecutivo Nacional
- d) Los Miembros del Consejo Consultivo del Sindicato
- e) Los Secretarios de los Comités Ejecutivos Seccionales y los miembros de las Comisiones Seccionales en las respectivas delegaciones regionales y estatales.

(1) C.C.T. I.M.S.S. 1992-1994 Pág. 16-17.

- f) Los Secretarios de los Comités Ejecutivos de las Delegaciones Foráneas Autónomas en sus respectivas jurisdicciones.
- g) Los Secretarios de los Comités Ejecutivos Delegacionales y Subdelegacionales en sus respectivos centros de trabajo.
- h) El representante del Comité Ejecutivo Nacional en cada una de las Secciones y Delegaciones Foráneas Autónomas.
- i) Los representantes sindicales en las Comisiones Nacionales Mixtas (arbitral de cambios, de becas, bolsa de trabajo.....para la productividad y de resguardo patrimonial).
- j) Aquellas que el Comité Ejecutivo Nacional o el Secretario General del Sindicato nombre para tratar algún caso concreto ante el Instituto, su sistema o sus dependencias en particular.(2)

SISTEMA DE GESTIÓN TRIPARTITA-REPRESENTATIVIDAD IGUALITARIA

El principio de "administración tripartita ó tripartidismo" que determina la estructura administrativo-financiera del I.M.S.S., se fué generando a través de un proceso de depuración conceptual hasta llegar al significado que adquiere en la Ley del Seguro Social.

(2) *idem*, Pág. 17.

El principio de la administración tripartita del Instituto permite toda la estructura institucional, es decir funciona efectivamente mediante un sistema de órganos colegiados que opera tanto a nivel central como local o delegacional.

En el primero lo integran la Asamblea General, el H. Consejo Técnico, el Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo y la Comisión de Vigilancia; en el nivel desconcentrado está dispuesto en el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

Este Sistema de órganos colegiados esta estructurado por los principios de representatividad igualitaria, orden jerárquico y cooperación ó colaboración interinstitucional.

Representación Igualitaria.- Este principio se aplica tanto a la integración gubernamental y paritaria de todo el sistema, como en el peso específico de sus resoluciones.

De esta manera la Asamblea General cuenta con 30 miembros, 10 de cada sector y 10 Ejecutivo Federal, quien la preside a través del Director General del Instituto.

Las representaciones obreras y patronales acuden a este órgano supremo a través de las organizaciones de trabajadores y patronales.

SISTEMA DE GESTION TRIPARTITA-REPRESENTATIVIDAD IGUALITARIA

El Consejo Técnico se integra con un total de doce miembros correspondiendo cuatro a cada sector y cuatro a la representación gubernamental.

La designación de los consejeros queda a cargo de la Asamblea General en la cual cada sector asigna a sus representantes.(1)

Para aquellos asuntos que el Consejo Técnico estima debe dárseles mayor consideración, para ello ha establecido órganos colegiados especializados: las comisiones de Adquisiciones, Planeación y Presupuesto, Construcciones y Seguros de Riesgos de Trabajo, Comunicación Social, Asuntos Jurídicos y las Comisiones de Quejas y de Convenios. Salvo las dos últimas que funcionan bipartitamente; todas las restantes operan con un consejero obrero, un patronal y el Director General como Presidente de las mismas.

La Comisión de Vigilancia funciona a su vez con seis miembros dos por cada sector y dos por el Gobierno designados por las representaciones ante la Asamblea General.

El Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo que atiende la revisión de clases y grados de riesgo de las empresas, también se compone de manera tripartita con un miembro de cada sector y un representante gubernamental.

Los Consejos Consultivos Delegacionales que operan en cada una de las 36

(1) R.A.P., INAP, 67 90 1387 Pag. 151
Administración del Sector Salud.

Delegaciones del Instituto (una en cada estado de la República, dos en Veracruz y 4 en el D.F.), se integran con el propio delegado, un representante del gobierno de la entidad federativa sede de la Delegación, dos del sector obrero y dos del sector patronal.

Las resoluciones que se adoptan en cada uno de estos órganos colegiados son por simple mayoría de votos de sus respectivas representaciones, teniendo igual peso cada voto sectorial y gubernamental.

•Principio de orden

jerárquico y colaboración.- Las relaciones que entre sí guardan los órganos colegiados y por los cuales se entrelaza una red o sistema integrado, están determinados por los principios de jerarquía y colaboración institucional.

La Asamblea General es el órgano supremo porque determina la integración (designación y remoción) de los restantes, sea en forma directa (Consejo Técnico, Comisión de Vigilancia) como indirecta (a través del Consejo Técnico por ella integrado, para los Comités y Comisiones, el Comité Consultivo del Seguro de Riesgos y los Consejos Consultivos Delegacionales), resuelve en definitiva las resoluciones del Consejo Técnico vetados por el Director General y por la importancia de los asuntos que conoce y autoriza.

El Consejo Técnico por su parte determina la integración de sus órganos de apoyo (Comité y Comisiones) y en definitiva resuelve sobre sus acuerdos; también interviene en la integración del Comité Consultivo del Seguro de Riesgos de los Consejos Consultivos Delegacionales a quienes puede señalar facultades adicionales a las indicadas por la Ley.

- El principio de Colaboración interinstitucional.- Se expresa a través de las atribuciones que cada uno de ellos tiene asignadas. De esta manera y a título ejemplificativo la Asamblea General resuelve, entre otros asuntos, el presupuesto de ingresos y gastos y el programa de actividades del Director General que previamente conoce el Consejo Técnico (2).

El Consejo Técnico convoca a las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General actividades que, elaboradas por la Dirección General, son el definitiva autorizadas por ellas.

De ésta manera se aplicó el concepto de tripartidismo con los principios de representación igualitaria, orden jerárquico y colaboración para conformar en un todo orgánico y armonioso la estructura administrativa institucional.

(2) Idem pag. 102

SEGUNDA PARTE

1.-LA MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD COMO POLITICA GUBERNAMENTAL

La salud fue en la Administración del Lic. Miguel de la Madrid H. uno de los principales puntos al cual brindó importancia y apoyo dentro de la política del desarrollo social, con una tendencia a acceder progresivamente a una sociedad igualitaria.

"Para mí -dijo el Lic. M.M.H.- Modernizar es consustancial a Democratizar".(1)

A partir de este concepto de esencia política, se desenvuelve un proceso de modernización administrativa de la ahora Secretaría de Salud, modificando esquemas y fórmulas tradicionales que en el campo de la salud impedían obtención de resultados eficaces a demandas efectivas de la sociedad especialmente de grupos económicos y socialmente rezagados; sumando lo anterior el Lic. M.M.H. propone la iniciativa que se eleva a rango constitucional el derecho de la protección a la salud, basándose en la concepción de los derechos sociales que surgieron de la Revolución Mexicana lo que se tradujo en un orden jurídico que mucho ha influido en el cambio de estructuras económicas y sociales.

(1) Discurso ante los integrantes de la Sociedad Mexicana de Licenciados en Administración. 1987.

Lo anterior indica que hay grandes grupos cuyo rezago relativizan la libertad, la justicia y la seguridad, valores clásicos del derecho; impidiendo así mismos una mayor profundización en el proceso constructivo de la democracia mexicana. Es así como se expresa el contenido político de un nuevo elemento, el derecho a la salud que enriquece el contenido del proyecto nacional modernizador del Sector Salud.

Esta reforma de matiz modernizador es expresión de un ánimo liberal progresista.- Juárez seculariza la caridad transformándola en asistencia; el Constituyente de 1917 la institucionaliza en la mayor jerarquía constitucional y administrativa, al establecer el Departamento de Salubridad que los gobiernos de la revolución fusionan con la Secretaría de Asistencia; y el Lic. M.M.H., da el paso de transformar concepto y órgano, es decir fin y medio al hacer de la asistencia un derecho constitucional social y programático para acceder a servicios de salud y al transformar la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Secretaría de Salud.

Esta modernización administrativa de la Secretaría de Salud responde a propósitos democratizadores pero también constituye una reacción a un proceso evolutivo que mostraba carencias y rezagos aún no plenamente superados a pesar de anteriores esfuerzos.

En 1977 como respuesta a un fenómeno generalizado de descoordinación en la Administración Pública, se agrupan diversas entidades paraestatales bajo la

coordinación y control de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sin embargo como lo señaló el Lic. M.M.H. en su mensaje al Congreso de la Unión proponiendo la adición al art. 4to., de la Constitución Política: "La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas dedicadas a la salud ha dado lugar a duplicidades, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo siempre en perjuicio de México y su población".

A la descoordinación se suman tres características estructurales de los servicios de la salud, agregándose los elementos del reto de transformar la administración de la salud a través de la constitución y consolidación de un Sistema Nacional de Salud. Estos tres ingredientes son: La centralización, la desigualdad y los problemas administrativos.

En la propia iniciativa de reforma constitucional el Lic. M.M.H. expresa: "El propósito es revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara en materia de salud y que ha concluido a que la federación tome responsabilidades que recaen en las jurisdicciones local y municipal", y agrega "El código sanitario ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general que concibió el Constituyente de Querétaro y se ha acabado recientemente en el carácter concurrente de la materia sanitaria".

En cuanto a la desigualdad, se aprecia una discriminación en el campo de la salud ya que la calidad de los servicios varía radicalmente de una a otra institución y de una región a otra, aunque los esfuerzos logrados en poco más de 60 años de gobiernos revolucionarios no se han alcanzado los frutos esperados quedando aún mucha población desprotegida. (cuadro 1).

La Secretaría de Salud a partir de los aciertos y limitaciones de la extinta Secretaría de Salubridad y Asistencia se acomoda a la función original que nuestro derecho administrativo señala a las Secretarías de despacho y que se ha ido deslizando en algunos ramos de la acción gubernativa: es instancia de autoridad y no aparato de prestación de servicios a la ciudadanía.

El nuevo modelo orgánico funcional de la Secretaría de Salud, dispone que los servicios a los ciudadanos deben prestarse por las entidades federativas y por organismos públicos descentralizados. (2)

Para lo anterior el Lic. M.M.H. dispuso durante su administración diversas iniciativas para reformar el código sanitario de 1973, la L.O.A.P.F. y la Ley General de Salud coloca las bases de la descentralización y articula la acción pública en ese campo. Además esa ley es el principio de la modernización de la legislación sanitaria.

El proceso de formación de la nueva Secretaría ha respondido a una nueva concepción de la salud ya que tiene una dimensión social, económica y política, esto porque la salud es indicador general elocuente de democracia a tal extremo que para conocer que tan igualitarios es una sociedad bastaría con revisar los principales indicadores de salud.

(2) R.A.P. 69/70 Enero-Junio 1987 Pag. 30-31
INAP, México.

**POBLACION DERECHOHABIENTE DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
POR ENTIDAD FEDERATIVA
1992**

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SECRETARIA DE MARINA	SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	47,693,797	37,464,660	8,642,862	836,474	298,692	151,059
Aguascalientes	631,408	531,548	82,946	8,916	16,076	50
Baja California	1,207,007	1,231,405	155,894	2,127	17,424	1,962
Baja California Sur	300,788	217,593	67,110	421	11,209	4,496
Campeche	350,301	246,324	69,694	15,034	14,132	4,125
Coahuila	1,762,482	1,544,259	202,623	1,205	11,956	50
Colima	292,570	226,193	48,521	2,122	12,212	2,472
Chiapas	635,535	377,520	198,174	11,394	28,456	3,121
Chihuahua	1,984,932	1,734,695	244,959	1,742	33,295	50
Distrito Federal	10,125,000	7,220,874	2,736,213	12,913	19,460	45,570
Durango	634,925	574,663	296,123	2,133	21,716	50
Guanajuato	1,845,946	1,506,645	294,860	42,171	22,290	50
Guerrero	958,170	544,843	360,537	823	39,316	12,651
Hidalgo	687,576	459,108	165,483	31,594	31,420	50
Jalisco	3,413,719	3,059,619	260,065	7,648	45,280	507
México	3,598,817	2,942,131	631,124	15,025	10,636	50
Michoacán	1,159,504	839,504	289,070	1,893	26,436	2,601
Morelos	709,952	536,492	140,072	7,744	31,644	50
Nayarit	434,835	314,600	112,469	287	6,720	759
Nuevo León	2,884,785	2,065,489	103,649	18,359	37,209	50
Oaxaca	738,799	406,645	240,491	37,624	40,784	5,355
Puebla	1,519,198	1,217,634	248,174	24,126	29,394	50
Querétaro	752,006	649,950	65,798	7,338	15,932	50
Quintana Roo	433,391	342,241	64,075	50	19,744	6,431
San Luis Potosí	972,759	762,466	156,069	3,450	11,744	50
Sinaloa	1,504,353	1,237,966	241,665	2,794	15,416	5,912
Sonora	1,348,664	1,155,620	171,500	4,762	10,912	5,580
Tabasco	590,413	342,769	125,091	103,763	16,984	1,806
Tamaulipas	1,741,605	1,346,705	263,464	97,255	26,192	8,049
Tlaxcala	307,736	217,236	91,631	426	8,384	50
Veracruz	2,735,607	1,666,493	337,090	333,139	71,432	37,475
Yucatán	790,090	660,718	107,392	3,115	18,048	817
Zacatecas	430,573	317,953	104,631	569	7,420	50

a/ Incluye pensionados en el extranjero y del Banco de México

b/ Incluye pensionados en el extranjero

SD - Sin Población Derechohabiente

FUENTE: Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística Bo. 12 Vol. 2 1992.

La reforma constitucional propuesta por el Lic. M.M.H. en lo concerniente a salud individual, familias y comunidades no dá lugar a servicios entendidos como dádivas, pero hay ejercicio de un derecho social a la equidad en materia de salud y una relación correlativa del Estado para procurar su cabal cumplimiento y el eje de ésta acción es la Secretaría de Salud a través del Sistema Nacional de Salud. (Fig.1).

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

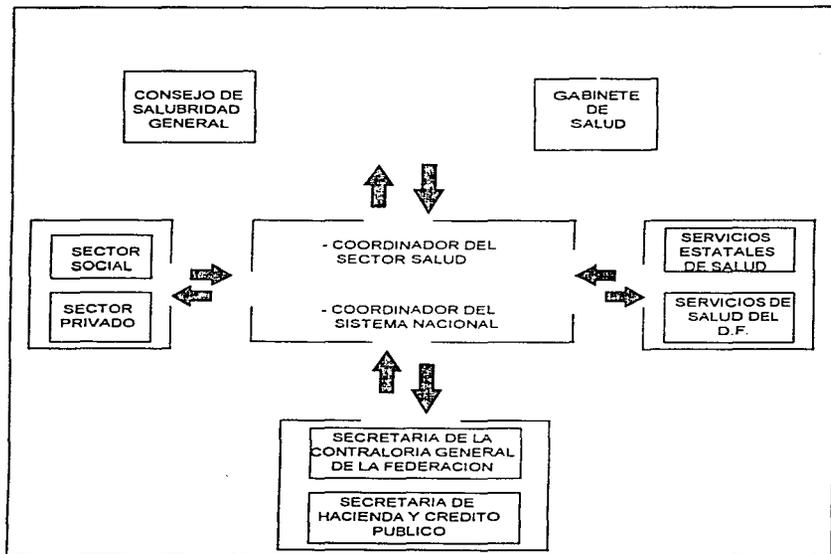


Fig. 1

La expansión de recursos de personal y organización del Sistema Nacional de Salud, así como sus responsabilidades, generó problemas de eficiencia y de eficacia por la magnitud de sus tareas. Aún así la modernización de este sector se ha de lograr conforme su estructura se afine reflejando sus resultados en la calidad de sus servicios.

Para el sexenio de 1988 a 1994 fue propuesta la modernización del Sector Salud "enfaticándose la prevención de enfermedades, consolidando los avances obtenidos en los programas existentes a lo cual se hace necesario el mejoramiento de la efectividad de las acciones curativas"(3).

La propuesta mencionada es muy clara, brindar atención médica eficaz a toda la población y abarcar en lo posible a aquellos que no cuentan con recursos necesarios para adquirirla.

Es así la continuación de una mejora en los servicios de salud en sus 3 niveles de atención. La modernización va más lejos que adquirir únicamente aparatos electromédicos sofisticados o construir y/o remodelar una clínica u hospital; la modernización implica preparación y actualización del personal en general para poder competir con calidad dentro del mercado de "la conservación de la salud".

(3) Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994 S.P.P.

"Para ser mas competitivo hay que fortalecer la democracia industrial que alienta a los trabajadores y empresarios en el esfuerzo por ampliar las capacidades económicas del país, en un mundo donde el reto es competir con calidad ".(4)

Es así como se fundamenta la calidad de los servicios de salud en todo su ámbito nacional. Como cabeza de sector, el Sector Salud amplía su cobertura y moderniza sus instalaciones mejorándolas y dotándolas de equipo, indicando cuan importante es su personal y abriendo diversos programas de capacitación para poder alcanzar las metas propuestas en éste ámbito.

Así también como apoyo a esta modernización se suma desde el inicio del sexenio 1988-1994 el Programa Nacional de Solidaridad, cuyo objetivo principal es atender a las demandas sociales de los sectores mas necesitados y para cuyas actividades le merecen otro apartado.

14) El Financiero 26-03-94 La productividad es la vía más segura para el desarrollo.- Lic. C.S.G

2.- LA PARTICIPACION DE PRONASOL EN EL SECTOR SALUD

Los Institutos Nacionales de Salud constituyen un conjunto de organismos descentralizados que cuentan con personalidad jurídica y patrimonio propios y están agrupados en un subsector coordinado por la Secretaría de Salud. En su ámbito la S.S. se ve fortalecida por los servicios a comunidades vulnerables y regiones menos protegidas por el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL).

Las actividades de PRONASOL se vinculan a lo establecido en el Programa Nacional de Salud 1990-1994 que se pronuncia porque la salud no sea exclusivamente un medio útil por sí mismo, sino un fin a lograr en el desarrollo socioeconómico del país.

El PRONASOL es un programa de inversión concertada con los productores y trabajadores del país y de coordinación entre sectores gubernamentales en sus 3 niveles : FEDERACION, ESTADO Y MUNICIPIO , para apoyar los esfuerzos directos y libremente decididos por los propios habitantes de las comunidades. Sus objetivos son atender las demandas sociales de los grupos más necesitados, consolidar su capacidad productiva e impulsar su plena incorporación a los beneficios del progreso. Ataca las causas estructurales de pobreza al apoyar a los trabajadores con mecanismos que permitan incrementar su productividad.

El programa se orienta hacia los indígenas, los campesinos de escasos recursos, los pobladores rurales de las zonas semidesérticas y los grupos populares de las áreas urbanas. Las acciones se dirigen a apoyar sus respectivas actividades productivas y ampliar los servicios en materia de salud, educación, vivienda, agua potable y alcantarillado, urbanización, electrificación, seguridad, abasto y cuidado del medio ambiente.

Considerando la escasez de recursos del país se han diseñado acciones coordinadas entre los 3 niveles de gobierno para aprovechar los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.

Son cuatro los principios básicos que rigen las acciones y los proyectos de PRONASOL (*)

1. Respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización de sus participantes reconociendo la diversidad y la pluralidad.
2. La plena y efectiva participación de los sujetos organizados desde la definición del proyecto hasta su terminación y evaluación.
3. La corresponsabilidad que se traduce en compromisos serios, precisos y públicos de todos.

.....
* El esfuerzo Nacional de Solidaridad. Presidencia de la Republica. Dirección General de Comunicación Social.

4. La transparencia, la honestidad y la eficiencia en el manejo de los recursos de la Nación.

Solidaridad se definió en 2 vertientes simultáneas y complementarias que han orientado las acciones del Programa Nacional de Solidaridad: La Solidaridad para la producción y la Solidaridad para el bienestar social.

Por una parte se impulsa la realización de obras de infraestructura de apoyo a las actividades agropecuarias, la canalización de apoyos directos a los campesinos y el fomento a la agroindustria y a la microindustria. Por la otra se promueve la ejecución de obras y proyectos para ampliar y mejorar el otorgamiento de los servicios sociales que inciden directamente en el mejoramiento del nivel de vida de la población.

Para ampliar la cobertura de salud se tomó como base la experiencia del sistema del Instituto Mexicano del Seguro Social I.M.S.S.-COPLAMAR que ya venía operando en 16 Estados. Esta fué la base sobre la que se apoyaron los esfuerzos del nuevo mecanismo I.M.S.S.-SOLIDARIDAD que ha enfrentado las deficiencias en el sector salud al incrementar en 37.3% su cobertura física.

El "Programa Nacional de Solidaridad" a través de sus programas no solo promueve la salud y mejora las condiciones hospitalarias para exponerlas como "Hospital Digno", sino que además promueve la concertación y unificación de fuerzas para avanzar hacia la reconstrucción social, económica y política que permita elevar la inversión, el empleo, la producción, la

productividad, la calidad, la competitividad, el desarrollo del mercado interno y la diversificación de las exportaciones.

El Programa Nacional de Solidaridad inicia su operación el 2 de diciembre de 1988 instrumentando un conjunto de acciones inmediatas para mejorar las condiciones de vida de las comunidades indígenas, campesinas y de las colonias populares, siempre basándose en alguno de sus 35 programas para aplicar según el caso. En lo concerniente a salud corresponden 3 rubros de la siguiente forma:

01 I.M.S.S.-SOLIDARIDAD Cuyo objetivo es crear la infraestructura básica hospitalaria en las comunidades rurales e indígenas a fin de incorporar los servicios de salud a las comunidades que carecen de él.

02 HOSPITAL DIGNO Su objetivo es rehabilitación y equipamiento de hospitales públicos (sólo de la Secretaría de Salud).

25 SALUD Apoyar a los programa de salud de las organizaciones de médicos tradicionales formalmente integrados.
Respaldar las reuniones de intercambio de conocimientos y experiencias entre estos importantes procuradores de salud indígena.

Apoyar la prestación de servicios de salud a los pacientes indígenas, brindándoles apoyo económico y hospitalario cuando por la naturaleza de su enfermedad así lo requieran.

En los últimos 4 años la política social ha entrado en una nueva fase, la cual ha estado enmarcada en los ritmos y acciones que el Programa Nacional de Solidaridad ha desplegado como parte primordial de la política de bienestar social.

Como nuevo proyecto, Solidaridad ha iniciado su programa "Enfermeras en Solidaridad" como una nueva forma de reconocer e incentivar la vocación, desempeño, iniciativa y participación del personal de enfermería y cuyos objetivos forman parte de una estructura compartida entre instituciones de salud y SOLIDARIDAD, estos objetivos son: (i)

Otorgar un estímulo económico y apoyar la superación profesional de las enfermeras con mejor desempeño, calidad humana y probada eficiencia que laboren en las unidades del Sistema Nacional de Salud.

.....
(1) **Enfermeras de Solidaridad: Guías de Solidaridad Lineamientos de Operación, 1994.**

Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, su competencia creativa y acción comunitaria, así como el trato amable a los usuarios, para contribuir a elevar la calidad y calidez en los servicios de salud.

Impulsar el reconocimiento social hacia el personal de enfermería.

Promover que la comunidad participe en programas y servicios de atención al bienestar social.

Las actividades de Solidaridad están dejando huella en la política del país, sus acciones verdaderamente han alcanzado a población marginada, el papel que ha representado ha sido de garantía y de calidad en sus acciones lo cual ha permitido que la población se familiarice con sus programas.

Las características del programa de Solidaridad son sin duda alguna de gran envergadura en su proceder y de una amplia objetividad, esto es, que sus acciones son directamente en las comunidades que reciben el beneficio y trabajan para éste.

Al entablar el punto de primicias que marcan un parteaguas en el desarrollo de nuestro país se hace necesario destacar el "Programa Nacional de Solidaridad"

por formar este parte de los pilares en las estrategias gubernamentales del salinismo.

En el curso de la historia política nacional, cada sexenio trae consigo programas y proyectos, pero ninguno propicia el acercamiento directo y sostenido para impulsar y desarrollar a las capas sociales con marcados trazos de marginación. De tal manera surgen los principios de justicia social propuestos por el Estado e iniciar los puntos de equilibrio requeridos ya de por sí.

Estos análisis tendrían como sustento el fortalecimiento de la estabilidad macroeconómica, así como el paso a fórmulas nuevas de organización y de interacción económica.

Este programa permite que en un contexto de definición total de decisiones, los estratos sociales más requeridos obtengan respuestas concretas y concisas a sus demandas de bienestar social, trayendo como consecuencia nuevas políticas y modificaciones institucionales.

Concretizando lo anterior se exponen algunos logros obtenidos por espacio de 4 años de gobierno salinista:(1)

a) La incorporación de 5,623 mexicanos por día a los sistemas de salud.

(1) La Jornada, 8 de abril 1995, pag. 11.

- b) Introducción diaria de sistemas de agua potable beneficiando cada día a 7,719 mexicanos.
- c) Se entregaron 1052 escrituras por día.
- d) Construcción diaria de 47 aulas, talleres y laboratorios.
- e) Han redimido cotidianamente servicios de energía eléctrica 9,122 mexicanos.
- f) Los colonos con su organización pavimentaron más de 3200 Km. en colonias populares.
- g) La telefonía rural abarca ya 8,500 localidades rurales y acceso al servicio postal.
- h) Aproximadamente 500,000 menores reciben becas en efectivo, dispensa y atención médica para evitar abandonen las aulas.
- i) En servicio social se integraron 591,000 egresados de escuelas técnicas y superiores para apoyo en proyectos de beneficio comunitario.

Ahora, en el presente sexenio (Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León 1995-2000) quedó establecido que durante el 1er. año "quedarán debidamente integrados los servicios que dependen de la Secretaría de Salud y del Programa de

Solidaridad (las clínicas I.M.S.S.-Solidaridad), para que cada entidad federativa cuente con un sistema propio de salud capaz de responder a sus necesidades regionales, y en el que se apliquen estrategias locales".(1)

Lo anterior se puede traducir en mayores ingresos para el Programa de Solidaridad por lo tanto mayores metas y arduas tareas cuyo desempeño será a partir de cada comunidad.

Pero lo difícil entonces para dar apoyo al mejoramiento y conservación de la salud es sin duda la educación, ya que entendimiento de cada actividad sanitaria también depende del modo como lo percibe cada individuo.

La efectividad de las acciones del programa depende mucho de la evaluación de cada proyecto estudiado, desafortunadamente las necesidades de cada población son demasiadas y variadas que muchas veces las acciones de Solidaridad no son cien por ciento apreciadas por la comunidad, pero también es cierto que en muchas otras el apoyo es grande y la satisfacción es notable.

En este sentido, Solidaridad ha llegado a constituir una forma de apoyo para diversas instituciones como las de salud, educación, apoyo a indígenas y campesinos, en la producción y para el bienestar social general.

La política a seguir radica justamente en su inserción en la lucha histórica contra la desigualdad y su papel en la renovación de la unidad social(1).

Con el apoyo gubernamental Solidaridad ha ido ganando terreno en su desempeño; la distribución de sus gastos son para beneficio a comunidades y su popularidad ha permitido la cooperación de diversos grupos y asociaciones de colonos para el trabajo comunitario.

Solidaridad trabaja al parejo en el análisis y desarrollo operativo de cada labor comunitaria, su ámbito nacional permite el alcance hasta pequeñas comunidades y así lograr mayores resultados.

La productividad alcanzada para el siguiente año de Solidaridad en materia de salud así como una de las instituciones que conforman el Sector Salud deberán señalarse dentro de un año por los funcionarios responsables de cada dependencia (2).

Para el caso de Solidaridad, aunque su actividad no es sólo el apoyo a la salud, las tareas que para esta realicen serán plasmadas como tarea de equipo, comunidad-solidaridad.

(1) La Reforma Social Pag. 35 Instituto Nacional de Solidaridad
(2) La Jornada, 8 abril 1995 Pag. 11

3.- EL IMPACTO DE LA PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Se habla mucho acerca de la crisis de los setentas de seguridad social a nivel mundial, entendiendo por ello, que se han vuelto crónicos los problemas de financiamiento, de insuficiencia en las pensiones y de mala calidad en la prestación de los servicios (Salud, recreación, vivienda, etc.) entre otros. Esta crisis se asocia a otra mayor dentro del ámbito de los trabajadores para la salud y esta es "la productividad en los servicios de salud" implícita en ella la calidad de los mismos.

Pero ¿que es la productividad?, ¿cómo la interpretan los trabajadores del instituto? y ¿cómo podrán percibirla los derechohabientes dentro de cada institución del Sector Salud?, preguntas directas con respuestas concisas, pero lo más importante ¿cómo podrá medirse? y sobre todo ¿cómo será remunerada?.

Antes de responder y discernir acerca de ésta problemática, primero se definirá lo que es lo que no es la productividad e inmediatamente se expondrá el problema que ocasiona al personal de enfermería éste nuevo concepto dentro del Instituto.

Me refiero en esencia al personal de enfermería no por menos importantes otros servicios, sino por ser el de mayor número y con las mayores actividades operativas en sus actividades profesionales.

Productividad: Lo que es lo que no es (*)

¿Qué es productividad?

Es la relación entre la producción obtenida por un sistema de producción ó servicios y los recursos utilizados para obtenerla.

Entonces la productividad se define como el uso eficiente de recursos - trabajo, capital, tierra, materiales, energía, información, en la producción de diversos bienes y servicios.

Esto se puede representar con la fórmula:

$$\frac{\text{PRODUCTO}}{\text{INSUMO}} = \text{PRODUCTIVIDAD}$$

La productividad también puede definirse como la relación entre los resultados y el tiempo que lleva conseguirlos. El tiempo es a menudo un buen denominador, puesto que es una medida universal y está fuera del control humano.

"Cuanto menor tiempo lleve lograr el resultado deseado, más productivo es el sistema"

$$\frac{\text{RESULTADOS}}{\text{TIEMPO}} = \text{PRODUCTIVIDAD}$$

(*) Lecturas sobre productividad Tomo 1, Pag. 99 S.T.P.S. México 1994.

Aunque la productividad puede significar cosas diferentes para diferentes personas, la definición de ésta sigue siendo la misma,

$$\text{PRODUCTIVIDAD} = \frac{\text{PRODUCCION} \quad \text{RESULTADOS LOGRADOS}}{\text{INSUMOS} \quad \text{RECURSOS EMPLEADOS}}$$

La productividad es la interacción entre los distintos factores del lugar de trabajo, mientras que la producción ó resultados logrados pueden estar relacionados con muchos insumos o recursos diferentes, en forma de distintas relaciones de productividad.

A veces la productividad se considera como un uso más intensivo de recursos como la mano de obra y las máquinas que debería indicar de manera fiel el rendimiento o la eficiencia si se mide con precisión; por lo tanto es conveniente separar la productividad de la intensidad del trabajo, porque si la productividad de la mano de obra refleja los resultados benéficos del trabajo, su intensidad significa un exceso de fuerza y no es sino un incremento del trabajo.

< La esencia de la productividad es trabajar de manera más inteligente, no más dura > (1)

Cuando se planea trabajar con productividad se debe pensar que el mejoramiento real de la productividad no se consigue intensificando el trabajo, ya que un trabajo más duro da por resultados aumentos muy reducidos de la productividad debido a las limitaciones físicas del ser humano.

(1) Joseph Prokopetzky Concepto y definición de la productividad Pág. 31 S.T.P.S. 1987

La productividad NO es sinónimo de eficiencia en el trabajo, tampoco debe confundirse productividad y rentabilidad; la eficiencia es producir bienes de alta calidad en menor tiempo posible pero se debe considerar si esos bienes se necesitan; respecto a la rentabilidad, está visto que se puede obtener beneficio debido a la recuperación de los precios aún cuando la productividad haya descendido pero si la productividad es elevada, esta no siempre va acompañada de altos beneficios ya que los bienes que se producen con eficiencia no son forzosamente demandados.

La idea general de Productividad puede sentirse con una ligera tendencia dialéctica debido a su concepción como factor importante en el proceso productivo y el de las instituciones prestadoras de servicios, por ese motivo, la definición de la productividad es compleja y no refleja solamente un problema técnico gerencial.

Es una cuestión que concierne a los órganos estatales, los sindicatos y otras instituciones sociales y cuanto más diferentes sean sus metas más distintas serán sus definiciones de productividad.

Es en éste ámbito que la aplicación de la productividad ocasiona inquietud en el personal de enfermería por no conocerse como serán medidas sus actividades; el impacto es que en los servicios de salud como tal resulta difícil establecer parámetros de medición ya que no es participe en la producción de bienes, ni se compite en trabajar rápido acortando tiempos, no hay formas comparativas para establecer estándares.

Puedo afirmar que la moneda está en el aire. Conforme lo dice el Acuerdo Nacional para la elevación de la Productividad (ANEPEC) "Las medidas específicas enmarcadas en este acuerdo habrán de ser adoptadas dentro del contexto de cada empresa ó centro de trabajo, con la participación activa de todos quienes en ellos intervienen dentro de un proceso en el que la concertación es esencial" (2). esto significa que dentro del I.M.S.S. aún no están dadas las medidas específicas que se relacionen directamente con la "actual productividad" aunque cabe mencionar que existen ciertos listados de actividades que marcan los procedimientos de enfermería pero que están muy lejanos de ser calificados como índices de productividad.

La importancia de la productividad para aumentar el bienestar nacional se reconoce ahora universalmente, no existe ninguna actividad humana que no se beneficie de una mejor productividad, pero los servicios de salud requieren de otro enfoque ya que no se pueden hacer 10 curaciones por minuto pero si se puede hacer una con calidad y eficiencia en por lo menos 10 minutos.

(2) ANEPEC-Mayo 1992 Pág. 69

4 - CRISIS FINANCIERA DEL SECTOR SALUD

La profunda y acentuada crisis que impera en nuestra economía se manifiesta invariablemente en la pobreza y el desempleo masivo primordialmente, el incremento de la población y la escasez de empleos hacen cada vez más difícil controlar las acciones a seguir de las políticas implementadas por el gobierno.

Pero no solo lo económico afecta a las familias ó pequeñas empresas, existe una modalidad que amarra al trabajador y a la empresa, esta es por un lado la necesidad de trabajar para ganar algo y por otra la de seguir produciendo con el mismo fin. Esto en el caso de empresas productoras de bienes, en el caso de aquellas que prestan servicios, la crisis financiera se manifiesta en la disponibilidad ó escasez de insumos para proporcionar un servicio. Por ejemplo, en un "x" hospital se proporcionaban a cada enfermera 7 pares de guantes para medición de orina cada hora por paciente, con la escasez del insumo ya sea por elevación del costo, por su poca distribución en el mercado u otros, ahora solo se proporcionan 2 pares de guantes; otro caso es cuando hay poco o nulo surtimiento en medicamentos o soluciones endovenosas y que dentro del centro de trabajo solamente podrá decirse "no hay, a ver si mañana surten", a nivel administrativo se dirá " que no hay el recurso ya que no se le ha pagado a los proveedores, lo cual a su vez nos lleva a ver que se ha disminuido el marco presupuestal para "x" producto.

No es raro encontrarse con recorte del presupuesto y no solo para insumos sino también para la contratación de recursos humanos.

Recursos físicos del Sistema Nacional de Salud

Concepto	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995a/
AREA DE URGENCIAS MEDICAS	1779	1959	1915	1960	1752	1994	1772	1977	1823	1810	1857
P. Asistencia	724	771	827	778	979	949	777	822	877	1014	1055
SIA	440	485	530	506	604	602	507	537	590	704	764
TEF	133	143	153	147	175	172	137	145	161	191	204
MESH	105	114	114	114	124	115	113	119	124	149	163
Prestación de servicios	110	116	117	121	131	139	145	148	155	163	173
MGS	148	147	163	164	161	161	163	164	167	167	173
SGOPE	67	69	66	66	64	66	66	66	67	68	70
FEMEX	13	14	16	17	17	19	19	19	18	18	19
EDU	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EH	11	11	12	12	12	12	12	12	13	13	13
ECUADORA - E-HEPNA	5177	5321	5293	5294	5238	5375	5295	5245	5177	5223	5312
P. Asistencia	278	278	280	284	281	281	282	279	281	282	284
SIA	161	161	161	162	162	162	162	162	162	162	162
TEF	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
MESH	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Prestación de servicios	270	271	273	277	274	274	275	272	274	275	277
MGS	152	152	153	154	153	153	153	153	153	153	154
SGOPE	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
FEMEX	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
EDU	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EH	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
E-COOPERACION	591	624	616	614	609	629	621	614	617	620	627
Prestación de servicios	295	295	297	297	295	297	297	297	297	298	299
SIA	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168	168
TEF	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
MESH	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
Prestación de servicios	336	339	340	340	340	340	340	340	340	340	340
MGS	159	159	159	159	159	159	159	159	159	159	159
SGOPE	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
FEMEX	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
EDU	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EH	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

1. Incluye el funcionamiento de los Centros de Salud de la Región del Sur.

2. Valor promedio de 1990 a 1994.

a. No incluye

e. Cálculo en

Fuente: Secretaría de Salud

La afectación de la crisis financiera del país repercute indudablemente en todos los sectores de la economía, ningún sector puede opinar lo contrario ya que esta disminución de sueldos y elevación de precios es tangible en cada familia.

Tomando como referencia el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 1993 se prevé avanzar en el consolidación para mejorar el bienestar de la población.(1)

En el SubSector Salud y Seguridad, los recursos destinados a inversión ascienden a 2 mil 412 millones de nuevos pesos y se destinarán principalmente a la terminación de obras y proyectos que presenten mayor grado de avance físico y justifique su existencia en el ámbito económico y social. (Cuadro II).

Para avanzar en el mejoramiento de los servicios de salud, se propone asignar un presupuesto de 47 mil 158 millones de nuevos pesos que representan un incremento real de 12.8% con respecto al de 1992 y de 78%, en términos reales en el período 1988-1993.

Las cifras mencionadas fueron gastadas en su totalidad para el Sector Salud culminando principalmente con la puesta en operación del Centro Médico Siglo XXI y al abrirse a la remodelación del Centro Médico del ISSSTE 20 de Noviembre. (Cuadro y grafica A).

(1) Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 1993, Pág. 60 y sigtes.

Durante 1994 se restringe el gasto público en cuestiones sociales como salud, educación, vivienda y se continúan pagando los intereses y amortizaciones de la deuda pública interna y externa, que siguen absorbiendo más del 50% del presupuesto, a pesar de la renegociación de la deuda externa.

Se ha continuado con la política de disminución del gasto público, tratando que el financiamiento no sea inflacionario, al mismo tiempo que se fomenta el ahorro, pero esto no se ha logrado por la cantidad de problemas existentes en la economía nacional.

Se nota entonces que la política financiera ha actuado en un sistema económico deprimido empeorando la situación, agravando algunos problemas como el crecimiento del déficit público, limitación de recursos a la promoción económica y social, inestabilidad en el tipo de cambio, fuga de capitales y mayor peso en la deuda interna y externa que no permite un adecuado manejo de las finanzas públicas.

Esta crisis en la economía afecta extraordinariamente a todo el ámbito del Sector Salud tanto como a otras empresas del sector público y privado.

5.- LA POBLACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El incremento demográfico, la continua transformación de la sociedad y la creciente complejidad de las relaciones de trabajo hacen que el derecho de la seguridad social sea esencialmente dinámico y evolucionar de acuerdo a las circunstancias, mejorando las prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a sus beneficios a un número cada vez mayor de mexicanos.

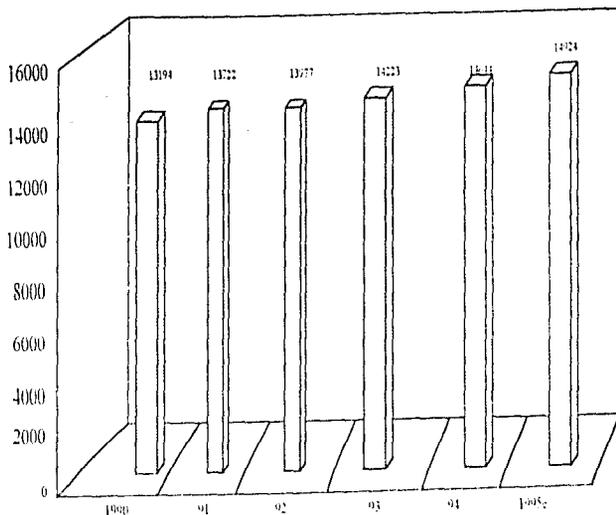
El crecimiento de la población desde 1940 se ha incrementado rápidamente y hasta 1990 el D.F. y 24 Estados superaron el millón de habitantes; únicamente Baja California Sur, Colima y Quintana Roo mantenían totales inferiores a los 500 mil habitantes (ver cuadro 2 y 2.1).

La población usuaria de la seguridad social se constituye de la población abierta o derechohabiente que hace uso de los servicios institucionales de atención médica al menos una vez al año (ver cuadro 2 y 2.1).

Por institución la S.S.A. atendió al 60% de la población usuaria abierta, mientras que el I.M.S.S. al 78% del total de derechohabientes. Por entidad federativa, el D.F., Estado de México y Veracruz concentraron el 31% de la población abierta, el 37% de la derechohabiente y al 34% del total.

Analizando los porcentajes descritos se puede observar que numerosos grupos que componen la sociedad mexicana no tienen capacidad suficiente

**UNIDADES MEDICAS DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
1990-1995 ^{1/}**



^{1/} Incluye las unidades de consulta externa y de hospitalización.
Fuente: SSA.

En 1995 el desarrollo de la infraestructura en salud se orientó principalmente a la conclusión de obras en proceso y a la conservación y mantenimiento de la existente. En otras nuevas se continuó con la construcción de centros de salud en zonas marginadas, incorporando 280 unidades médicas, de las cuales el 92.1 por ciento corresponde a consulta externa, y el 7.9 por ciento a hospitalización. En la SSA destaca la construcción del Centro Médico de Rehabilitación y el Hospital General de Zamora en Michoacán. El IMSS amplió y remodeló lo dos unidades de primer nivel y nueve hospitales generales de zona, y concluyó la construcción de 64 unidades médicas rurales del programa IMSS-Solidaridad. Por su parte, el ISSSTE realizó obras de ampliación y remodelación de seis unidades de primer nivel y 10 hospitales.

para aportar su contribución a los actuales sistemas de salud y mientras el hombre no disponga de elementos para superar sus limitaciones materiales y culturales no podrá alcanzar su plena productividad.

De entre los logros de la revolución más espectaculares se registran los avances de los regimenes de seguridad social. Hasta 1991 la cobertura de la seguridad social se incrementó a 68%: 37% de población derechohabiente y 35.5% para la abierta. Por Instituciones el I.M.S.S. se destaca con 29%.

Se consiguió incrementar el gasto per capita del sector en más del 125% entre 1989 a 1991 al pasar de N\$115 a N\$260; el promedio para la población derechohabiente aumentó, llegando a N\$ 374 contra N\$107 de la población abierta. Por Institución sobrepasa el gasto per capita de PEMEX que con casi N\$ 886 se encuentra por encima del promedio nacional (Cuadro 4 y 4.1).

Conforme a servicios otorgados por Institución del Sistema Nacional de Salud se ha tratado de otorgar mayor atención a las clases desprotegidas y de escasos recursos pero a pesar de ello, aún existe gran déficit de cobertura entre la población derechohabiente y la abierta, basta observar las cifras totales de consultas externas brindadas por el sector, más de 45,656 derechohabientes contra 8455 de población abierta (Cuadro 4 y 4.1).

Aún cuando existen diversas Instituciones para brindar servicios de salud, la demanda por una parte no logra ser cubierta por estas, y por otra, aunque existe la posibilidad de atender a la población abierta, mucho dificultan las

CUADRO 1

Entidad	1940 6 de marzo	1950 6 de junio	1960 8 de junio	1970 28 de enero	1980 4 de junio	1990 12 de marzo
Nacional	10 653 552	25 791 017 ^a	34 924 125	36 225 239	37 949 873	61 219 645
Aguascalientes	161 603	198 076	243 593	248 542	249 449	219 659
Baja California Sur	51 471	40 864	41 948	126 914	155 179	117 264
Campeche	41 460	122 076	132 154	137 715	123 554	52 185
Coahuila	550 717	720 519	807 718	1 113 698	1 157 205	1 972 330
Colima	76 806	112 321	144 819	241 754	280 294	326 519
Chiapas	679 885	507 026	1 210 470	1 629 054	2 044 717	1 310 456
Chihuahua	623 944	498 414	1 226 143	1 612 120	2 091 477	2 141 873
Distrito Federal	1 757 570	3 050 443	4 053 076	4 578 166	6 141 679	12 456 144
Durango	483 829	624 874	673 299	634 256	632 429	1 144 478
Guanajuato	1 046 430	1 318 712	1 506 149	2 121 470	2 441 113	1 942 443
Guerrero	732 910	519 349	1 366 719	1 547 469	2 069 513	2 620 637
Hidalgo	271 818	350 394	394 538	1 103 686	1 147 432	1 668 366
Jalisco	1 418 610	1 748 777	2 081 264	3 259 696	3 111 998	4 502 463
México	1 146 034	1 432 621	1 667 161	2 034 166	2 644 595	3 635 795
Michoacán	1 182 003	1 422 717	1 851 675	20 128 274	2 068 824	3 548 109
Morelos	192 714	272 442	344 114	376 139	417 004	1 115 053
Nayarit	216 698	293 124	379 424	444 277	497 111	324 643
Nuevo León	541 147	740 161	1 076 686	1 384 669	2 113 263	1 098 736
Oaxaca	1 192 794	1 421 213	1 723 299	2 125 412	2 069 676	3 019 590
Puebla	1 294 620	1 620 630	1 774 637	2 508 227	3 141 696	4 126 161
Querétaro	244 737	290 236	365 233	491 824	494 654	1 081 236
Quintana Roo	18 752	26 267	30 716	44 153	326 369	493 237
San Luis Potosí	678 779	856 069	1 046 297	1 281 660	1 672 603	2 003 197
Sinaloa	492 821	635 841	698 474	1 206 726	1 349 879	2 204 054
Sonora	364 176	610 487	715 171	1 046 120	1 153 731	1 623 666
Tabasco	295 630	462 719	495 483	567 427	6 242 841	1 501 744
Tamaulipas	458 832	718 167	1 023 132	1 341 654	1 6 1 444	2 239 581
Tlaxcala	224 063	261 667	334 224	371 576	416 757	551 277
Veracruz	1 619 338	2 010 271	2 427 674	3 014 524	4 167 460	6 228 239
Yucatán	418 210	516 874	1 143 619	1 561 359	1 969 737	1 392 540
Zacatecas	565 437	665 621	773 433	871 482	1 136 600	1 276 323

a. El total incluye 11 763 personas sin específica entidad de residencia.
 b. La fuente no especifica la causa del aumento tan pronunciado.

1. El 5 de febrero de 1917 se crearon los territorios Norte y Sur por la razón que aparece bajo California Sur hasta el censo de 1921 incluyendo habitantes a Tamaulipas Norte.
 2. Para el año de 1900 Quintana Roo no existía.

FUENTE: Elaborado por la División de Estudios Económicos y Sociales, Financieros, con datos de Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. A. Estadísticas históricas de México. Tomos México 1940 y 1990. México, 1976 y 1992. C. Cuentas de Ingresos y Gastos de México. Tomos Generales de Población 1960 y 1970, México 1962 y 1972.

CUADRO 2

SEGURIDAD SOCIAL: POBLACION USUARIA POR ENTIDAD FEDERATIVA, 1991

	TOTAL	Total	Poblacion Abierta SSA	IMSS Solidaridad
Nacional	57,664 426	29 075 092	15 526 760	10 538 332
Aguascalientes	450 534	175 480	175 480	n d
Baja California	986 978	260 082	219 773	40 309
Baja California Sur	262,208	8 456	8 456	n d
Campeche	409 864	172 329	156 859	115 470
Coahuila	1 625 018	414 434	143 695	170,199
Colima	318 349	112 753	112 752	n d
Chiapas	2,007 925	1 679 227	154 811	1,314 516
Chihuahua	1,611,485	470 878	282 210	188 668
Distrito Federal	9,943 494	4 010 568	4 010 568	n d
Durango	1,160 285	686 895	255 621	331,268
Guanajuato	1 930 828	646 278	646 278	n d
Guerrero	1 238 811	657 790	657 790	n d
Hidalgo	1 545 652	1 110 562	415 176	695,386
Jalisco	2,988 556	668 391	668 391	n d
México	5,590 533	1 804 175	1 804 175	n d
Michoacan	2,315,710	15 553 014	464 873	1,058,136
Morelos	722 032	288 473	288 473	n d
Nayarit	632,747	34 146	171 509	162,637
Nuevo Leon	2,470 491	633 313	633 313	n d
Oaxaca	2,423,415	1 972 715	509 192	1,463 523
Puebla	2,949 006	1 582 387	437 430	1,544 957
Queretaro	677 116	241 477	241 477	n d
Quintana Roo	326,207	112 050	112 050	n d
San Luis Potosi	1,715 028	1 064 066	268 798	795,268
Sinaloa	1,582,440	632 096	502 623	329,383
Sonora	1,078 452	340 844	340 844	n d
Tabasco	909 848	506 897	459 035	7 861
Tamaulipas	1,426 851	668 885	160 304	208,581
Tlaxcala	456 840	214 414	214 414	n d
Veracruz	4,066,829	2 207 207	693 502	1,513,705
Yucatan	815,782	194 843	89 442	105,401
Zacatecas	1,025,117	779 758	287 294	492,464

CUADRO 2.1
(Conclusión)

Entidad	Total	Población		Derecho- habiente PEMEX	SDN ²	SM ³
		IMSS	ISSSTE			
Nacional	31 589 334	24 485 772	5 942 194	176 494	126 968	152 946
Aguascalientes	321 049	252 118	56 548	1 460	1 114	0
Baja California	726 806	648 189	129 224	1 434	5 636	1 991
Baja California Sur	167 752	111 640	34 341	7 791	4 434	4 396
Campeche	237 535	127 114	45 420	54 781	5 205	4 999
Coahuila	1 210 554	1 062 672	241 554	1 057	6 381	0
Colima	205 563	157 144	35 499	2 167	4 364	2 900
Chiapas	428 598	258 141	124 926	16 555	25 752	3 172
Chihuahua	1 140 605	935 703	189 483	4 419	5 704	0
Distrito Federal	5 932 626	3 850 471	1 037 395	17 230	161 915	41 951
Durango	573 395	398 547	92 517	1 544	4 448	0
Guanajuato	1 281 550	1 057 154	396 195	27 776	3 103	0
Guerrero	581 021	343 789	226 476	1 314	13 241	11 701
Hidalgo	435 090	291 558	114 049	24 614	4 849	0
Jalisco	2 290 165	2 083 140	354 079	7 911	14 795	640
México	3 786 358	3 353 231	424 393	6 789	2 923	0
Michoacán	762 696	547 236	201 911	4 201	7 296	2 290
Morelos	433 559	323 021	99 147	2 441	3 250	0
Navarra	298 601	212 822	79 740	5 96	7 989	1 524
Nuevo León	1 837 178	1 695 294	114 423	17 981	9 415	0
Oaxaca	450 700	296 311	166 411	23 540	3 487	5 529
Puebla	966 619	774 017	164 070	13 658	3 394	0
Querétaro	435 639	365 888	90 591	1 098	7 269	0
Quintana Roo	214 157	160 028	41 596	0	5 946	6 627
San Luis Potosí	650 962	498 740	190 547	36 635	6 330	0
Simón Bolívar	950 434	772 077	164 399	2 192	4 421	6 985
Sonora	837 468	702 757	116 677	7 425	4 723	5 781
Tabasco	402 551	192 665	75 014	119 615	4 423	1 930
Tamaulipas	1 057 966	787 964	139 423	7 064	3 628	8 552
Tlaxcala	242 426	191 352	55 651	640	2 331	0
Veracruz	1 859 622	1 333 633	211 534	234 615	22 499	36 861
Yucatán	620 935	593 437	21 937	4 748	7 080	2 717
Zacatecas	245 359	165 199	74 115	5 46	5 548	0

n.d. No disponible

1: Incluye a la población atendida por el D.C.F. que fue de 2 056 740 personas.

2: Secretaría de Defensa Nacional

3: Secretaría de Marina

FUENTE: Elaborado por la División de Estudios Económicos y Sociales. En base a los datos de Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística. No. 11, México, 1992.

distancias y la ignorancia que interfiere grandemente para lograr que pequeños poblados marginales adquieran un mínimo toque de conocimientos en materia de salud y salubridad; no obstante los recursos humanos para la salud se siguen incrementando para lograr alcanzar los objetivos planeados en materia de salud.

CUADRO 3

INDICADORES BASICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1991 *

INDICADOR	TOTAL	Total	POBLACION ABIERTA			
			SSA	DDF	IMSS SOLIDARIDAD	ESTATAL
Cobertura						
Recursos financieros:						
Gasto per capita (NS)	67.57	69.54	75.44	7.75	12.74	12.94
	260.2	107.2	112.0	95.4	45.5	45.5
Distribucion del presupuesto:						
Atencion preventiva	4.55	10.65	10.34	2.21	19.82	19.82
Atencion Curativa	58.46	47.23	43.66	11.89	51.55	51.55
Investigacion	0.46	1.95	1.89	0.4	n.d.	n.d.
Otros Programas	76.53	46.47	44.71	5.90	23.63	28.63
Recursos fisicos:						
Camas censables	79.3	217.9	25.6	71.9	15	10.6
Consultorios	45.2	136.1	53.3	13.9	35.7	0.9
Gabinetes Radiologicos	2.3	5.0	2.5	1.1	0.5	0.1
Quirofanos	2.4	6.2	2.4	2.7	0.5	0.2
Salas de espulsion	5.2	27.7	15.6	9.6	0.5	0.2
Bancos de sangre	0.2	0.7	0.3	0.1	0.0	n.d.
Recursos humanos:						
Trabajadores de salud	474.2	1 069.1	430.2	114.5	126.4	23
Medicos	96.3	241.5	111.5	71.7	18.5	5.4
Odontologos	5.4	14.2	6.2	4.1	0.9	0.1
Enfermeras	165.6	369.7	156.4	104.7	53.7	7.8
Servicios:						
Consultas generales	1 185.5	2 551.9	1 055.5	187.2	517.2	10
Urgencias	181.5	210.9	166.7	99	28.2	4.1
Consultas de Odontologia	99.7	216.6	94.7	52.6	20	5.4
Egresos hospitalarios	40.8	89.2	42.1	46.5	11.6	3.5
Intervenciones quirurgicas	22.4	40.2	15.4	12.1	5.3	1.3
Nacimientos atendidos	70.0	79.2	111.3	44.1	33.2	7.2
Nuevas aceptantes	102.3	123.4	106.1	112	74.4	0.1
Usuaris activas	67.1	231.5	437.6	20	n.d.	1.5
Estudios de laboratorio	1 356.1	1 587.3	661.5	545.6	134.8	25.6
Estudios de radiologia	148.7	153.6	54.3	90.9	21.6	4.1
Producto diario de recursos:						
Consultas diarias p/medico	8.2	6.2	6.5	4.7	6.9	2.2
Consultas/p/medico general	16.1	16.5	19.2	4.2	12.5	5.4
Consultas/especialista	3.6	2.4	2.4	2.7	3.0	2
Consultas p/odontologo	8.4	6.9	6.9	6.2	9.6	2.1
Consultas p/consultorio	20.1	11.5	12.5	12.2	7.1	5.5
Intervenciones quirurgicas por quirofanos	4.2	2.9	2.9	2.7	4.9	2.2
Hospitalizacion						
Ocupacion hospitalaria	64.7	51.4	50.3	54.2	60.7	46.8
Promedio de dias estancia	4.3	4.4	4.1	4.3	4.6	5.8
%mortalidad hospitalaria	2.0	2.6	2.9	3.1	2	2.8

CUADRO 3.1

Indicador	Total	IMSS	Población Derechohabiente			SM7
			ISSSTE	PEMEX	CDNS	
Cobertura						
Recursos financieros1	37 003	24 628	6 824	5 511	3 734	0 18
Gasto per capita (P5)	2 735.5	2 631.6	1 132	965.7	n.d.	n.d.
Distribución del presupuesto1						
Atención preventiva	3.2	2 811	4.1	n.d.	n.d.	n.d.
Atención curativa	62 084	67.9	51.0	n.d.	n.d.	n.d.
Investigación	0.22	0.21	0.33	n.d.	n.d.	n.d.
Otros Programas	33.7	23.09	42.6	n.d.	n.d.	n.d.
Recursos físicos:						
Camras constantes	39.4	11.1	7.5	124.1	437.8	165.6
Consultorios	45.1	13.0	42.1	162.1	131.8	156.0
Cateteres radiológicos	2.4	1.2	4.1	1.0	14.2	15.0
Quirófanos	2.6	2.0	2.4	4.0	14.2	17.7
Salas de expulsión	1.4	1.1	1.3	3.1	1.4	15.7
Bancos de sangre	0.2	0.1	0.7	1.4	1.5	2.6
Recursos humanos:						
Trabajadores de salud	533.8	4 436	432.0	1 702.6	817.4	1 109.8
Médicos	101.7	81.3	153.1	419.9	443.7	365.0
Odonatologos	6.5	4.1	7.0	20.1	87.2	42.5
Enfermeras	181.9	720.3	192	433.1	456.6	460.9
Servicios:						
Consultas generales	1 367.9	1 336.1	1 456.6	2 051.1	1 109.8	1 476.7
Urgencias	254.1	2 464.9	n.d.	172.4	77.7	250.1
Consultas de odontología	114.5	57	130.2	503.3	613.3	524.1
Egresos hospitalarios	47.5	47	50.7	103.1	253.7	112.6
Intervenciones quirúrgicas	28.1	18.7	20.3	52.6	77.4	61.6
Nacimientos atendidos	131.7	142.8	77.8	59.9	122.5	78.5
Nuevas adicciones	181.0	157.7	152.3	152.9	78.7	57.3
Liquorales activas	540.8	1 427.7	513.6	431.1	153.9	67.7
Estudios de laboratorio	1 705.1	1 847.2	1 625.9	6 507.3	11 611.1	2 171.8
Estudios de radiología	217.0	220.9	181.8	614.5	1 476.9	306.9
Produc. diaria de recursos:						
Consultas diarias p/médico	4.2	4.2	6.5	4.7	6.5	5.2
Consultas p/médico general	16.1	16.5	15.3	4.2	12.5	5.4
Consultas p/pediatra	3.6	4.4	2.4	2.1	1.3	2.0
Consultas p/odontólogo	3.4	3.1	3.0	1.2	0.6	2.1
Consultas p/consultorio	20.1	11.2	10.6	12.1	7.1	8.5
Interv. quir. p/quirófano	4.2	2.9	2.9	2.7	4.9	2.2
Hospitalización						
Ocupación hospitalaria	64.7	11.4	50.3	59.2	66.7	46.8
Procentaje de días de estancia	4.3	3.4	4.1	4.1	4.6	5.8
% mortalidad hospitalaria	2.6	2.1	1.6	3.7	2	2.8

■ Los totales no son suma de los números absolutos, sino el resultado de la aplicación e indicadores de las instituciones tomadas en lo particular
n.d. No disponible

1 Porcentaje

2 Por cada 100 mil habitantes

3 Por cada mil habitantes

4 Por cada mil mujeres en edad fértil

5 De conformidad con las habilitaciones

6 Secretaría de la Defensa Nacional

7 Secretaría de Marina

FUENTE: Elaborado por la División de Estudios Económicos y Sociales, Secretaría de Salud, con datos de Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Epidemiológica 1991, Hoja 11, México, 1992

SEGURIDAD SOCIAL

Población derechohabiente de las instituciones de seguridad social

Concepto	1983	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995*
MILES DE PERSONAS											
TOTAL	17 277	18 019	17 733	17 451	17 171	16 891	16 611	16 331	16 051	15 771	15 491
IMSS	13 529	13 792	13 555	13 318	13 081	12 844	12 607	12 370	12 133	11 896	11 659
ISSSTE	3 748	4 227	4 178	4 133	4 090	4 047	4 004	3 961	3 918	3 875	3 832
Regimenes Permanentes y Excepcionales											
IMSS	3 079	3 040	3 002	2 964	2 926	2 888	2 850	2 812	2 774	2 736	2 698
ISSSTE	1 669	2 186	2 176	2 166	2 156	2 146	2 136	2 126	2 116	2 106	2 096
Funcionarios de Regimenes IMSS	26 389	25 273	25 144	25 015	24 886	24 757	24 628	24 499	24 370	24 241	24 112
IMSS	21 064	21 530	21 411	21 292	21 173	21 054	20 935	20 816	20 697	20 578	20 459
ISSSTE	4 425	4 143	4 133	4 123	4 114	4 104	4 094	4 084	4 074	4 064	4 054
Personales											
IMSS	910	1 031	1 031	1 031	1 031	1 031	1 031	1 031	1 031	1 031	1 031
ISSSTE	122	1 36	1 36	1 36	1 36	1 36	1 36	1 36	1 36	1 36	1 36
Funcionarios de Pensionados IMSS	692	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720
IMSS	692	720	720	720	720	720	720	720	720	720	720
ISSSTE	67	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
NUMERO DE MUNICIPIOS CON SERVICIOS	1 420	1 428	1 435	1 431	1 438	1 445	1 452	1 459	1 467	1 474	1 481
PORCENTAJES											
ASEGURADOS RESPECTO AL TOTAL DE DERECHOHABIENTES	26.3	26.7	27.2	27.6	28.1	28.5	28.9	29.3	29.8	30.2	30.6
IMSS*	25.8	26.7	26.9	27.4	27.7	28.0	28.3	28.6	28.9	29.2	29.5
ISSSTE*	28.9	28.8	28.5	28.2	27.7	27.4	27.1	26.7	26.4	26.1	25.8
ASEGURADOS PERMANENTES RESPECTO AL TOTAL DE ASEGURADOS*	52.4	50.2	50.0	49.7	49.4	49.1	48.8	48.5	48.2	47.9	47.6
NUMERO											
PERSONAL RESPECTO A CADA 1 000 ASEGURADOS											
IMSS*	98	104	102	102	100	98	97	95	94	92	90
ISSSTE*	103	113	110	109	108	106	105	103	102	101	100
ISSSTE**	66	68	68	68	67	66	65	64	63	62	61

* Se refiere a los trabajadores del ISSSTE

** Solo para el IMSS

*** Se refiere a los permanentes y excepcionales

**** Datos estimados

* Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Población de Regimenes y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

TERCERA PARTE

1.- DEFINICION DE PRODUCTIVIDAD

Para conformar el papel de la productividad en los servicios de salud, es necesario definir de acuerdo a como lo marcan los expertos en la materia. Hasta ahora se ha mencionado a la productividad como un mecanismo de mejora continua, muy explotado en la industria manufacturera e industrial como hacedora de bienes de consumo, pero la disyuntiva es cuando se trata de medir un servicio que no es tangible objetivamente pero que si es significativo ya que produce un beneficio social individual o colectivo.

¿Que es la productividad?.- La productividad es la relación entre producción e insumos. Esto suele representarse con la fórmula:

$$\text{PRODUCTIVIDAD} = \frac{\text{Producción}}{\text{Insumos}}$$

La productividad no es una medida de la producción, ni de la cantidad que se ha fabricado. Es una medida de lo bien que se han combinado y utilizado los recursos para cumplir los resultados específicos deseables.

$$\text{PRODUCTIVIDAD} = \frac{\text{Producción} = \text{Resultados logrados}}{\text{Insumos} = \text{Recursos empleados}}$$

Diversos factores influyen en la productividad de manera positiva o negativa, pero debe reconocerse la diferencia entre la productividad y producción ya que aún cuando sus factores son diferentes, si influyen directamente en su contexto. Fig. 2

La manera como los factores se relacionan entre sí tienen un importante efecto sobre la productividad resultante, medida según cualquiera de los muchos índices que se dispone. Cada medida ó índice es previamente analizado para saber de que manera va a ser medido ó cuantificado, así también al mismo tiempo son analizados los factores.

Cabe mencionar que tanto los factores de la producción como los de la productividad deben ser perfectamente diferenciados, valuados, y percibirse objetivamente ya que si la balanza se inclina hacia alguno de los lados, esto afectará seriamente la productividad.

Se podría preguntar ¿Por qué se afecta la productividad?

La respuesta será a manera de ejemplo con la balanza inclinada hacia los factores de la productividad.

Ejemplo:

Dentro de una unidad médica de 1er. nivel existe ambiente sano, el personal acude a laborar convencido de su profesión y/o actividad en éste centro.

Durante la consulta médica el Doctor debe pesar y medir al paciente pediátrico, además de tomarle la temperatura y escuchar su ritmo cardíaco.

PRODUCTIVIDAD / PRODUCCION

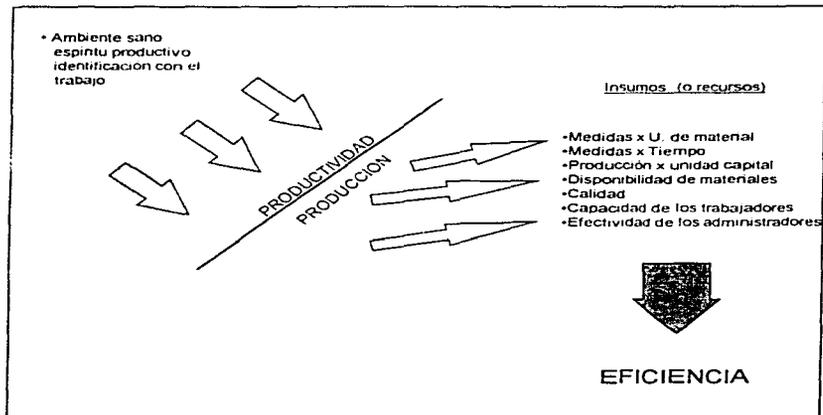


Fig. 2

Para realizar estas actividades se requiere de una báscula, cinta métrica, termómetro y estetoscopio.

La báscula se encuentra fuera del consultorio ya que pertenece a otro servicio de la misma unidad, y el médico debe desplazarse para pesar al paciente o bien esperar a que la enfermera pueda hacerlo ya que atiende a 3 consultorios a la vez; existe solo una mesa de exploración para explorar al paciente, pero con frecuencia se ocupa para revisar a pacientes adultos ya que el consultorio es compartido por 2 médicos; aunque se trabaja con 2 termómetros, prácticamente hay uno ya que el otro está roto y aún no se ha repuesto por lo que la medición de la temperatura solo es medida cuando el paciente menciona que ha cursado con fiebre.

Con la descripción anterior puede verse que no es posible producir un buen servicio aunque el personal esté con todo el ánimo e identificación con su trabajo o que haya buena iluminación, paredes recién pintadas y cortinas limpias; si no se cuenta con los recursos necesarios, cuando la disponibilidad de los materiales es dificultosa y cuando el tiempo apremia por la cantidad de personas que requieren de ser atendidas. Por todo ello lo único que si puede obtenerse es cantidad de personas atendidas pero con una dudosa calidad.

Con este grueso ejemplo respondo a la pregunta citada y a su vez se confirma la estrecha relación que debe existir entre los factores de la productividad y los de la producción.

La definición de la productividad es compleja y no refleja únicamente un problema técnico, ya que es una situación que interesa a órganos estatales, los sindicatos y otras instituciones sociales mismas que al tener metas diferentes, igualmente será su conceptualización acerca de la productividad.

A nivel nacional una baja productividad produce inflación, un saldo comercial negativo, una escasa tasa de crecimiento y desempleo. Dentro de una institución prestadora de servicios de salud, el déficit de los insumos, la administración no efectiva y el desinterés de los trabajadores son causa de una baja productividad.

2.-LA PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En la actualidad el mundo vive un acelerado cambio en las estructuras económicas y sociales. Ante el umbral del Siglo XXI encontramos nuevos horizontes avanzando en la nueva búsqueda de un cambio estructural que permite nueva tecnología, competencia por conquistar mercados mundiales y las necesidades de ser reconocidos como los mejores en diversos aspectos como país.

"El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 reconoce los retos del momento histórico actual y postula a la modernización como una estrategia rectora para remover rigideces, transformar estructuras, impulsar la participación social, fomentar la competitividad de la economía, ensanchar las bases del bienestar popular y fortalecer el papel de México en el Mundo".(1)

Ahora que México lucha por formar parte de una gran empresa mundial, que ofrece productos de buena calidad, es para los mexicanos un gran reto para definir nuestra identidad en lo político social, económico e industrial.

Todo lo anterior dependerá de las actitudes básicas que tengamos cada uno respecto a nuestros valores y sentido de responsabilidad frente a México, a la sociedad y al trabajo, generando calidad, eficiencia, productividad y rentabilidad en nuestras organizaciones.

(1) Lecturas sobre Productividad Tomo I. Pag. S.T.P.S.

Siendo este caso el Sector Salud una organización que entra a la par en el sentido de promover y conservar la salud, adquiere reconocimiento especial la preocupación por brindar atención de calidad que se reflejará en el espíritu productivo de sus representantes.

La productividad es entonces una meta difícil de alcanzar pero no imposible. si cada una de las instituciones del Sector Salud difunde en forma acertada a todo su personal los beneficios que de la productividad resultan, entonces verán y palparán como esta forma de trabajo organizado favorece a empleados y pacientes o derechohabientes.

LA FORMA

Todo empleado del Sector Salud debe tomar conciencia de lo importante que es su trabajo no solo por la actividad que desempeña, sino porque su trabajo repercute directamente en terceras personas.

Es muy difícil identificarse con la labor que se desempeña sobre todo cuando se esta a disgusto con ella, pero ello es muy importante que cada Jefe de Departamento o Directivo capacite a su personal en el ámbito que les corresponda.

Es obligación de todo el Sector Salud dar un gran salto para elevar su deteriorada imagen, tomando en cuando que no hay culpables, sino que la población ha crecido a tal magnitud que resultan insuficientes los centros hospitalarios y unidades de atención primaria para captar a toda la población.

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

Lo que queda hacer es reorganizar la forma de atención argumentando el siguiente ejemplo:

--- Una persona "x", que tiene derecho a los servicios del ISSSTE sufre un accidente en la zona de Naucalpan y es llevado por una ambulancia de la Cruz Roja a un hospital de Traumatología del I.M.S.S.. Al ser ingresada esta persona por el servicio de Urgencias es atendido por 3 médicos y 2 enfermeras, especialistas los cinco, le son tomados exámenes de laboratorio, radiografías y tomografía.

Después de brindar la atención inmediata al paciente es enviado al ISSSTE sin resultados de laboratorio, ni placas de rayos X y sin expediente, únicamente una nota médica redactando el tratamiento brindado.

Al llegar el paciente a su Unidad de Adscripción le son vueltos a tomar todos estos mismos exámenes.---

Finalmente se concluye que hay duplicidad de acciones que repercuten en el gasto de la Unidad y se redobra la productividad ya que el paciente ingresa a dos instituciones diferentes.

Lo ideal sería que el paciente quedara en el hospital donde recibió la atención urgente y que el hospital al cual pertenece absorba los gastos ocasionados.

Esta breve descripción de acciones dentro de un hospital acarrear la siguiente productividad para los diferentes servicios:

Personal primario

- 1 Médico Especialista en cuidados intensivos
- 1 Médico Cirujano o Neocirujano
- 1 Médico Traumatólogo
- 2 Enfermeras especialistas en cuidados intensivos

Personal secundario

- 1 Auxiliar de Enfermería
- 4 Técnicos Laboratoristas
- 1 Médico Radiólogo
- 2 Técnicos en Rayos X
- 3 Camilleros
- 2 Médicos residentes
- 2 Auxiliares de servicios básicos

Para la productividad se cuantifica de la siguiente forma:

- Cada médico anota al paciente en forma individual ya que son de diferente especialidad
- Las enfermeras cuentan procedimiento realizados al paciente, que para este caso son:

Intubación orotraqueal	1
Aspiración de secreciones	4

Canalización de vena permeable	2
Venodisección	1
Punción peritoneal	1
Toma de electrocardiograma	1
Inyecciones	15
Fijaciones	6
Colocación de Sondas	3
Administración de medicamentos	8
Preparación preoperatoria	1
Baño	1
Monitorización	1

- En laboratorio se reparten las muestras sanguíneas y fluidos de acuerdo a la solicitud médica por ello son 4 laboratoristas para:

Glucosa

Biometría hemática

Química sanguínea

Electrolitos

Tiempos de Protrombina

Tiempos de Tromboplastina

Gasometría arterial

Grupo Sanguíneo y Factor RH

General de orina

- Los camilleros se distribuyen así:
 - 1 Camillero para traslado del paciente
 - 2 Camilleros para movilizar pacientes o cargarlos

- Los auxiliares de servicios básicos periódicamente vacian y recogen basura proveniente de las actividades de la atención al paciente, lava y desinfecta tomates y habitación donde está el paciente durante y después de su atención.

La productividad descrita varía de acuerdo a la gravedad y estancia del paciente.

La garantía en la calidad de atención que todo ser humano merece se respalda en el modelo de productividad en donde cada quien hace lo que le toca, bien hecho y en el momento oportuno; de esta forma la imagen del sector salud verá elevada su productividad en la medida que podrá ser aún más competitivo no solo en el ámbito nacional sino internacional, porque persigue el mismo objetivo "La salud y el bienestar social".

3.- LA PRODUCTIVIDAD - EL CASO DEL I.M.S.S.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo Público Descentralizado con Patrimonio propio que tiene cincuenta y un años de existencia. El objetivo central del I.M.S.S., según lo define la Ley del Seguro Social es: "Garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo". (1)

Ampara en lo esencial a quienes se encuentran en una relación de trabajo y a sus familiares. Se dedica en lo fundamental a otorgar tres tipos de prestaciones: de carácter médico, económicos y sociales.

Las primeras comprenden la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. Las segundas garantizan la protección del trabajador y su familia en caso de enfermedad, accidente, jubilación, cesantía en edad avanzada y muerte. Por último las prestaciones sociales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la evaluación general de los niveles de vida de la población.

Para otorgar estos servicios cuenta con un complejo hospitalarios gigantesco y con numerosas unidades y centros (más de cinco mil) de diversos tipos y naturalezas; donde laboran cerca de 340 mil trabajadores, actualmente con 243,891 plazas ocupadas de base y más de 50 mil de confianza.

(1) Ley del Seguro Social, México I.M.S.S., enero, 1943.

Las condiciones por las cuales actualmente atraviesa el I.M.S.S., además de económicas, son intrínsecamente concernientes al mismo personal tal como adaptación dinámica, cultura de servicio y filosofía de trabajo. Esto repercute en gran parte en la productividad que en conjunto va a ser un problema del patrón y de la empresa.

En consonancia cabe mencionar, que para el público en general, no está claro lo que sucede exactamente en la atención a la salud, así como tampoco sobre el buen uso o abuso y ello ocasiona malestar al derechohabiente al no recibir calidad total en su atención.

El problema de la productividad en los servicios de salud es pues :

- Para el trabajador (representados por el S.N.T.S.S.)
- Para el derechohabiente
- Para la empresa (el instituto)

Como se observará, existen diferencias substanciales entre las partes.

RECURSO HUMANO : (el trabajador)

Sabemos que el personal es la base fundamental de cualquier empresa o institución, pero hablando de empresa cuya función es preservar la salud, es indispensable conocer el perfil profesional de cada trabajador, de su selección depende su actitud ante el trabajo que le corresponde, de su interés en la prestación de servicio esta la satisfacción de sus necesidades humanitarias, y de su actitud volitiva se reflejará el servicio de calidad.

Desafortunadamente sucede todo lo contrario, aunque dentro del I.M.S.S. existe la selección de personal, éstas personas seleccionadas no ven más allá que el beneficio económico que les corresponde al formar parte de un instituto como éste.

Los profesionistas persiguen honorarios accesibles que les permitan llevar a cabo su desempeño profesional fuera del Instituto; buscan la capacitación que el Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece a sus trabajadores, ya sean cursos monográficos, diplomados o de especialización que van engrosando el renglón de personal capacitado, con mínimas oportunidades de cambio o reconocimiento objetivo y sobre todo en quienes el mismo Instituto ha invertido aprobando becas con goce de salario.

A nivel operativo el personal muchas veces se ve estresado por las cargas de trabajo, en especial dentro de los hospitales de 2do. y 3er. nivel y sobre todo en las ramas de enfermería, médica y trabajo social como 1er. lugar en 2do. lugar servicios básicos y dietología.

Todas las actividades operativas requieren de insumos o recursos materiales y dependiendo de su calidad y de su accesibilidad será la rapidez de acción del trabajador quien a su vez, como se ha mencionado oportunamente, posee los conocimientos científicos y/o técnicos para los procedimientos que realizará.

Los trabajadores del I.M.S.S. han pasado de 205,380 en 1983 a 343,465 en 1993 (diciembre) (6). En términos absolutos casi 140 mil trabajadores se han concretado para este periodo.

Hace falta sin embargo, saber los índices de crecimiento de los distintos componentes que integran este dato, porque en 1991 por ejemplo de 337,784 plazas existentes, de base sólo eran 231,733 y de confianza 49,520 plazas, es decir, las plazas de base sólo representaban el 69% del total y las plazas de confianza el 16%. Pero las plazas de confianza en relación a las de base es superior a lo que el Contrato Colectivo marca al representar el 21% de las plazas respectivas. Para diciembre del año de 1993, el número de plazas era de 343,465 y las plazas de base ocupadas en abril de éste año sólo eran 243,891, es decir el 71% del total. Los trabajadores de base de 1991 a 1994 sólo han crecido en 5% en el periodo.(6)

De todos los procesos, los servicios médicos son los que absorben más recursos humanos, particularmente numerosos e importantes por las funciones que cumple la institución y son los médicos que en 1989 eran 26,364 y para 1992, 38,963 y las enfermeras que en 1989 eran 61,087 y para 1992 73,490.

.....
(6) Haga la consulta de la productividad en el I.M.S.S.
SECCIÓN XXXII No. 2 Junio 1994, Pág. 29

Los otros servicios importantes los constituyen el personal administrativo y de servicios básicos. (6)

RECURSOS MATERIALES:

Los recursos materiales en los servicios de la institución absorben casi el 15% de los gastos totales, es decir contabilizados como bienes de consumo en materiales de curación y medicamentos. (6)

El mal abastecimiento y una calidad no muy buena de los mismos incide de entrada en la prestación de los servicios.

Aunado a ello, están las instalaciones con las que se cuenta. Por ejemplo, en enero del presente año en los servicios médicos se contabilizaban 39 Unidades de tercer nivel, 222 de segundo y 1,481 de primer nivel. La creación de estos diferentes hospitales está basada en la demanda de la población que se considera bajo el cálculo siguiente:

Primer Nivel.- Unidades de medicina familiar y hospitales de subzona entre 10 mil y 48 mil derechohabientes y Hospitales Generales de zona entre 48 mil y 350 mil derechohabientes. Estos últimos incorporan la cuatro especialidades básicas de la medicina familiar que son: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecobstetricia.

.....
(6) Hacer la consulta de la productividad en el I.M.S.S.
SECCION XXXII No. 2 Junio 1994, Pág. 29

Segundo Nivel.- Entre 350 mil y 600 mil derechohabientes incorporando además de lo anterior la especialidad de diagnóstico y hospitalización.

Tercer Nivel.- La conforma la alta especialidad, sin estar referida a la población directa, pero conformada por diez regiones. Incluye la investigación básica y clínica.

El porcentaje del gasto hospitalario en relación al gasto total de prestaciones médicas es de alrededor del 70% (7)

La tasa de crecimiento de la infraestructura de recursos médicos ha descendido respecto al aumento de la población derechohabiente y también respecto a la población adscrita y usuraria. (Ver cuadro 1)

EL DERECHOHABIENTE

La seguridad social se reconoce y con razón como uno de los pilares fundamentales de la sociedad contemporánea; sin embargo actualmente en todos los países se asiste a una mayor complejidad social y económica, que dificultan en mayor medida alcanzar metas que permitan operar con óptima calidad los servicios para la salud.

.....
(7) *Ibid* Pag. 25

CUADRO 1
CUADRO RECURSOS MATERIALES POR DERECHOAHIENTES

TOTAL DE DERECHOAHIENTES	1983				1992							
	A LA UNIDAD	MEDICO FAMILIAR	UGIARIA	RECURSOS MATERIALES	TOTAL DE DERECHOAHIENTES	INDICE A LA UNIDAD	INDICE	MEDICO FAMILIAR	INDICE	UGIARIA	INDICE	
26 877 353	20 836 001	17 642 887	18 524 813		37 464 360	139	27 633 708	135	22 737 855	129	23 752 284	129
1 037 592	795 815	678 552	712 477	Señales	965 830	83	715 452	92	553 018	68	658 022	82
168 809	129 285	110 263	115 781	26 Señales	189 523	101	126 261	96	102 885	83	107 812	93
20 043	15 369	13 102	13 763	16 Señales	25 712	128	18 151	125	15 026	118	16 326	118
837	459	417	418	CAMARAS SARCO	882	153	652	155	539	129	564	129
913	700	597	627	Censales	1 357	148	1 011	144	824	135	862	137
2 112	1 420	1 391	1 450	No Censales	2 571	122	1 915	118	1 500	113	1 632	113
4 455	3 438	2 833	3 030	Cajas para desnucos	6 453	144	4 536	140	3 916	134	4 296	133
18 534	14 207	12 134	12 781	Insuladoras	24 827	134	18 565	131	15 125	125	15 823	124
2 645	2 029	1 731	1 817	Consladores	2 820	110	2 135	107	1 772	102	1 854	102
36 955	29 337	24 163	25 377	Quedantes	42 045	114	31 317	111	25 519	106	26 632	105
53 740	41 207	35 145	36 802	Cajas de Ejemplar	77 568	144	57 722	142	47 076	134	49 259	133
76 207	58 435	48 838	52 336	LABORATORIOS CLINICOS	88 360	116	65 818	113	53 637	108	56 082	107
53 331	35 583	32 818	34 561	Cabinets Pulsocigos	49 882	99	37 002	96	33 150	82	31 542	81
1 284 837	855 048	843 137	852 139	Bancos de Campa	1 387 576	108	1 033 471	105	842 137	103	850 926	103
24 878	18 154	18 336	17 153	Farmacos	45 259	251	48 813	254	39 813	242	41 433	242
156 845	100 267	102 575	107 703	Lavanderas	217 817	139	162 231	135	132 196	129	133 269	128
37 731	28 931	24 873	25 809	Ambulancias	53 665	118	32 522	112	26 501	107	27 718	107

Fuente: Anuario Estadístico. Elaboración propia Teresa y Héctor García

El I.M.S.S. posee bases sólidas desde su conformación, es una de las instituciones de salud que abarca grandes regiones poblacionales dentro de la República Mexicana, es así su ámbito de atención al derechohabiente y al que no lo es brindándole atención primaria de emergencia canalizándolo posteriormente a instituciones de salud pública.

Por otra parte vale la pena destacar que, la explosión demográfica desmedida en nuestro país, representa un grave problema en el momento en que se conjugan la indispensable austeridad en los recursos y el tener que afrontar la cuantía acelerada de erogaciones en la prevención, curación y rehabilitación por enfermedad.

Visto desde otro ángulo, se debe ver más por los pacientes, que son parte cardinal de la razón que justifica con mayor certidumbre a los seguros sociales.

La correcta actitud del trabajador y su profesionalismo en el desempeño de sus funciones laborales son lo básico para que el derechohabiente se sienta verdaderamente atendido, la amabilidad y la correcta orientación aliviará psicológicamente el malestar de la tediosa espera de ser atendida o para realizársele algún estudio.

Dentro de las estrategias para ejercer con calidad los servicios para la salud, deberán simplificarse operativamente los sistemas de atención y eliminar frecuentes vicios, tiempos muertos, errores, traslapes, duplicaciones y

desperdicios, asegurándose que todas las acciones estén coordinadas cuidadosa y formalmente. (8)

LA EMPRESA (I.M.S.S.)

Antes de 1991, año del diseño del "Proyecto Modernizador" en el I.M.S.S., se ha venido insistiendo que una salida a la crisis institucional es la búsqueda de Calidad y Productividad. A lo anterior se agrega la firma del Acuerdo Nacional para la Elevación de la Productividad (A.N.E.P.) firmada en mayo de 1992).

De esta forma, el marco general para arribar a la Calidad y a la Productividad en el I.M.S.S. estaba dado. De ahí la Coordinación General de Delegaciones del I.M.S.S. diseñó desde 1989 una "Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre Usuarios y Prestadores de Servicios del I.M.S.S.", para contar con información suficiente y evaluar la calidad y calidez de la atención médica a través de la percepción que tienen los directores, los médicos, las enfermeras y los usuarios de las unidades médicas.

Con el slogan de "Calidad y Calidez", el Instituto brinda atención a sus usuarios y aunque hubo énfasis en su atención, no así en los sueldos, plantillas de personal ni recursos materiales.

(8) Seguridad social No. 183 Abril-Junio 1993. Pág. 120-127

Luego de la Consulta Nacional de la productividad posterior a la firma del A.N.E.P. el compromiso institucional es "Calidad Total" considerándose como una premisa de trabajo la cual debe reflejarse en el propósito de ofrecer servicios que resuelvan las demandas de los usuarios en un nivel de excelencia. Las propuestas descritas en el A.N.E.P., son específicas y alcanzables algunas de ellas, ya que en lo referente a salud no se especifica su forma de medición ni mucho menos su forma de pago.

Dentro del I.M.S.S., no hay desacuerdo en ser productivos, la duda es como se establecerán los estándares índices de medición de la productividad. Es cierto que la productividad y la calidad no pueden ser impuestas (9) y que su esencia radica en la voluntad de todos los factores que contribuyen al proceso productivo y supone un procedimiento altamente participativo. Por este motivo, las metas y compromisos específicos en esta materia, deberán ser desarrollados dentro del propio centro de trabajo, como producto de un clima de diálogo y concertación (9).

El clima de diálogo se dio en junio de 1994 en la asamblea de delegados sindicales y representantes del instituto, concluyéndose que el problema del Instituto no era la productividad sino más bien la falta de personal, la escasez o mala calidad de los insumos y también, aunque no se mencionó la falta de una filosofía de trabajo. Y por ello no se llevó a cabo la firma del nuevo convenio de Productividad del I.M.S.S.

(9) Acuerdo nacional para la elevación de la Productividad y calidad mayo-1992

PRODUCTIVIDAD, UN MECANISMO DE REACTIVACION Y COMPETITIVIDAD

Suena muy lejano el día en que nuestros servicios de salud puedan compararse en su totalidad con las existentes en los países del primer mundo.

Aunque existen grandes deseos de saltar esa barrera de limitaciones y sobrecargas de trabajo no se cuenta con un reto fundamental plausible de ser alcanzado, ya que los trabajadores deben de desempeñar sus funciones aunque sea en forma regular y rutinaria para concluir una jornada de trabajo.

¿Como encender la chispa de una cultura de servicio en cada trabajador? El problema en sí atañe a los jefes que dirigen las acciones de los trabajadores, ambas partes deben cooperar para lograr los objetivos con mayor rapidez y eficacia.

Los trabajadores desean ser tratados como lo que son, seres humanos, parte fundamental de la Institución, misma que de una u otra forma representan en sus hogares, en la vía pública ó con sus amistades al saber que laboran en tal empresa ó institución.

La productividad es un término que no solo debe representar ganancia al empresario ó mostrar gráficas y rendimientos con saldo a favor. Esta debe ser vista desde los trabajadores como un medio de mejorar sus condiciones de trabajo y en su vida diaria ya que el hombre se desenvuelve en las comunidades como la familia y el Estado. Este orden tiene cabida a toda la sociedad sin excepción.

Como se da por entendido, la productividad es un elemento esencial en el aumento del número de personas capaces de cuidarse así mismas, de analizar sus actividades y de discernir los pros y contras de cada nuevo proceso, concluyendo que se podría contar con una buena calidad de sus servicios.

Cabe mencionar que los resultados de una buena productividad, es decir "productividad -calidad- y competitividad" son hechos que no se pueden lograr a corto plazo ya que el "hombre tiene una resistencia natural a ser controlado y, por consiguiente, cualquier forma ejecutiva de control sobre el hombre a largo plazo debe ser de autocontrol". (11) cuadro 2.

El autocontrol dentro de los servicios de salud no puede ser dejado libremente, el autocontrol debe ir dirigido tomando como base lo que ya se tiene y lo que se necesita, por ejemplo dentro del I.M.S.S. se tiene una organización para capacitar al personal, existe alta tecnología médica y avance científico, hay materia prima, técnicas, finanzas, modelos, sistemas y herramientas, todo esto forma parte del llamado "instrumentos y medios para la productividad"; lo que se necesita es una filosofía de vida, motivación, actitud, compromiso y creatividad y cultura, a esto se le llaman "causas" y si los instrumentos y las causas encajaban óptimamente tendríamos como "efectos" productividad, calidad, excelencia y desarrollo lo que a su vez nos daría la competitividad tan anhelada concluyendo así una parte de la espiral del espíritu modernizador y desarrollista que no puede quedar encerrado en un círculo sin salida.

(11) Programa para el incremento de la productividad S.T.P.S. 1985 Pag. 17-20

TEORIAS DESARROLLADAS POR

DOWGLAS Mc. GREGOR

TEORIA "X"	TEORIA "Y"
<p>- A disgusto</p> <p>- Con poca ambición</p> <p>- Evitando</p> <p>El hombre por naturaleza realiza su trabajo</p> <p>responsabilidad</p>	<p>- Iniciativa</p> <p>- Creatividad</p> <p>Responsabilidad</p> <p>El hombre es capaz de hacer su trabajo con:</p>
<p>Por ello debe ser obligado y dirigido a trabajar.</p>	<p>Por ello, confiando en el se puede lograr su autocontrol.</p>

cuadro 2

Haciendo referencia al autocontrol (Teoría de Dowglas Mc Gregor), en la teoría "X" y "Y" nos describe muy marcadamente dos actitudes del hombre hacia el trabajo, encasillándolos sin elasticidad a mirar otra actitud (Ver Cuadro 2).

Esto implica que puedan observar dos formas de ver el trabajo pero ninguna de ellas nos da una satisfacción plena fuera del pago que por este se obtiene. Si el personal necesita ser dirigido, los supervisores o capataces cumplen esa función, no así con aquel trabajador que por naturaleza trabaja como le fue enseñado sin necesidad de ser vigilado constantemente; esta Teoría tiene mucho de verdad, ya que los trabajadores no tienen formado el espíritu productivo, ellos realizan sus tareas para cumplir una jornada y obtener una paga, solo producen bienes o participan en proporcionar algún servicio.

Además de las Teorías X - Y tenemos la Teoría Z de Williams Ouchi quien dice que los trabajadores deben estar identificados con la empresa donde laboran, ya que esta les proporciona los medios de subsistencia.

Dentro del modo de producción Japones, el trabajador participa arduamente durante el proceso productivo.

El mencionar estas teorías significa saber que se puede trabajar mejor, el sentirse parte importante de una institución obliga a trabajar mejor y a prepararse.

Es así como los trabajadores de la salud deben abrir su mente ya que la actitud se refleja en el trabajo, el espíritu productivo no se da solo con desearlo, hay que prepararse para tenerlo implícito.

4.- PROPUESTA PARA MEDIR LA PRODUCTIVIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Antes que nada recordemos algunos conceptos acerca del significado de la productividad para algunos países, esto con el objetivo de insistir de que antes de toda propuesta se debe dar a conocer ampliamente al trabajador acerca del tema y sobre todo disipar dudas.

"Takanaka" hace notar que la productividad desde un punto de vista semántico es un término muy oscuro ha grado tal que se le ha traducido de diferentes formas dependiendo del país que se trate: En Japón se conoce como - carácter de producción -, En China - poder de producción -, y en Tailandia como - incremento de resultados. - Lo cual implica que la productividad debe ser vista desde un marco conceptual y práctico para el fin individual de cada empresa (12).

DOS PROPUESTAS

Lo que si se desea de la productividad:

1. Que todo personal sea evaluado de acuerdo a su categoría en forma anual en sus conocimientos teórico-prácticos.
 - Si requiere capacitación se le brindará.

El valor de calificación y puntaje será evaluado de acuerdo a la comisión mixta correspondiente.

1121 Memoria del foro de consulta popular para la planeación de la empresa pública, Justicia social y Productividad
Pag. 211- Serie VII Sociedad y Administración Pública No. 1 DIAP 1983.

2. Que los índices de productividad sean analizados en base a resultados previos.
 - El valor del puntaje variará de acuerdo a la complejidad del procedimiento.
3. Que la producción de cada servicio o un conjunto de ellos esté respaldado en un sistema monetario firme.
4. Aumentar el salario real de los trabajadores
5. Reforzar constantemente el ambiente laboral a través de alicientes objetivos y productivos.
 - Económicos
 - Días de descanso
 - Becas fuera de la Institución con goce de salario y reconocimiento institucional.

Lo que no se desea de la productividad

- 1 Estimular la explotación del recurso humano mediante disminución del mismo y/o carencia o mala calidad de los insumos.
- 2 Aumentar el monto de la productividad y otras peticiones enmascarando el salario real del trabajador.

3 Existencia de preferencias personales que desvien la objetividad de los índices de productividad establecidos.

Lo que la productividad exige al trabajador

1. Que tome todos los beneficios de la capacitación que la empresa le ofrece.
2. Que tenga una conciencia productiva para él y sus compañeros de trabajo.
3. Que aplique objetivamente sus conocimientos y destrezas en el bienestar de sus pacientes.
4. Que optimice cada bien que el instituto le ofrece para su desempeño laboral.
5. Que labore con honestidad para alcanzar satisfactoriamente las metas de la productividad.

La valuación de cada uno de los índices para la mediación de la productividad es una tarea ardua y difícil ya que se encontrarán fuertes disyuntivas que causarán polémica, pero la ventaja de esto es que además de facilitar las actividades a su vez se podrán modificar parámetros de medición puesto que nada será estático y a largo plazo estas modificaciones irán disminuyendo mientras se vayan afinando actitudes y aptitudes.

Todos los servicios de salud son dignos de una productividad, ahora se está a muy a tiempo de reactivar la maquinaria de los servicios médicos inyectando una dosis inicial de filosofía de trabajo acompañada de una cultura de servicio y una adaptación dinámica y mantener la productividad tratándola indefinidamente con modernización, cambio y crecimiento llegando siempre a una competitividad clara y tangible gracias a las bases que la productividad exige.

5.- LA PRODUCTIVIDAD Y EL COMPORTAMIENTO SALARIAL

I.M.S.S.

El 19 de enero de 1994 durante la 74a. Asamblea General del I.M.S.S., su Director General, Genaro Borrego Estrada, estimó que una mayor productividad, reducción de costos y responsabilidad serían las estrategias que continuarán con el equilibrio financiero de la institución (1).

En pocas palabras, como se dijo en el Pacto para la Estabilidad, la Competitividad y el Empleo del 3 de octubre de 1993 (2) propuso en el I.M.S.S. mayor racionalización y eficiencia.

La existencia "anticonstitucional del pacto" (3) limita los aumentos de los salarios contractuales al nivel de la inflación adicional, bonos o incentivos de productividad de alrededor del 2%. La estrategia de productividad en el Seguro Social no es nueva ya que durante toda la década pasada se instrumentó de manera drástica haciendo recaer su peso en las espaldas de los trabajadores y sus salarios.

(1) Véase la Jornada, 20 de enero de 1994

(2) La Jornada, 04 de octubre de 1993

(3) El calificativo de transgredir el derecho laboral y la carta constitucional pertenece a la Asociación Nacional de Abogados Democráticos, según explican en su desplegado del 18 de enero de 1994. La Jornada

Al no haber indicadores específicos de productividad para cada rama de trabajadores, estos laboran en diversas áreas con ciertas deficiencias de material y equipo pero el trabajo se realiza y al resultado final se le llama "productividad" tanto en el I.M.S.S. como en el resto del Sector Salud. Entonces la estrategia óptima a seguir es aquella que rescate el salario del trabajador sin enmascararlo con incentivos y/o prestaciones y que se apegue a un significado institucional de productividad acordado en efecto por su organización tripartita, en el caso del I.M.S.S. de trabajadores y gobierno para las instituciones del Sector Salud.

El Sueldo Tabular

El comportamiento del sueldo tabular en relación al salario integrado es la parte que ha caído más bruscamente de 1978 a 1994, es decir, estimando el aumento del 5% al sueldo tabular de octubre de 1994, el sueldo tabular de 3 categorías de las más representativas del I.M.S.S. (40 mil médicos, 27 mil administrativos, y 70 mil enfermeras) con diez años de antigüedad; ha disminuido en 75%, 70% y 65% respectivamente en el mismo periodo. La máxima recaída en la evolución del sueldo tabular se da en 1987, año en el cual se llega al tope histórico de deterioro del sueldo. Al llegara este tope se observa un pequeñísimo incremento que se ha mantenido desde entonces, equilibrado en un porcentaje que no llega al 35% y no alcanza con mucho al nivel del año base (1978). (Cuadro 1)

Las Prestaciones

El conjunto de prestaciones promedio de las 3 categorías analizadas, muestran al igual que el sueldo tabular una caída, por ejemplo de representar en 1978 el 100%, en términos reales se desplomaron en 35% en 1988, iniciando una gradual recuperación hasta alcanzar el 78%.

La leve mejoría que muestra a partir de 1988 se debe no la incremento de las percepciones reales de las prestaciones sino a la diversificación y al incremento de mas rubros como prestaciones (cuadro 2). Aún con la aparición de muchos más conceptos que incrementan el porcentaje de prestaciones en relación con el sueldo tabular, estas - las prestaciones además de sufrir también una caída importante, cambiaron su composición con la aparición de prestaciones ligadas a la asistencia, a la asuidad y a los mejores índices y desempeño laboral (4).

El Salario Integrado

Una de las insistencias patronales e institucionales, ha sido que el salario de los trabajadores del I.M.S.S. es bastante elevado en relación al mercado nacional de sueldos. Para ello han recurrido a hablar de lo desproporcionado que son los incentivos y prestaciones. La respuesta sindical ha sido que las prestaciones fueron para complementar el sueldo tabular, pero el estudio demuestra que es una falacia tanto respecto a las prestaciones como respecto al salario integrado.

El salario integrado no ha podido recuperarse desde la caída de 1987, en 1988 por ejemplo el salario promedio sólo representaba el 29.11% respecto al

100% de 1978, es decir que con lo que se pagaba a un trabajador en 1978 una década después, en 1988 se paga a 3.3. trabajadores (cuadro 1)

Tendencias del Salario

En los últimos 5 años se ha producido un cambio importante en la estructura y la composición del salario: la evolución de las prestaciones y el sueldo tabular han sido encontradas como demuestra el ejemplo de los médicos, de representar en 1978 un mayor porcentaje, 65% en relación al salario integrado, el sueldo tabular descendió.

(a) Esta fue la tendencia en las modificaciones del C.C.T. 1989-1991, como se documenta en el trabajo "La modernización del Seguro Social en el C.C.T. como obstáculo", Centro Simoes - México, 1990, publicada por trabajadores del Sector Sindical UNO.

Al contrario, las prestaciones de ser una parte menor del salario integrado - en 1978 -, 5% han pasado a representar una parte mucho mayor: más del 61%.

El comportamiento de las prestaciones de los médicos es bastante parecida al comportamiento del promedio general de las tres ramas, donde la rama de enfermería se ha mantenido por encima del promedio y la rama administrativa por abajo de éste. Así las prestaciones aunque ya representan en la rama administrativa más del 60% no llegan al nivel que alcanza la de enfermería. (ver gráfica 1).

Se puede concluir diciendo que la pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores del I.M.S.S. podría recuperarse por lo menos al nivel que se tenía en 1978 sólo en relación al salario integrado de más de 120%. Cualquier propuesta de productividad que se emprenda no puede dejar de reconocer

**SALARIO INTEGRAL PROMEDIO REAL EN EL IMSS
(PESOS DE 1978)**

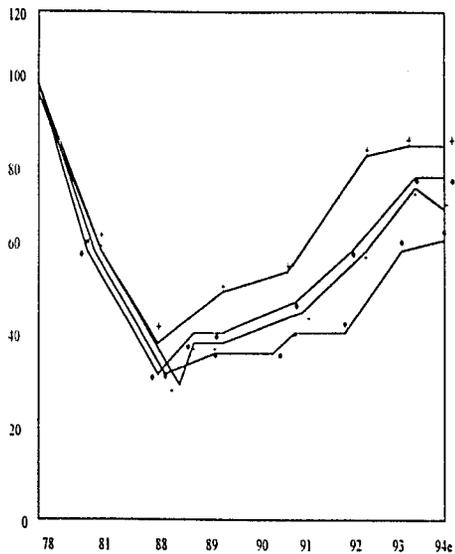
	1978	1981	1986	1989	1990	1991	1992	1993	1994
MEDICOS									
SUELDO REAL	21 560	31 295	39 934	43 355	43 583	44 443	47 792	52 239	54 127
INDICE	100.00%	53.36%	23.34%	210.56%	19.77%	21.04%	22.65%	24.29%	24.47
PRESTACIONES*	11 393	4 511	4 251	37 318	31 355	31 693	34 812	34 993	35 412
INDICE	100.00%	39.70%	37.44%	328.8%	275.8%	279.4%	306.2%	307.2%	311.4%
SUELDO+PRESTACIONES	32 953	35 806	44 185	80 673	74 938	76 136	82 604	87 232	89 539
INDICE	100.00%	54.72%	29.15%	252.3%	227.95%	23.21%	25.44%	26.47%	27.05%
ENFERMERIA									
SUELDO REAL	6 595	4 936	2 929	2 642	2 194	3 131	3 168	3 279	3 096
INDICE	100.00%	55.00%	32.43%	29.87%	27.96%	38.77%	38.93%	39.37%	34.99%
PRESTACIONES*	5 036	2 595	2 168	2 512	2 768	4 134	4 217	4 722	4 889
INDICE	100.00%	51.45%	43.23%	49.95%	54.23%	81.94%	83.10%	93.73%	97.09%
SUELDO+PRESTACIONES	14 003	7 531	5 097	5 154	4 962	7 265	7 385	8 001	7 985
INDICE	100.00%	53.78%	36.39%	36.85%	35.43%	51.91%	52.71%	57.15%	56.99%
ADMINISTRATIVO									
SUELDO REAL	12 010	6 514	3 460	2 849	2 977	4 137	3 218	3 493	3 560
INDICE	100.00%	54.23%	29.21%	23.72%	24.78%	34.19%	26.79%	29.00%	29.64%
PRESTACIONES*	6 448	3 124	2 022	2 244	2 210	2 960	3 050	3 412	4 094
INDICE	100.00%	48.83%	31.53%	34.97%	34.53%	45.98%	47.34%	53.19%	63.83%
SUELDO+PRESTACIONES	18 458	10 438	5 482	5 093	4 887	7 097	6 268	7 145	7 654
INDICE	100.00%	56.59%	29.70%	27.62%	26.47%	38.49%	34.00%	38.78%	41.48%
SALARIO INTEGRAL PROMEDIO	21 669	12 057	6 326	6 434	6 333	7 562	8 426	9 218	9 450
INDICE GENERAL	100.00%	55.64%	29.13%	298.3%	29.21%	34.71%	38.60%	44.85%	44.56%

Fuente: Contratos Colectivos de Trabajo del IMSS, Banco Nacional de México y Habiña

(Nota*) Datos correspondientes a Trabajadores con 10 años de antigüedad incluye: Renta, Ayuda Rentas, Prima de Antigüedad, Fondo de Ahorro y otros.

e) Estimado con un incremento del 2% de aumento salarial y una antigüedad estimada del 60% de Enero, Oct. 1994

PRESTACIONES ECONOMICAS REALES DE LOS TRABAJADORES DEL IMSS
1978 = 100



• Administrativo
 ◻ Promedio
 × Enfermería
 - Médico

esta situación, so pena de quedar retrasada. Sin embargo, las condiciones sobre las cuales se ejecutan las labores han sido cambiadas en profundidad y en extensión y ello requiere de condiciones laborales y salariales diferentes para afrontar cambios presentados.

6.- LA SALUD COMO PARTE DEL DESARROLLO

Nuevamente el país se encuentra ante una grave encrucijada, hoy como nunca, los problemas se han acumulado. Son dificultades de toda índole que se conjugan para hacer de la situación actual una de las más difíciles en nuestra historia contemporánea.

No se puede negar que México está frente a un desafío y que este tipo de circunstancias no son ajenas, el país en otras ocasiones ha logrado superar con éxito épocas difíciles, reconociendo obstáculos y superándolos cabalmente.

Ahora una de las metas a nivel nacional es el de la elevación de la Productividad, enfatizándose en todos los niveles productivos de la nación y subrayándose en aquellas instituciones prestadoras de servicios.

La búsqueda de la productividad no es nueva, únicamente se retoma seriamente ya que esta ocupa todo un esfuerzo para modernizar organismos y empresas del sector público apoyando así al resurgimiento de la economía del país. Se puede hablar de cinco áreas involucradas para la elevación de la producción y la productividad, tanto en el ámbito industrial como en el sector servicios, estos son: Recursos humanos, sistema comercial, tecnologías, asuntos económicos e infraestructura.

Recursos Humanos

Preparar eficientemente profesionistas mexicanos

Capacitación de técnicos medios profesionales

Sentimiento de responsabilidad y disciplina en el personal de las industrias e instituciones públicas.

Selección adecuada de personal

Sistema Comercial

Analizar el costo de aparatos y equipos industriales para la mejora del producto.

Mantenimiento periódico de la planta industrial

Abatir costos responsablemente sin golpear a recursos humanos.

Accesibilidad a productos y/o servicios.

Poner al alcance del comerciante ó industrial mexicano el conocimiento de los mercados internacionales, y de los mecanismos de venta, financiamiento, distribución y transporte. (Debe señalarse sin embargo que existen graves y costosas

deficiencias en la infraestructura interna de transporte que limita la exportación).

Tener como política de exportación establecer y mantener mercados permanentes.

Tecnologías

Incentivar y promover la investigación en forma articulada al proceso productivo.

Involucrarse con la innovación tecnológica en conjunto con personal instruido en forma adecuada.

Negociar con proveedores externos de tecnología cuidadosamente para evitar contratos leoninos.

Asuntos Económicos

Promoción a la inversión de capital nacional y extranjero

Evitar el incremento de las tasas domésticas para frenar así el endeudamiento en moneda extranjera.

Incentivar la producción nacional

Favorecer la inversión de nuevos proyectos que fortalezcan el desarrollo del país.

Infraestructura

Reorganizar y planear de manera futurista la infraestructura básica tales como vías férreas, servicio de aeropuertos, puertos comerciales; infraestructura urbana a zonas industriales, analizar la distribución de viviendas y servicios.

Se requiere de grandes acciones y esfuerzos para lograr elevar la productividad a todos los niveles. El impacto de la productividad en las instituciones prestadoras de servicios es aún más difícil de concebir, ya que no es igual trabajar con el trato directo a personas que en manufactura o escritorios despersonalizados, sobre todo cuando se obtiene paga de salarios mínimos que no cubren las necesidades básicas familiares ocasionando descontento al trabajador y por ende malestar en el trabajo que no permite que su actitud sea cordial o que su trabajo sea de calidad.

En forma genérica, a nivel nacional tanto en la empresa pública prestadora de servicios y privada, el iniciar un proceso de renovación tecnológico, sin contar con programas de capacitación apropiados para los trabajadores, ó la ausencia de nuevos métodos para el trabajo, puede resultar inconveniente. De ésta manera, una estrategia que permita transitar a un modelo de producción enfocado al incremento de la calidad y la productividad, debe centrar sus esfuerzos en incidir en los renglones mencionados con anterioridad.

Con todo lo anterior, cabe mencionar con respecto a la empresa pública que la mayor asignación de recursos está determinada por el gasto público; en este

sentido encontramos que en los dos últimos sexenios éste experimenta un deterioro permanente, lo cual limita la disponibilidad de recursos ya sea en especie o en dinero para el mejoramiento del servicio otorgado (1)

Como ejemplo para este año tenemos que se destinó un total de 470 millones de nuevos pesos, provenientes del Gobierno Federal: 224 por parte de la SSA y 246 por parte del Programa I.M.S.S.-Solidaridad específicamente para el estado de Chiapas. (2)

Para esta entidad con I.M.S.S.-Solidaridad, se reabrieron el Hospital Rural de Guadalupe Tepeyac y 30 unidades médicas rurales, y se entregaron 17 nuevas unidades Médicas Rurales.

Además, se pondrá en operación el Centro de Salud de San Juan Chamula

Se conformarán y capacitarán 10 brigadas para el combate de padecimientos infecciosos y paludismo.

Lo anterior es solo muestra de acciones específicas para el mejoramiento y conservación de la salud; todas las actividades comunitarias no solo de Chiapas sino de toda la República requieren de apoyos económicos por parte de la federación e instituciones de salud para llevar a cabo este tipo de tareas.

.....
(1) Algunas consideraciones sobre la productividad.
Seguridad Social.- Órgano de difusión del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.- Febrero de 1995.-
Pag. 4-5.

(2) Jornada 4 marzo-95 Pag. 44.

Sin temor a equivocación se puede decir que un pueblo saludable esta apto para enfrentarse a las tareas que el progreso dicta y obliga, sin dejar de lado el trabajo y la educación.

Pero por otra parte, los costos de operación del sistema de salud se han incrementado enormemente en las últimas 4 décadas: la población demanda más y mejores servicios, la tecnología ha avanzado y los presupuestos destinados a salud no aumentan en proporción al encarecimiento de los insumos y la demanda de servicios.

La importancia creciente de los aspectos monetarios en el sector salud ha hecho que se consideren factores econométricos en la toma de decisiones en materia de política sanitaria y que en la definición de prioridades se tomen en cuenta no solo las posibilidades presupuestales, sino también el rendimiento o productividad de las acciones de salud puestas en práctica. (3)

Los resultados de la productividad por zonas regionales o a nivel nacional no se pueden apreciar a corto plazo, para ello se lleva a cabo una cuantificación acerca de causas de enfermedades más frecuentes y causas de fallecimientos, así como número de nacimientos es decir un estudio epidemiológico.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER **

	1940	1960	1980	1990	Meta 2000	INCREMENTO
HOMBRES	39.5	47.1	49.7	60.4	7.0	3.6
MUJERES	41.5	46.1	49.9	70.3	15.0	2.0
GENERAL	40.4	46.6	49.8	63.7	12.2	2.6

** Fuente: México Social 1992. ICI Centro de Estudios Socioeconómicos. Grupo Financiero Banamex. Anual P-P: 158

* Datos de México Social P-P: 134

La esperanza de vida al nacer se ha ido incrementando debido principalmente a los avances médicos en materia de farmacología y aparatos electromédicos, también interviene en ello el saneamiento, hábitos alimenticios y personales y características de la zona en que se habita y vivienda, aunado a ello la educación y los medios de comunicación.

CAUSAS DE MORTALIDAD *

Enfermedades del corazón	12.53%
Tumores malignos	9.73%
Diabetes	6.09%
Enfermedades perinatales	5.45%

Se ha dicho que los padecimientos del corazón son el resultado de vivir en el primer mundo; pero como excepción a la regla estos padecimientos en México ocupan primer lugar debido genéricamente al stress de la gran urbe, y los contaminantes del medio ambiente. Los tumores malignos y la diabetes se presentan como resultado de disfunciones orgánicas y metabólicas propias del

individuo y que su presencia solo se puede acelerar por factores externos y/o predisposición.

Las enfermedades perinatales es decir del recién nacido hasta 1 año de edad dependen primordialmente de la atención que se les brinde durante su primer año de vida. En la última década la mortandad durante el 1er. año ha disminuido significativamente.

Como ya se ha mencionado, es difícil identificar como fué la evolución de la productividad dentro de los servicios para la salud, pero si se puede apreciar cuando hablamos de cifras estadísticas comparando con periodos anteriores. Los problemas de salud en México son tan variados como su importancia; la mayoría comprende el ámbito nacional aunque otros tienen carácter regional (cuadro 3)

"El País cursa la llamada transición epidemiológica, condición en la que coexisten las enfermedades infectocontagiosas en moderada declinación, con la patología del desarrollo (accidentes, neoplasias y cardiopatías) en franco ascenso" (4) (cuadro 4)

La política y administración pública nacional han enfrentado retos en diferentes órdenes, obligándole a realizar un diagnóstico profundo de los problemas del país y un amplio proceso de discusión, participación y diálogo, así como a trazar las adecuaciones a la política económica que la coyuntura ha exigido procurando siempre tener a la vista la imagen del país a largo plazo.

(4) Sepúlveda, J. "La transición epidemiológica en México: Mitos y realidades en la salud en México: Testimonio, 1987.

Dentro de la política social descansa el lineamiento de la atención integral a la salud como factor imprescindible para el bienestar, en primer lugar y como condición para una participación plena y productiva del ser humano en cualquier actividad económica ó social. Aquí cabe recordar que la salud no es un elemento aislado, sino que se vincula, depende y a la vez, determina otros aspectos del bienestar como son la alimentación, el vestido, la vivienda, su entorno y la educación.

En este contexto, la política actual ha trabajado en la integración de un Sistema Nacional de Salud, que pretende coordinar mejor las acciones de la administración pública con criterios de selectividad, racionalidad y eficacia. Además, pone particular énfasis en la participación activa y comprometida de la ciudadanía para que colabore en el cuidado y mejoramiento de la salud.

Como resultado de estos esfuerzos se ha aumentado la cobertura en más de 10 millones de habitantes, sin embargo existe un rezago de 3.5 millones de habitantes que carecen de éste servicio, cifra que ajustándola a un crecimiento poblacional tope de 1.8% anual, significará una población no cubierta de 3,918,439 habitantes para el año 2000. Incrementar el nivel de bienestar social en la actual administración debe traducirse en acciones que permitan incrementar el nivel de vida de los mexicanos por lo menos 72.5 años y lograr una cobertura de asistencia médica de la totalidad de la población.

**Principales enfermedades por entidad (1991)
(Casos registrados).**

Entidad	Amibiasis	Ascariasis	Hipertension Arterial	Infecciones Intestinales	Infecciones respiratorias
Aguascalientes	6,331	1,237	1,048	37,596	46,767
Baja California	2,895	484	2,692	37,596	48,610
Baja California Sur	4,482	371	1,311	23,517	27,995
Campeche	3,102	4,584	311	26,736	16,655
Coahuila	8,572	1,638	3,410	155,739	105,632
Colima	10,795	4,819	565	22,115	43,500
Chiapas	23,163	8,555	2,914	20,856	46,958
Chihuahua	2,743	603	2,488	70,629	49,797
Distrito Federal	27,539	21,254	12,345	184,999	244,600
Durango	6,496	2,217	2,167	31,310	46,475
Guanajuato	20,264	3,998	3,059	154,315	152,029
Guerrero	44,968	29,915	2,039	96,289	136,337
Hidalgo	31,325	9,883	1,930	58,455	129,580
Jalisco	24,834	12,333	4,454	152,422	205,929
Mexico	65,324	15,964	5,085	145,098	438,917
Michoacan	25,579	12,137	4,809	76,921	169,239
Morelos	18,190	10,549	1,847	25,214	96,042
Nayarit	10,618	5,041	1,097	25,919	34,457
Nuevo Leon	20,765	4,271	1,765	181,326	210,558
Oaxaca	39,221	17,177	1,588	67,217	140,561
Puebla	18,093	9,566	2,170	87,287	79,471
Queretaro	12,246	4,054	1,097	61,116	75,627
Quintana Roo	7,639	9,528	975	33,598	47,391
San Luis Potosi	9,809	2,842	1,791	34,028	57,107
Sinaloa	10,664	3,406	2,473	39,430	65,273
Sonora	8,170	1,844	2,018	63,296	103,345
Tabasco	35,063	37,073	1,294	69,135	116,407
Tamaulipas	7,334	4,809	2,152	115,400	60,597
Tlaxcala	21,760	8,480	1,421	46,698	117,653
Veracruz	47,479	65,222	4,590	177,353	172,560
Yucatan	13,474	12,326	660	94,475	68,826
Zacatecas	15,216	3,421	1,824	52,280	64,590

**Principales causas de mortalidad por entidad federativa
(1990)**

Entidad	1	2	3	4	5	6
Agascalientes	13.4	11.1	6.8	9.2	3.8	4.1
Baja California	15.0	11.5	7.3	6.0	4.5	2.3
Baja California Sur	13.8	13.1	8.2	7.6	4.2	2.4
Campeche	10.6	9.0	4.6	5.6	3.2	5.3
Coahuila	10.0	13.1	9.7	4.2	3.0	1.8
Colima	12.5	10.0	5.6	5.0	2.6	3.9
Chiapas	6.8	6.5	2.4	5.0	5.2	15.1
Chihuahua	15.4	11.0	7.9	5.6	3.4	2.7
Distrito Federal	16.4	11.8	10.0	5.1	4.7	2.2
Durango	14.2	11.9	8.2	1.9	3.1	2.0
Guanajuato	11.2	7.8	5.6	8.3	7.7	6.9
Guerrero	8.6	9.0	4.4	1.9	3.5	7.7
Hidalgo	11.4	8.1	4.7	5.4	6.3	1.3
Jalisco	14.6	11.1	6.3	5.4	5.2	3.0
México	9.4	7.1	5.7	7.0	8.8	6.3
Michoacán	12.1	10.5	5.4	5.0	3.6	4.0
Morelos	12.0	10.1	6.2	5.6	3.9	4.1
Nayarit	15.4	12.2	6.4	2.9	2.9	3.3
Nuevo León	19.3	13.9	7.8	3.8	4.2	1.8
Oaxaca	7.6	5.9	2.6	3.7	4.1	13.6
Puebla	8.3	6.3	4.4	6.7	8.0	7.6
Querétaro	9.7	7.2	4.9	8.7	7.5	7.3
Quintana Roo	8.5	7.7	3.4	13.0	3.4	5.2
San Luis Potosí	12.7	9.6	5.1	6.2	5.6	5.8
Sinaloa	16.4	15.5	6.6	2.3	2.5	1.9
Sonora	18.3	13.4	6.7	4.7	4.0	3.3
Tabasco	12.4	8.8	3.9	7.1	4.1	5.8
Tamaulipas	17.3	13.5	8.4	3.5	3.2	2.2
Tlaxcala	9.4	6.6	5.7	7.9	9.3	5.4
Veracruz	11.9	10.0	5.5	4.5	3.2	4.8
Yucatán	12.7	11.4	5.7	5.3	4.4	4.2
Zacatecas	16.2	11.9	14.0	5.5	5.0	4.2

1. Enfermedades del corazón
2. Tumores malignos
3. Diabetes
4. Afecciones perinatales
5. Neumonía
6. Enfermedades intestinales

*Secretaría de Salud Mortalidad, 1990.

Como un dato especial que remarca la prioridad y preocupación por la salud cabe destacar que hasta 1994 a través de PRONASOL se construyeron, rehabilitaron, ampliaron y equiparon 50 hospitales, 692 centros de salud y 68 unidades rurales respectivamente, además de 137 hospitales dignificados de acuerdo al Programa Hospital Digno de SOLIDARIDAD (Cuadro 5)*

* Fuente: Solidaridad, 6 años de trabajo Pags. 75-95.

Pronasol: Acciones en materia de salud*

1989-1994

1995-2000

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	TOTAL	1995e	1996f	1997f	1998f	1999f	2000f	TOTAL
a	104	60	50	34	57	50	355	44	15	15	15	15	14	118
b	723	632	442	1 074	634	692	4 373	120	255	255	255	255	255	1 400
c	341	459	224	82	67	68	1 241	187	45	45	45	45	45	413
d	0	0	28	103	162	137	429	54	17	17	17	17	17	142

a Construcción, rehabilitación, ampliación y equipamiento de hospitales

b Construcción, rehabilitación, ampliación y equipamiento de centros de salud

c Unidades médicas rurales (construcción, rehabilitación, ampliación y equipamiento)

d Hospitales dignificados

e Programado

f Estimado

* Fuente: Solidaridad, 6 años de trabajo, pp. 75-95

CONCLUSIONES

La productividad del Sector Salud está íntimamente relacionada con las políticas gubernamentales, inserta específicamente en el ámbito popular.

Las características de cada una de las instituciones que forman parte del Sector Salud dan razón al objetivo de la productividad el cual en su inicio es "la organización"; si bien es cierto que cada organismo tiene su forma de dirigir el trabajo, es así entonces como se debe conformar el servicio que presta, ya que el objetivo común de todas ellas es prevenir la enfermedad y conservar la salud. La meta es entonces "trabajar con calidad" que finalmente se traducirá en un aumento y/o mejora de la productividad.

Cada organismo de salud actualmente tiene sus formas de cuantificar la productividad, pero también es cierto que hasta hace poco que se empieza a dar a luz a ese camino de "la productividad en el sector salud" como una forma de tomar en consideración al personal que labora en hospitales y similares, tomar en cuenta sus características como humanos, sus necesidades y la forma de ver su propio trabajo y su sentir hacia é.

Eso es lo que la productividad encierra, características tangibles y objetivas como las que produce por ejemplo las organizaciones de "Solidaridad" en los diferentes aspectos de la vida de cada población, no solo Hospital digno, pintar y remodelar, también trabaja en escuelas, en el campo, en la industria manufacturera por mencionar alguno y lo que en estas formas de organización humana impera es el sentido del bien común de cooperación y sobre todo de sensibilidad para el trabajo, la voluntad para el mismo; es así la labor comunitaria con las sus carencias y alibajos lo cual finalmente nos da un ejemplo de que si se quiere trabajar bien se hace, esto es ser productivos.

Tomando en consideración lo anterior, se puede decir que el programa de incremento de la productividad es un proceso formal por medio del cual el desempeño común es encaminado a un nuevo nivel deseado, por supuesto bajo una buena dirección.

Cuando se habló de modernización para el Sector Salud se requirió de la mejor participación de cada representante en los diversos ámbitos de este sector, primordialmente para definir mejor sus metas y sobre todo evitar la duplicidad de las acciones que competen. Es de esta forma como inicia una nueva forma de ver a las Instituciones de Salud sea cual fuere su nombre, las acciones no se hicieron esperar, se brinda atención médica a todo aquel que la necesita

como siempre, pero con mayor calidad. Actualmente se han construido y listos para ser equipados 3 Hospitales de 2do. nivel y 2 de 1er nivel del I.M.S.S. dentro del área metropolitana y por supuesto como una respuesta a las demandas de la población que cada día se incrementa más.

El propio carácter público de las empresas de salud, las aleja funcionalmente de los criterios de rentabilidad financiera que prevalecen en las empresas privadas pero esto de ninguna manera justifica el manejo desordenado de los recursos con que se cuenten para llevar a cabo su cometido; aunque las ganancias no se reflejen en dinero cuantitativamente, sí se puede reflejar en forma cualitativa cuando se hace un balance de la calidad de los servicios y de como esto va a repercutir en la productividad.

Es necesario enfatizar que cuando se habla de modernización por ejemplo, no se debe tomar como simple "slogan" de una política en transcurso, es necesario tomar conciencia de lo que esto significa; al sector salud le corresponde por siempre como a cualquier otra empresa pública llevar a cabo sus controles y evaluaciones de la actividad que desarrollan, no solo el implementar acciones modernizadoras de transcurso político, sino obtener resultados siempre bajo una supervisión oportuna y de calidad para este caso, el "Sector Salud", se debe considerar no solo como el promotor de normas para sus tareas, sino como un instrumento de la política económica del país.

Las funciones que desempeñaba la "Secretaría de Salud y sus similares" hasta antes del toque modernizador podría decirse que eran cotidianas, luchaban separadamente aunque con el mismo fin; conforme el transcurso del proyecto modernizador y posteriormente al acuerdo nacional para la elevación de la productividad y la calidad, en la conformación del Sector Salud, se inicia un proceso formar a través del cual el desempeño común es encaminado a un nuevo nivel deseado, y este es el de la "calidad de los servicios de salud".

Al enfatizar la calidad del servicio en cada trabajador y de acuerdo a los pasos para alcanzar una mejora en la productividad, más importante que las metas es la creación de un ambiente de mejora continua que permita que los trabajadores tengan las herramientas, equipos, conocimientos y motivación para trabajar con calidad.

Actualmente existe una gran negativa y controversia para aceptar la firma de la productividad dentro del I.M.S.S., para este caso lo más viable es ofrecer al trabajador algunos de los beneficios de la productividad a manera de que conozcan directamente sus ventajas a cambio de su mejor esfuerzo en el trabajo.

El principal responsable de incrementar la productividad es la parte patronal, le corresponde poner al servicio de los trabajadores los implementos necesarios para desempeñar su labor; el entrenamiento o capacitación en el trabajo debe incluir desde aspectos operativos hasta herramientas para la solución de problemas y control del proceso.

Como se mencionó durante el transcurso del presente trabajo la productividad no debe ser objeto de explotación del trabajador, sino más bien una forma de mejorar la calidad de vida de él mismo y su familia.

Conocer lo que la productividad encierra es verdaderamente alentador para cualquier trabajador, el secreto está en que los dirigentes tengan la habilidad de dirección que para este caso se requiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Administración pública para el desarrollo integral.** Wilburg Jiménez Castro, FCE , 1971
2. **Acuerdo Nacional para la elevación de la productividad y la calidad S.T.P.S.** mayo 1992
3. **Contrato Colectivo de Trabajo.** I.M.S.S - 1994
4. **Definición de Productividad y Eficiencia en las Empresas de Salud.** Donabedian A. . F.C.E. - 1998
5. **Desarrollo Institucional I.M.S.S - I.S.S.S.T.E.** III, Vol. 1, Dr. Guillermo Soberón Acevedo - Dr. Jesús Kumate, Biblioteca de la Salud. - 1988
6. **El esfuerzo Nacional de Solidaridad.** Presidencia de la Republica. Dirección Nacional de Comunicación Social.
7. **El pulso de los Sexenios.** Miquel Basarnez S. XXX, 2da. Edición. - 1991
8. **Hacia la Consulta de la Productividad del I.M.S.S.,** Sección XXI, S.N.T.S.S., Nos. 0, 1, 2 y 3, México 1994.
9. **Historia del I.M.S.S. 1943-1944, Primeros años.** - 1980
10. **I.M.S.S. 40 años de Historia 1943 -1983**
11. **Informe de Labores de S.S.A. 1989-1990**
12. **La Agenda Nacional y la Reforma Social.** Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. - 1994
13. **La salud en México, Testimonios, 1988.** Dr. Guillermo Soberón Acevedo - Dr. Jesús Kumate.
14. **La productividad un fenómeno humano.** México 1992. Soliceo A.A., Ed. LIMUSA.
15. **La productividad, Un enfoque integral para su análisis.** Arturo Pacheco Espejel, Prof. Investigador de UPICSA, I.P.N. - 1994
16. **Lecturas sobre Productividad, Tomo I - II S.T.P.S.,** México 1994.
17. **L.O.A.P.F.**
18. **La solidaridad en el Desarrollo Nacional** - sept. México 1993.

19. Manual de Organización del I.M.S.S.
20. Manual de Organización de la S.S.A.
21. Memoria del Foro de Consulta Popular para la Planeación de la Empresa Pública. I.N.A.P. 1983
22. Organó de difusión del S.N.T.S.S., Nums. 40, 41, 42, 43, 44 y 45 de enero a junio. México 1994.
23. Plan Nacional de Salud. Informe de Labores. México 1989 - 1990
24. Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994
25. Presupuesto de Egresos de la Federación 1993. Presidencia de la República
26. Productividad Laboral - Lecturas sobre productividad. México, Sria. del Trabajo y Previsión Social. 1990
27. Productividad Laboral. Programa para el incremento de la productividad. Sria. del Trabajo y Previsión Social. 1986
28. Productividad. La Solución al Problema de la Empresa. DAVID BAIN. Mc Graw Hill. México. 1993.
29. Revista de Administración Pública No. 69/70, Administración del Sector Salud. I.N.A.P. 1987
30. Revista UPHCSA. Tecnología, Ciencia y Cultura No. 2 Sept. - Dic., 1993 " La productividad como una espiral de mejora continua " aut. investigador Arturo Pacheco Espejel.
31. Seguridad Social No. 183. I.M.S.S., Abril-Junio 1993.
32. Teoría Z - WILLIAM OUCHI, Ed. SITEA
33. La Jornada, 4 octubre 1993 México, D.F.
 La Jornada, 20 enero 1994 México, D.F.
 La Jornada, 8 abril 1995 México, D.F.
 La Jornada, 18 enero 1994 México, D.F.