

EL 112 Cotidiano

Revista de la realidad mexicana actual

salud pública



UNIVERSIDAD
AUTONOMA
METROPOLITANA
Casa abierta al tiempo

AM
Azcapotzalco

ISSN 0186-1840
marzo-abril, 2002
año 18, \$ 35.00

Presentación

La paradoja entre gasto incrementado y creciente insatisfacción

En un artículo de reciente publicación, el laureado Nobel de Economía, Milton Friedman, se pregunta, no sin razón, por el extraño destino económico de los sectores sanitarios del orbe:

desde las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial la provisión de atención médica en Estados Unidos y otras naciones avanzadas ha mostrado tres grandes rasgos: primero, un rápido avance en las ciencias médicas; segundo, amplios incrementos en el gasto... y, tercero, creciente insatisfacción con la prestación de la atención médica, tanto de parte de los consumidores como de los médicos y otros proveedores de la atención.¹

Esta paradoja entre gasto-incrementado y creciente insatisfacción corre al parejo de la gran cantidad de recursos económicos que, día con día, inundan a los sistemas de salud y el cosmos que los rodea.

El diario *The New York Times*² ha documentado, por ejemplo, que en el marco de una economía de 10 trillones de dólares como la estadounidense, y a pesar de la caída en el gasto de los consumidores y la inversión corporativa posteriores al 11 de septiembre, del sector salud se aguarda, para los próximos años, una expansión más rápida que la de otras industrias. Aunque los impactos del gasto sanitario no son comparables al de los intercambios tecnológicos, la vivienda o las fábricas y tiene también poco que ver con hacer más eficiente a la economía en su conjunto, ellos se traducen en un incremento y mejora de los estándares materiales de vida al facilitar la presencia de más bienes o servicios que son producidos con el mismo esfuerzo humano. Para decirlo a la manera de los economistas, dice *The New York Times*, la expansión del sector salud puede traer beneficios que las nuevas computadoras, las casas y los automóviles, difícilmente alcanzan. Paul Romer, profesor en la Universidad de Stanford, lo resume así: “¿qué me hace feliz?: buena comida, una casa agradable y, antes que nada, buena salud”.

En efecto, para muchos de los estándares que valúan la vida, el gasto sanitario del último medio siglo ha redituado enormes devoluciones, como abatir la tasa de mortalidad por padecimientos cardíacos o extender la vida de pacientes que sufren cáncer.

La industria de la salud de Estados Unidos, una industria que —entre compañías farmacéuticas, firmas de equipo médico, hospitales, centros de enfermería, centros de asistencia para la vida y aseguradoras— suma 1.3 trillones de dólares, ya ha estado en auge junto con el fuerte número de estadounidenses que gastan intensivamente en la atención médica.

Apenas en los últimos meses y frente a la expansión del bioterrorismo, la administración de Bush ha solicitado al congreso 1.5 billones de dólares para combatir esos ataques. Mientras que los tomadores de decisiones ya trabajan sobre una ley que requerirá a las compañías ampliar su cobertura en materia de salud mental.

Para el año 2010, se aguarda que la salud sume 16% del PIB y, según David Cutler de la Universidad de Harvard, hacia el 2040 podría ubicarse entre el 20 y el 30%. A todo lo largo del

¹ “How to Cure Health Care”, *The Public Interest*, (16 páginas. Citado el 11 de julio de 2001). Disponible en URL: <http://www.thepublicinterest.com/archives/2001winter/article1.html>

² David Leonhardt, “Health Care as Main Engine: Is That so Bad?”, 11 de noviembre, 2001. (Citado el 11 de noviembre de 2001). Disponible en URL: <http://www.nytimes.com/2001/11/11/business/yourmoney/11CARE.html?pagewanted=pri...11/11/2001>

mundo de los ejecutivos y consultores, se reconoce que el sector salud ocupará una parte cada vez más importante de la economía. La farmacéutica *Pfizer*, por ejemplo, espera crecer a un ritmo anual del 8%, bastante más alto que el crecimiento de la economía. En todos los escenarios disponibles, se estima que la expansión del sector salud contribuirá a arrastrar la actividad económica, tal y como en el último medio siglo la han arrastrado la construcción, el transporte y la propia información tecnológica.

Ciertamente, todos estos sectores poseen ventajas de las que carece el sector salud. Una nueva computadora, una nueva carretera o un nuevo edificio no sólo generan empleo sino que también elevan la productividad de todos aquellos que usan estos bienes: son inversiones, y aunque mucho del dinero gastado en el sector salud cuenta como inversión, su mayor parte representa más bien puro consumo.

Mientras los incrementos en la productividad facilitan que las firmas incrementen sus ganancias sin subir los precios y presionar sobre la inflación, el sector salud, por contraste, tiene un efecto marginal sobre la productividad de una nación tan rica como Estados Unidos, con una población, por cierto, “bastante sana”. Además, una parte relativamente grande del gasto en salud se orienta hacia doctores, científicos o ejecutivos. Jonathan Gruber, del Instituto Tecnológico de Massachusetts, lo sintetiza en los siguientes términos: “un dólar para el sector servicios es, ciertamente, un gran estímulo frente a un dólar destinado al sector salud. La razón es sencilla: el que va al sector servicios es, seguramente, para alguien con bajos ingresos, mientras que el del sector salud va directamente al consumo. No hay absolutamente ninguna evidencia mínimamente creíble sobre el impacto de corto plazo del gasto sanitario sobre la economía”.

Por supuesto que ello no significa, sigue argumentando el *New York Times*, que una sociedad que gasta fuertes sumas en atención médica esté mal. La verdad es que siempre habrá algunos beneficios económicos. Por ejemplo, una nación sana, dice, contará con una fuerza de trabajo más dilatada porque muchos de sus ciudadanos podrán laborar hasta sus avanzados sesentas, setentas u ochenta años.

La naturaleza de la industria también demanda empresas que preserven el empleo al interior de Estados Unidos. Y, a diferencia de las tecnologías informáticas que se encuentran concentradas en pocas ciudades, el sector salud vive disperso a lo largo de todo el país, asumiendo una infinidad de formas: en muchas ciudades los hospitales suelen ser los empleadores más importantes.

Nuevamente hablando en el lenguaje de los economistas: mucho más relevantes son los beneficios que no se captan a través de las estadísticas del Producto Nacional Bruto. Recientemente, un puñado de investigadores se ha propuesto intentar una cuantificación preliminar de esos beneficios. Ellos han empezado por examinar la cantidad de dinero que la nación ha gastado en atención médica y, en un estudio posterior, han explorado la manera en que los tratamientos médicos —más allá de las dietas u otros factores— han reducido las tasas de mortalidad. Finalmente, buscan asignar un valor a cada año de vida humana, analizando por ejemplo, cuántos trabajadores son contratados para laborar en empleos altamente expuestos a la mortalidad.

Los resultados de esos cálculos muestran, al decir del profesor William D. Nordhaus de la Universidad de Yale, que el valor de las mejoras en la salud atribuibles al pasado siglo, supera ligeramente los enormes beneficios en riqueza monetaria que han experimentado Estados Unidos desde 1900. Para el profesor Romer, no es infrecuente encontrar que las visiones ingenuas suelen sostener que “gastar en atención a la salud es un mal recurso, es una mala alternativa”. Pero, agrega: “si la pregunta inquiriere sobre si hemos ganado grandes beneficios por gastar en atención a la salud, la respuesta es irrefutable: claro que sí”.

Además, el gasto médico creciente no es una novedad, afirma Robert William Fogel, premio Nobel de Economía por la Universidad de Chicago: “en la postrimerías del siglo XIX, una

familia típica empleaba casi la totalidad de su ingreso en comida, casa y vestido, mientras destinaba una cantidad extraordinariamente pequeña para atender su salud. Pero en los últimos 125 años, todos esos gastos han caído hasta representar menos de la mitad del presupuesto doméstico, mientras el gasto médico se ha elevado vertiginosamente. Al compás del enriquecimiento de la nación, mucha gente no sólo puede cubrir sus necesidades básicas sino hasta hacerse de televisores y los automóviles de su capricho. Después optan por dedicar ingresos adicionales a su bienestar físico. Mucha gente querría disponer de una nueva rodilla más que de un nuevo Mercedes”.

De tal suerte que, al decir del *New York Times*, el gasto médico es cada vez menos discrecional y la industria de la salud es una de las contadas áreas de la economía que está logrando sortear venturosamente los actuales tiempos recesivos que enfrenta la, así llamada, América corporativa. Prueba de ello son los mejores resultados que muestran grandes firmas como *General Electric*, *Marriott International* y *Tyco*, que cuentan con divisiones especializadas para la atención de la salud, frente a otras compañías que carecen de ellas. Como apunta Robert J. Burgstahler, director ejecutivo de la división de finanzas de *3M*: “la industria de la salud continúa siendo un gran negocio: advertimos un crecimiento sólido y continuo para su futuro inmediato”.

La fiebre que despierta la industria de la salud también se ha extendido a *Wall Street*. De acuerdo con *Thomson Financial* —firma neoyorkina especializada en análisis de la información de mercado— desde principios del año 2000, las empresas del sector salud han contribuido con cerca del 20% de las ofertas accionarias iniciales, 5% más de lo que alcanzaron en 1998 y 1999. Ese es el caso de *Amerigroup*, una gran *Health Maintenance Organization*, HMO (Organización Administradora de la Salud). Aunque siempre convendrá ser previsores, acota *The New York Times*, porque la industria de la salud no es una industria particularmente cíclica. Por ejemplo, en 1993, cuando Estados Unidos abandonaban lentamente la recesión, el gobierno federal estimó que la industria contabilizaría hasta el 20% del PIB del año 2000. Y sin embargo, para mediados de la década de los noventa, las administradoras de la salud lograron elevar sus ganancias a costa de restringir sus gastos médicos y, al terminar la década, la industria de la salud sólo alcanzó el 13% de la economía.

Es un hecho que, en el pasado reciente, los inversores se sobrexitaron con las expectativas de rentabilidad del sector. Baste considerar que más de una compañía biotecnológica lanzó infinidad de acciones con gran bombo y platillo. Con todo, la mayoría de los analistas coinciden en constatar que, aunque las proyecciones más optimistas fueran infundadas, las fuerzas que propelan al sector son suficientemente fuertes como para ser pasajeras. A ello contribuyen tanto las grandiosas predicciones sobre el mapeo del genoma humano y los nuevos tratamientos que ya están en curso. Como dice Uwe Reinhardt, afamado economista de la salud de la Universidad de Princeton, estamos “frente a una nueva y completa revolución industrial”.

Pero aun en Estados Unidos los contrastes son la norma. Desafortunadamente, los beneficios del *boom* sanitario toparán con la penosa realidad de que cerca de 40 millones de personas carecen en absoluto de seguro de salud y, por tanto, no pueden comprarle casi nada a esta boyante industria. Además, los precios de las pólizas de los seguros médicos sufrirán un sensible incremento durante el año 2002.

Según *The Wall Street Journal*,³ las más recientes proyecciones de la consultora *William Mercer Inc.* —sobre una muestra de 2 mil 800 firmas— muestran que los patrones aguardan que las primas de sus seguros de salud se eleven entre el 13 y el 20%. Se trata del más grande incremento de los últimos nueve años y supera varias veces la inflación del año. Ello conducirá a que los empresarios de las grandes firmas trasladen a sus empleados un alto porcentaje de los costos

³ Barbara Martínez, “Health costs seen rising feverishly”, 10 de diciembre, 2001. (Citado el 13 de diciembre de 2001). Disponible en URL: <http://www.Msnbc.com/news/670224.asp?cpl=1>

totales de las pólizas, elevándoles los deducibles y co-pagos. Por su parte, los empresarios medianos y pequeños optaran por *Preferred Providers Organizations*, PPO (Organizaciones de Proveedores Preferenciales), que resultan un poco más económicas que las HMO's, *Health Maintenance Organization* (Organización Administradora de la Salud).

Y, mientras tanto, la otrora poderosísima e influyente *American Medical Association* (AMA) pierde a pasos agigantados su membresía gremial: apenas uno de cada cuatro médicos practicantes forma parte de ella, 50% menos de lo que acontecía hace sólo una generación. Aunque la AMA reclama contar con 290,357 integrantes, lo cierto es que, en su gran mayoría ellos son estudiantes, médicos residentes o médicos jubilados.⁴ Su situación es, además, bastante paradójica: para el público ciudadano, la AMA sigue siendo una etiqueta prestigiada pero, irónicamente, para los médicos ha perdido peso y relevancia.

Y en este ocaso confluyen muy diferentes factores. Originalmente concebida como la voz autorizada de galenos individuales e independientes, la AMA ha tenido crecientes dificultades para ajustarse a un nuevo mundo laboral donde ahora privan grandes grupos médicos organizados en especialidades. Hay que agregar el mazazo que ha constituido la proliferación de la medicina administrada (*managed care*) y la influencia del programa gubernamental público, *Medicare*, al cual se opuso como Asociación hasta que fue vencida por el presidente Johnson en 1964. Para los médicos de la actual arena sanitaria en Estados Unidos, su verdadera representación gremial se localiza, más bien, en los consejos de especialidades.

Por su parte y siguiendo a la agencia *Reuters*,⁵ hay que agregar que el horizonte del sistema de hospitales se complica. Aunque los hospitales que disponen de acceso a los mercados de capital —registrando más admisiones y elevando sus tarifas— podrían ver incrementados sus ingresos durante el año 2002, aquellos otros que son *non profit*, tendrán que seguir luchando por su supervivencia.

Para el analista A. J. Rice de la consultora *Merrill Lynch*, asistimos al espectáculo de un mundo hospitalario dividido entre “los que tienen y los que no tienen”. Por ejemplo, observa que un “vastísimo universo equivalente a las dos terceras partes de los establecimientos *non profits*, se debate entre la vida y la muerte. Y Carmela Coyle, vicepresidenta para políticas de la *American Hospital Association*, también reconoce que esta realidad se expresa claramente en un sistema hospitalario “que, poco a poco, va siendo cada vez más frágil. Baste considerar, aclara, que cerca de un 42% de todos los hospitales, tienen márgenes de operación negativos porque los costos han crecido a tasas altas”.

Y el panorama será aún peor a partir de enero del 2002, cuando los flujos de caja de las instituciones hospitalarias se vean obligados a enfrentar las modificaciones que derivarán de los cambios en el sistema de reembolsos, poniendo en operación el programa público *Medicare* para los servicios de consulta externa. Estos reembolsos ya no tendrán lugar durante los primeros meses del año, sino que se los ajustará para cubrir el costo total de los servicios hasta el transcurso de la primavera.

Sin embargo, hay excepciones. Según Darren Lehrich, analista de *Suntrust Robinson Humfrey*, las cadenas hospitalarias bien asentadas en el cosmos del comercio y que cuentan con la publicidad adecuada —cadenas que representan 15% de la industria— reportarán ganancias de hasta el 20% durante los primeros seis meses del 2002. Ese es el caso de muchos hospitales rurales que han hecho nuevas adquisiciones. “Sin lugar a dudas”, agrega Lehrich, “la industria de la salud constituye una de las pocas áreas dentro de los mercados de capital donde

⁴ Mark Bloom, “New leader plans effort to revive a Faltering A.M.A.,” *The New York Times*, 4 de diciembre, 2001, (Citado el 12 de diciembre de 2001). Disponible en URL: <http://www.Nytimes.com/2001/12/04/health/policy/04AMA.html>

⁵ William Borden, “Hospitals divided into haves, have nots”, *Reuters* 29 de diciembre, 2001. (Citado el 29 de diciembre de 2001). Disponible en URL: http://www.Dailynews.yahoo.com/h/nm/20011228/bs/health_hospitals_year_dc_1.html

se aprecia apetito por y para nuevos asuntos". Efectivamente: a pesar de que las ganancias de los hospitales adecuadamente promocionados no sólo igualaron sino que incluso superaron las expectativas, las acciones hospitalarias de la mayoría de ellos cayeron durante el 2001. Así sucedió, por ejemplo, con *Tenet HealthCare* y *LifePoint Hospitals*, según documenta la firma *CIBC World Markets*.

Además, es del dominio público que el componente laboral representa un gran reto, además de constituir la pieza más importante en la estructura de costos de un hospital. Estados Unidos enfrenta desde hace muchos años un déficit crónico de personal de enfermería que, si hoy alcanza las 125 mil plazas, en 5 o 10 años podría rebasar las 400 mil. Las enfermeras suelen devengar remuneraciones que duplican la tasa de inflación. Esta situación podría "disparar casi sideralmente los costos de operación de los servicios hospitalarios", concluye Carmela Coyle, de la *American Hospital Association*.

El "sector salud se seguirá expandiendo", subraya Drew Altman, presidente de la reconocida *Kaiser Family Foundation*, aunque "la ironía sea que lo haga al alto costo de hacer más difícil la solución de los problemas de salud para el largo plazo".

Contrastes planetarios

Y si los contrastes son la norma en Estados Unidos, también están del todo presentes en el panorama mundial. En efecto, tal y como documenta el también economista, Jeffrey Sachs:

...el mundo global no ofrece prosperidad para todos. Más de mil millones de personas tienen que luchar para apenas sobrevivir todos los días y muchos no lo logran. Durante los dos últimos años he sido presidente de la mesa directiva de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuestra comisión recibió evidencia detallada acerca de la muerte de millones de personas pobres causada por la falta de los más ínfimos recursos necesarios para permanecer con vida. Las pérdidas más terribles son las causadas por enfermedades que es posible tratar y prevenir, como el sarampión, las infecciones respiratorias, la malaria, la tuberculosis y el Sida.

El problema es que la prevención y el tratamiento de esos males cuesta dinero, no mucho, pero mucho más del que está disponible para los países pobres del mundo. La Comisión de la OMS descubrió cosas importantes. En los países más pobres, el dinero actualmente gastado en la salud de cada persona asciende a 11 dólares por persona, a pesar de que se necesitan por lo menos 33 dólares por persona cada año para proveer los servicios sanitarios más indispensables.

Las naciones ricas deben proveer alrededor de 20 dólares por persona para cubrir la grieta. En cambio, proveen sólo 2 dólares por persona y de todas maneras piensan que están cubriendo las necesidades de los pobres. Cuando millones de personas mueren por la falta de apoyo financiero, EU y otros países ricos actúan como si el resultado fuera un evento 'natural', más que el resultado de la negligencia política.

Si cada una de las naciones ricas contribuyera una décima parte del 1% de su ingreso nacional, o más o menos, 1 centavo por cada diez dólares ganados, el resultado sería 25 mil millones cada año que podría ser utilizado para salvar las vidas de millones de pobres de todo el mundo. Esa suma permitiría extender los servicios básicos de salud hasta alcanzar los cientos de millones de personas que en la actualidad no cuentan con atención médica, incluyendo el tratamiento del Sida, la vacunación de los niños y la distribución de mosquiteros para las camas para reducir la incidencia de malaria. Por desgracia, los países ricos contribuyen cerca de una cuarta parte de lo que hace falta, es decir, 6 mil millones de dólares en lugar de 25 mil millones de dólares. Según las estimaciones de la OMS, ocho millones de personas podrían ser salvadas cada año a través de un esfuerzo financiado apropiadamente.⁶

⁶ "Derrotando al terrorismo a través de la prosperidad global", *Reforma*, 6 de noviembre, 2001.

Van ganado los “sistemas”

De tal suerte que la paradoja oportunamente indentificada por M. Friedman, la paradoja entre gasto incrementado y creciente insatisfacción, no sólo persiste, sino que, en rigor, empeora. Su impacto ensombrece el futuro de la medicina y la salud; devasta la capacidad normativa de las políticas⁷ y sigue vaciando de contenido la urgente tarea para reorientar hacia el “hombre que sufre”⁸ los, hoy día, más que deshumanizados “sistemas de salud” frente a la lógica irrefrenable de una “industria” que se apodera crecientemente de ellos.

Al reflexionar retrospectivamente sobre su influyente *Némesis Médica*,⁹ Ivan Illich captó con agudeza este opaco extravío instrumental del nuevo cosmos económico de la salud y sus industrieros industriales:

...hoy día muchas instituciones, especialmente aquéllas que tienen como propósito proveer servicios sociales, han perdido su identidad: los sistemas educativos y médicos están entrelazados con los sistemas militares y económicos (...) Mientras los médicos se concentran en la lucha contra la muerte, el paciente ha devenido, primero, en un objeto residual y, luego, en un constructo tecnológico. Hoy por hoy uno no puede menos que preguntarse si existe aún un yo autónomo capaz del acto de morir (...) Como la música televisada, las nuevas tecnologías también cambian la naturaleza de nuestro actuar. Los sistemas médicos han usurpado totalmente la antigua Danza de la Muerte. La concentración masiva de recursos que reúnen: entrenamiento académico, instrumentos, laboratorios y hospitales han terminado por aislar la medicina para, finalmente, marchitarla. Los alimentos, las medicinas, los genes, el estrés, el envejecimiento, el aire, el Sida y la anomia, no constituyen más temas médicos: son asuntos sistémicos. Antiguamente la gente preguntaba por el diagnóstico para sus enfermedades y aguardaba un tratamiento para superarlas: hoy la vida es administrada sobre la base reglas de optimización (...) Los conceptos analíticos sistémicos han alterado enteramente nuestra autopercepción (...) Hoy, ellos la deciden por nosotros (...) La vida es hoy un objeto que resulta de las políticas ambientales, educativas, biomédicas y de salud (...) Hoy cualquier persona ordinaria sufre por causa de una curiosa inhabilidad: la inhabilidad para morir.¹⁰

No es casual que el pomposo *Informe* de la Comisión de Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico* presentado por la OMS en diciembre del 200,¹¹ funde todas sus esperanzas y empeños en la tecnocrática “evidencia” que, importada desde la macroeconomía, sería capaz de iluminar, a partir de los enfoques sistémicos, aquél saber humanista y operador que siempre han portado los médicos, las enfermeras y los pacientes que animan los enfervescidos sistemas de salud contemporáneos.

El *ars barbárico* de estos “expertos” en políticas de salud,¹² sueña con traer de fuera —en este caso, la “evidencia” que habría de facilitarle cierto tipo de economía— el conocimiento que le exige la correcta atención de su tarea principal: enfrentar los auténticos retos de la salud pública y garantizar resolutivez efectiva para los daños y episodios de enfermedad de los pacientes. El *Informe* anhela extraer de los economistas, aquello que la indignancia de los “médicos”, responsables directos de la política pública, no pueden ver a pesar de tenerlo justo frente a sus ojos.

⁷ Mancur Olson, *Poder y prosperidad. La superación de las dictaduras comunistas y capitalistas*, Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, 2001.

⁸ Juan Pablo Segundo, *Pastoral de la Salud*, Ediciones Don Bosco, S.A. Colombia, 1990.

⁹ Ivan Illich, *Némesis Médica*, Joaquín Mortíz/Planeta, México, 1984.

¹⁰ Ivan Illich, “Death undefeated”, *British Medical Journal*, 311:1652-1653 (23 December), 1995.

¹¹ OMS, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico*, Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud, Presentado por Jeffrey D.Sachs, Presidente a Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 20 de diciembre, 2001.

¹² Carolina Martínez S. y Gustavo Leal F., “Cuando nos hablan de salud ¿podemos confiar en los expertos?”, en *El Cotidiano*, Núm.103, septiembre-octubre, 2000, pp. 73-81.

Al recibir el Informe, la Dra. Brundtland, directora general de la OMS, afirmó que:

Este *Informe* constituye un momento crucial: influenciará decisivamente sobre cómo debe priorizarse y coordinarse la ayuda para el desarrollo en los próximos años (...) La Comisión argumenta que la apropiada inversión para los recursos humanos de una nación representa un poderoso motor para el crecimiento económico. Sencillo: la buena salud es un prerrequisito esencial para un desarrollo equitativo y una globalización limpia (...) La OMS estudiará atentamente el *Informe* dado que él tendrá una profunda influencia sobre la manera en que la Organización y sus socios ordenarán y priorizarán su labor hacia una salud global mejorada. La clave para la acción es garantizar que la salud sea asumida con toda seriedad en los más altos niveles del liderazgo político.¹³

La clave de esta curiosa “paradoja de la proximidad” reposa, sin lugar a dudas, en el concepto de salud de la OMS, inicialmente muy romántico y, ahora, extremadamente interesado en las “rentabilidades” de los sistemas de salud: mientras más cerca de los determinantes de la salud, más lejos de la eficacia para resolver los daños que ocasionan los episodios de enfermedad.¹⁴

La industria de la salud en México

Este enfoque “moderno” de la industria de la salud y sus contrastes planetarios se ha venido expresado en México a través de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)¹⁵ del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, exsecretario de Salud, bajo la administración de Miguel de la Madrid Hurtado.¹⁶ Incluso, uno de los Vicepresidentes Ejecutivos de Funsalud, Julio Frenk fue designado por Vicente Fox secretario de Salud del primer gobierno del “cambio” y la “alternancia”.

No sorprende, por tanto, que desde el “Equipo de Transición” Julio Frenk señalara en septiembre del año 2000 que:

...el sector salud, en los hechos, ya está privatizado: el 52 por ciento del gasto anual proviene de los bolsillos de las familias mexicanas y no del Estado. A un millón 200 mil hogares les supone gastos catastróficos que les impiden satisfacer otras necesidades básicas y una atención médica que se otorga según la capacidad de pago y no la necesidad de los pacientes. El propósito: democratizar la salud —si los mexicanos ya pudieron elegir a su presidente, por qué no van a elegir a su médico— e integrarla al proyecto de desarrollo económico y social. No considerarlo como un sector de la administración pública, sino como un objetivo social. El tratamiento: crear un fondo público sustentado principalmente en la recaudación tributaria, que permita garantizar atención a toda la población, independientemente de su capacidad económica e incrementar progresivamente el porcentaje del PIB que se destina al sector, hasta llegar al 6.6 por ciento al concluir el sexenio. Además de requerirse un incremento de un punto porcentual a lo largo del sexenio, es necesario hacer más eficiente la utilización de estos recursos. Cualquier monto que se gaste nos debe dar un máximo de salud posible. Se necesita más dinero para la salud, sí, pero sobre todo más salud por el dinero. Con el dinero que hoy usamos en salud, con esos 23 mil millones de dólares anuales, podemos lograr un 25

¹³ WHO, *WHO Welcomes Groundbreaking Report*, Londres. 20 de diciembre, 2001.

¹⁴ Carolina Martínez S. y Gustavo Leal F., *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención en salud reproductiva*, Colección Académicos, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, México, 2002, en prensa.

¹⁵ Funsalud, *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final, 1994*; Funsalud, *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas, 1997*; J.Fremk, Miguel A.González Block y Felicia Knaul, “La seguridad social en salud: perspectivas para la Reforma”, en Solís, Soberón, F. Y Villagómez, A., *La seguridad social en México*, Lecturas de El Trimestre Económico, 88, México, 1999, pp. 35-102; Funsalud, *Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado*. 1ª.edición, Economía y Salud, México, 2000.

¹⁶ Gustavo Leal F., *Después de 18 años de ‘políticas de salud’*. *Enigmas, encrucijadas y paradojas del foxismo en la arena de la salud*, Reporte de Investigación, DCBS, UAM-X, noviembre, 2000.

por ciento más de resultados, más salud, menos desigualdad social, mejor trato a la gente y más seguridad financiera. Tenemos espacio para ser más eficientes.¹⁷

Esta orientación para y por la industria de la salud, es el criterio que ordena la ruta del *Programa Nacional de Salud* (PNS)¹⁸ del foxismo, así como su primer grupo de reformas de la estructura de la seguridad social.¹⁹ Al tenor de los últimos tres *Informes sobre la salud en el mundo*²⁰ de la Organización Mundial de la Salud de la Dra. Gro Harlem Brundtland,²¹ el PNS ha optado francamente por el estrecho sendero del pluralismo estructurado:

...las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población. Este proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros en fondos predominantemente públicos. Los seguros privados, en este escenario, jugarán un papel complementario. Al igual que en casi todos los países desarrollados, habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir el prestador de su preferencia.²²

Después de 18 años de “política de la no política”²³ del tardopriísmo, Frenk orienta las políticas del soberonismo-foxista hacia los enfoques “sistémicos” con que el Banco Mundial suele establecer las prioridades financieras y organizacionales:

...los sistemas de salud están adoptando cada vez más modelos donde las organizaciones de atención administrada asumen la responsabilidad de las necesidades de salud de la población, organizando la red de prestadores para optimizar los resultados y el control de su uso. El modelo de la atención administrada se basa en tres importantes conceptos: a) el paradigma microeconómico de mercado que destaca la necesidad de separar el financiamiento de la prestación para introducir ‘mecanismos de mercado’, incorporando las demandas individuales y la elección del consumidor como uno de los pilares básicos del sistema de salud; b) el paradigma relacional de la teoría de sistemas la integración horizontal sistémica y mejora la coordinación entre prestadores. Este elemento también incluye la introducción de mecanismos para reembolso por capitación y sistemas basados en el desempeño y c) el paradigma social del bienestar que fortalece el rol del gobierno para asegurar la prestación de servicios de acuerdo a las necesidades de la población y a los intereses de la salud pública, incluyiendo la definición de paquetes de servicios esenciales y esfuerzos que también fortalezcan el rol regulatorio del Ministerio de Salud.²⁴

Como observara el Presidente Vicente Fox en el *Mensaje* con que inicia el en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*:

¹⁷ *Reforma*, 4 de septiembre, 2000. Nota de Margarita Vega.

¹⁸ Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, julio, 2001. Cfr. al respecto, Gustavo Leal F., *El Programa Nacional de Salud 2001-2006 y el México de la “modernización” tardopriísta (1982-2000). Diez aproximaciones al modelo impuesto de “conciliación” entre lo económico-priísta y lo social-“foxista”*, 2002, en prensa.

¹⁹ Senado de la República, LVIII Legislatura, *Dictamen de las diversas iniciativas de reformas a la Ley del Seguro Social turnadas a las Comisiones Unidas de Hacienda y Crédito Público, de Salud y Seguridad Social, de Jubilados y Pensionados, de Trabajo y Previsión Social y de Estudios Legislativos*, diciembre, 2001.

²⁰ World Health Organization, *The World Health Report 1999-Making a difference, 1999*; World Health Organization, *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance, 2000*; World Health Organization, *The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope, 2001*.

²¹ Leal F., Gustavo y Martínez, S., Carolina *¿Misión cumplida? La Dra.Brundtland y la Organización Mundial de la Salud: la “agenda” de los pobres y la historia del Informe sobre la salud en el mundo 2000*, Reporte de Investigación, No. 92, DCBS, UAM-X, mayo, 2001.

²² Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, 2001, p. 75.

²³ “En relación con que la SSA asuma un papel normativo más que de oferente de servicios, Julio Frenk comentó que “hace 18 años se inició este proceso y en este camino vamos a seguir. A nosotros nos toca afinar y culminar algo que está muy avanzado”, *La Jornada*, 1 de diciembre, 2000. Nota de Angeles Cruz.

²⁴ The World Bank, *Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era*, Edited by Marcelo M.Giugale, Oliver Lafourcade and Vinh H.Nguyen, Chapter 19 “Reform of the Mexican Healthcare System”, 2001, p. 431.

El individuo enfermo tampoco puede salir a tocar puertas. Pierde la iniciativa que pudiera haber tenido, carece de la energía necesaria para la lucha cotidiana, se olvida de soñar, sin mencionar que su enfermedad puede llevarlo a la bancarrota. En el caso de las personas mayores, es imperioso garantizarles a todos la oportunidad de llevar una vejez digna, la oportunidad de aportar, la oportunidad de hacer cuentas con la vida (...) El rumbo estratégico del cambio que queremos para México (...) busca atender tales anhelos mediante líneas de acción específicas y en el marco de una revisión a fondo de nuestro sistema de salud.²⁵

Completado por el *Mensaje* de Julio Frenk, secretario de Salud del foxismo:

México quiere y requiere un mejor sistema de salud. De la buena salud de la población depende la prosperidad económica, el bienestar social y la estabilidad política (...) En salud siempre somos víctimas de nuestros éxitos.²⁶

“Éxitos” que traducidos al —ahora muy interesado en términos económicos— concepto de salud de la OMS, ha conducido a que Frenk estime que:

...la salud de los mexicanos es uno de los activos más valiosos del país por lo que se buscará crear un blindaje sanitario, pues sólo mejorando el medio ambiente y eliminando los riesgos epidemiológicos se favorecerá el flujo de inversiones y empleos. La globalización y el crecimiento económico no deben estar reñidos con la justicia social. Sólo con ambientes saludables se podrá aspirar a un desarrollo económico más justo, porque los inversionistas prefieren lugares donde no haya cólera ni paludismo, que si bien no causan la muerte, reducen el vigor físico de la gente. Necesitamos darle a la economía mexicana un blindaje sanitario, el cual traerá certeza a los inversionistas y derivará en la conversión de la salud social en un motor de crecimiento financiero.²⁷

Este número

En este nuevo ejemplar hemos reunido seis trabajos originales que exploran desde diferentes ángulos el prisma del quehacer sanitario.

El arquitecto Rodolfo Flores Lara, una autoridad en la materia, aborda el tema *El “Factor Social” en Salud*. Allí propone que “tengamos el valor y afrontemos el desafío del México de hoy para hacer una nueva arquitectura del modelo de la salud para otros 50 años”.

Arturo Garmendia y Francisco Nava incursionan en un tema relevante: *Los trabajadores en la estrategia de calidad del IMSS*. Concluyen que: “aún sin culminar, la tesis formulada por los expertos en calidad en el sentido de que sólo los trabajadores tienen, a partir de su práctica cotidiana, la visión y la experiencia práctica necesaria para mejorar o reconstruir los procesos de trabajo, se ha demostrado”.

Por su parte, Roberto Lara documenta una señalada experiencia en la batalla por el espinoso y complejo tema de la calidad: el Plan Integral de Calidad del IMSS. En su artículo *Plan Integral de Calidad 1998-2000: experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social*, Lara ensaya un balance de los años 1998 al 2000, justo cuando el gobierno de Vicente Fox despliega la Cruzada Nacional para la Mejora de los Servicios de Salud. Lara advierte que “aunque la calidad con la que las instituciones otorgan servicios a la ciudadanía debe ser un derecho social, las inercias lamentablemente orientan a que se plantee que sólo con competencia, por la participación del sector privado, las organizaciones de gestión pública pudieran verse obligadas a proporcionar servicios de calidad como condición de sobrevivencia”.

²⁵ Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Mensaje del Presidente de la República, 2001.

²⁶ Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Mensaje del Secretario de Salud, 2001.

²⁷ *La Jornada*, 12 de septiembre, 2001. Nota de Andrés Morales.

En *Carta de extravío, que no de navegación. Diez apuntes sobre salud y seguridad social en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, Gustavo Leal F. disecciona los cuerpos de la política pública que se contienen en este documento. El examen culmina con una sentencia poco estimulante: “mientras el votante medio ha sido sacrificado, el voto sincero ha sido traicionado. Ningún médico, ninguna enfermera o personal paramédico, ni ningún paciente: nadie, salvo tal vez algunas firmas, puede aguardar de éste PND algo mejor para su futuro mediato”.

Carolina Martínez Salgado, en *De qué se muere en México*, se asoma al complejo escenario de la mortalidad y, a través de un original y penetrante recorrido, consigna que “con toda la dificultad que entraña atender a la perpetua mutación de la mortalidad por causa en sus muy diversos ángulos, es una de las tareas ineludibles para orientar el diseño y realizar la evaluación de las políticas públicas que pretenden incidir en la mejoría de los niveles de salud de la población y modificar, así, los caminos que conducen a la muerte”.

Por último, Félix Alberto Mendoza Huesca en *Planeación Estratégica para la Calidad en Tabasco. Una historia de éxito*, detalla y ordena la rica experiencia de esta entidad en su movimiento para orientar la organización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) hacia nuevos escenarios. Al constituir en 1997 del primer Consejo Estatal de Calidad en los Servicios de Salud del país, Tabasco ha logrado impactar sobre un complejo reto de la gestión pública que, al decir de Mendoza, mostraba que: “las autoridades centrales consideraban que los resultados reportados por la Delegación eran insatisfactorios, el grupo delegacional tenía el mismo criterio respecto a los logros obtenidos por las unidades operativas y estas consideraban que las autoridades delegacionales y centrales no cumplían su deber al no apoyarlos como ellos esperaban y como culminación los derechohabientes no sentían que los servicios respondieran a sus necesidades”.

Esta entrega de *El Cotidiano*, nuevamente dedicada a los temas de la salud, se cierra con la publicación de los comentarios de cuatro “operadores” del sistema mexicano de salud, a seis trabajos de expertos “académicos” que reuniera el número 107, mayo-junio, de *El Cotidiano*. El interesante intercambio de puntos de vista entre “operadores” y “académicos” especializados en alguno o alguna de sus múltiples tareas, tuvo lugar la tarde-noche del miércoles 20 de junio del presente en la Casa del Tiempo de la UAM a propósito de la presentación del ejemplar temático de *El Cotidiano*. Francisco Nava comenta el trabajo de Patricia Ravelo y Sergio Sánchez, *Trabajadores de la salud y neoliberalismo (episodios de movilización en el IMSS)*, mientras que Roberto Lara examina los trabajos de Alfonso S. González Cervera/ Rosario Cárdenas, *Los servicios de salud y la calidad de vida ante el envejecimiento de la población mexicana* y de Víctor R. Zurita Saldaña, *Farmacoeconomía: una herramienta potencial para la toma de decisiones*. Por su parte, Manuel Santillana y Miguel Romero Téllez se ocupan de los artículos de Dafna Fienholtz Klip/Héctor Avila, *Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud*; Susana Lerner/Ivonne Szasz, *La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias* y Gustavo Leal F/Carolina Martínez S., *¿En la ruta del Seattle sanitario? La Organización Mundial de la Salud y su Informe sobre la salud en el mundo 2000*.

Finalmente, esta entrega vuelve refrendar la visión de Gabriel Zaíd: “la intervención editorial empieza por las prácticas (poco estudiadas) del autor que sabe reconocer la inspiración: leer en lo que no está escrito lo que está pidiendo nacer, lo que tiene algo que decir, de veras inédito”.²⁸

Gustavo Leal F.
Coordinador del número

²⁸ “Lo que pedía nacer” en *Letras Libres*, noviembre 2001.

Los trabajadores en la estrategia de calidad del IMSS

Arturo Garmendia*
Francisco Nava*

La implantación del Plan Integral de Calidad 1998—2000 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que asigna un papel protagónico a los trabajadores institucionales, al facultarlos para que, de acuerdo con su percepción y experiencia, propongan nuevos procesos o procedimientos para mejorar servicios sustantivos, demandó al Instituto y al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social diseñar sendas Estrategias de Calidad. Se ofrece aquí un apunte de los fundamentos teórico—metodológicos de la Administración de Calidad utilizados, un recuento de experiencias y un análisis de los resultados obtenidos en algo más de dos años de experimentación, concluyéndose con una propuesta para introducir mejoras concensuadas entre empresas y sindicatos en los servicios del Sector Salud.

Participación de los trabajadores en la mejora de la calidad

Buena parte de los esfuerzos de la administración de calidad, en el área de los recursos humanos, se dedica a remediar una división del trabajo que provoca una verdadera escisión del hombre: al separar la planeación y la ejecución de las tareas, e impedir por ese medio que el ejecutor piense, se ha privado al trabajador del uso de su inteligencia, lo que le conduce a la enajenación.

Numerosas investigaciones realizadas en los últimos años, entre otros por los así lla-

mados “gurús de la calidad” (véase Cuadro No. 1) han encontrado que el problema de la “desmotivación” de los trabajadores tiene su origen en el esquema de mando utilizado en la relación cotidiana de trabajo. Si la autoridad ejercida por los “jefes” de todos los niveles es vertical, unilateral y descendente, paternalista y autoritaria, la reacción que corresponde al personal solo puede ser de pasividad o rebeldía. Es un esquema desalentador de por sí, pues el trabajador no tiene posibilidad de encontrar en el trabajo la manera de satisfacer sus necesidades humanas, pertinentes todas ellas para encontrar la libre disposición de querer hacer bien el trabajo, por voluntad propia y realizarlo en efecto.

Sin embargo, si dicho esquema de autoridad es bilateral, flexible, participativo, que reconoce la posibilidad de los trabajadores de

* Dirección de Organización y Calidad, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

pensar y opinar; promueve la racionalización por parte de los trabajadores de su tarea, de tal manera que comprendan el alcance de la labor que desempeñan y la importancia de cada uno de los pasos a seguir en un procedimiento o rutina de trabajo; y si además se reconoce y estimula a quien lo merece, la respuesta es distinta: la motivación en este caso podrá realmente estar presente en los equipos de trabajo.

Es decir: el único camino capaz de llevarnos a la motivación es el establecimiento dentro de la Institución de mecanismos de administración o dirección de personal *participativos*, único medio para lograr el involucramiento del personal en la problemática del trabajo específico de un grupo, y de la Institución en general.

Es fundamental entender a la participación como un *proceso social* que, como tal, debe gestarse, iniciarse y recorrerse paso a paso, para garantizarnos que dicha participación será practicada en forma racional y bien orientada. De no entenderse como un proceso, se corre el riesgo de caer en la anarquía, el debilitamiento del principio de autoridad o simplemente de no conseguir realmente la participación buscada.

Este nuevo criterio de dirección de personal, basado en la participación y mediante la cual se pretende que los problemas de los grupos de trabajo sean analizados, racionalizados, discutidos por el grupo mismo, guiados y orientados por el jefe y no tan sólo como actividad privada de éste, requiere de una nueva mentalidad en el ejercicio de la autoridad, basada en el liderazgo auténtico y no en el poder o autoridad formal.

Es decir, al comprender que la participación es un proceso, primeramente debe inducirse su gestación a través de un proceso anterior al de participar: y este es *aprender a participar*. Deben aprenderse y practicarse métodos de análisis y resolución de problemas en grupo, adquirir el hábito de hacerlo e ir adquiriendo también experiencias vivenciales al respecto en los diversos grupos de trabajo.

La participación es un compromiso personal de los miembros de un equipo en la existencia del mismo, en la discusión, en su actividad general y en el logro de su misión.

En suma:

Cuadro 1 Los expertos de la calidad y la participación de los trabajadores	
Maestros	Recomendaciones
Philip B. Crosby	<ul style="list-style-type: none"> Instruir a todos los empleados para que cumplan con su parte en el mejoramiento de la calidad. Involucrados, despertando su interés personal. Alentar al personal para que comunique a la Dirección los obstáculos que enfrenta para lograr sus metas de mejoramiento. Reconocer y valorar a aquellos que participen activamente en el programa.
William Edwards Deming	<ul style="list-style-type: none"> Derribar barreras entre las áreas del personal. Todos deben trabajar como un equipo. Eliminar todo aquello que prive al trabajador del orgullo por su trabajo. Permitir a los empleados que tienen trabajos más activos participar en tareas intelectuales.
Kaoru Ishikawa	<ul style="list-style-type: none"> El control de la calidad es una responsabilidad de todos los trabajadores y de todas las divisiones. El operario de planta puede utilizar eficazmente todas las herramientas del control de calidad. La dirección no debe reaccionar negativamente cuando los hechos son presentados por los subordinados.
Joseph M. Juran	<ul style="list-style-type: none"> La planificación de la calidad debe dar participación a aquellos que serán directamente afectados por el plan. Los planificadores deben entrenarse en el uso de las herramientas y métodos de la calidad. Capacitar a los trabajadores en análisis de la información, para permitirles tomar decisiones con base en hechos. Ceder la responsabilidad del autocontrol a los trabajadores. Se plantea un sistema de recompensas.

Fuente: elaborado a partir del capítulo "Los expertos en calidad", en Bruce y Suzanne Brocka *Gestión de Calidad*, Javier Vergara Editor S.A., Buenos Aires, Argentina, 1994.

- La efectividad organizacional es una función del nivel de participación y compromiso de los miembros de una organización.

- Los altos niveles de participación y compromiso crean un sentido de propiedad y responsabilidad. A raíz de esta sensación de pertenencia surge una mayor dedicación a una empresa.

- Los costos del retrabajo y la mala calidad pueden reducirse al mínimo cuando cada miembro de una organización actúa con base en un consenso intuitivo de valores y no con base en un conjunto de reglas y reglamentaciones burocráticas.

- La participación de los miembros incrementa la vitalidad del equipo, su dinamismo, su identidad grupal, su valor creador.

- La participación es la conducción de las interacciones y, por ende, de la progresión del equipo hacia su madurez y hacia sus objetivos.

- Un grupo cuyos miembros no participan, se desintegra y muere.

Es tanta su relevancia, que maestros como el Dr. Deming atribuyen a la participación de los trabajadores, que es conocido que cuando acepta un cliente corporativo insiste en que se celebre una reunión de trabajadores, sin la presencia de autoridades, la cual se graba para que la gerencia pueda mirarla en una fecha posterior:

...cuando los trabajadores inician el diálogo no tardan en expresar sus frustraciones por no poder desempeñar el trabajo como ellos quisieran. Los trabajadores comprenden muy bien que a medida que mejora la calidad, también mejora la productividad. Saben que su empleo, más que el de la gerencia, depende de la acogida que su producto o servicio tenga en el mercado. A pesar de ello, nada pueden hacer por cambiar las cosas. Los trabajadores se quejan de que no saben lo que de ellos se espera. Los estándares cambian y los supervisores son arbitrarios. Rara vez se les proporciona una retroalimentación acerca de su trabajo. Las evaluaciones de desempeño (si las hay) nada tienen que ver con los aumentos de sueldo. Los trabajadores revelan que en realidad nunca han aprendido a hacer su trabajo. Quizá

fueron capacitados por otro trabajador, o se les dijo que leyeran las instrucciones. Cuentan que el equipamiento no funciona correctamente, y que sus solicitudes de ayuda son atendidas tardíamente, si es que son atendidas. El mantenimiento se hace a la ligera y rara vez en forma permanente. Los suministros pueden ser defectuosos pero nadie los atiende. La inspección saca a la luz los defectos y las deficiencias, pero nadie se ocupa de solucionarlos (...) la gerencia nunca les confiere autoridad alguna a los trabajadores, ni actúa sobre sus avisos o recomendaciones. Los empleados se decepcionan aún más.¹

Este ejemplo viene a reforzar las ventajas de la participación de los trabajadores en la mejora de los procesos de trabajo, pues al permitirles una participación en la mejora:

- Se desarrolla un espíritu de compromiso.

- Se incrementa la comprensión que los miembros tienen de los fines y objetivos organizacionales.

- Esta comprensión desarrolla una mayor apreciación del interés común y la interdependencia.

- Lo anterior conduce a un mejor clima de relaciones laborales y a una fuerza de trabajo más cooperativa.

- Las capacidades, el conocimiento y el interés de los empleados solo pueden conseguirse cabalmente si se les da la oportunidad de contribuir a través de alguna forma de participación.

- Aumenta la satisfacción y el bienestar laboral; y se reduce la rotación de personal y el ausentismo.

¿Productividad vs. Calidad?

Los esfuerzos pioneros para asimilar las nuevas teorías administrativas y las modernas herramientas para mejorar la calidad de los

¹ Walton, Mary. *Cómo Administrar con el Método Deming*, Grupo Editorial Norma, Colombia, 1988.

servicios al IMSS iniciaron en la década de los 70, cuando el área de capacitación institucional divulgó los principios de la teoría de Desarrollo Organizacional, que postulaba una administración participativa, con enfoque de motivación al trabajador y fomento del trabajo en equipo.

En enero de 1988, el Director General emitió el oficio circular número 158 con el que implanta, con carácter prioritario en todo el sistema, los círculos de calidad y desarrollo, como un canal de participación accesible al personal operativo en la formulación de planes y en la administración de los programas de que es responsable, a través de mecanismos que favorezcan también al desarrollo individual, grupal e institucional. La meta, al término de 1988, era contar cuando menos con un círculo en cada unidad de servicio. Hubo logros significativos, a pesar de que no se llevó a cabo la concientización de todos los directivos, situación que repercutió en una falta de apoyo para las propuestas de los involucrados.

Tampoco pensaron las autoridades institucionales en involucrar al Sindicato, y éste no mostró interés en participar en programas de mejora que no definían con claridad sus objetivos, ni los procedimientos para alcanzarlos y mucho menos que beneficios podrían traer a los trabajadores.

En el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, y ante la inminente firma del Tratado de Libre Comercio, la política oficial insistió en los temas de reconversión laboral, incremento de la competitividad de las empresas y de la productividad, concretando este último tema en la firma de convenios que se impusieron a los trabajadores por sus cúpulas sindica-



FOTO: MARIOS PALACIOS LUNA

les, hecho del que no tardaron en arrepentirse, como lo reconoció la CTM en un editorial de su semanario:

...somos el sector más convencido de la necesidad de elevar la productividad (...) sin embargo, en tiempos recientes, en nombre de la productividad y la modernización de la planta industrial, quienes han suscrito convenios de productividad han sufrido despidos masivos de obreros, mutilación de sus contratos colectivos de trabajo y procesos de reconversión industrial ajenos y fuera de la participación sindical.²

La autoridad institucional propuso reiteradamente al Sindicato la firma de un Convenio de Productividad, lo que desde la perspectiva sindical parecía más una moda que algo que agregara valor a los procesos de trabajo. La posición de la Dirección Sindical era que el problema del Instituto no se solucionaría por la vía de aumentar la cantidad de los servicios, sino por la de cumplir con los procedimientos estipulados en la regulación de la relación laboral. Se dio así, de una manera implícita un debate en torno a la disyuntiva productividad vs. calidad.

Por el lado de la institución, enmarcada como lo estaba por la política oficial, el problema central era conseguir aumentos en la producción por la vía de asegurar la asiduidad de los trabajadores y reducir el alto índice de rotación.

No se consideraba que tanto el ausentismo como la rotación del personal son elementos que permiten medir la satisfacción de

² Alzaga, Oscar. *et al. Legislación Laboral. Situación Actual y Perspectivas*, Cámara de Diputados, LV Legislatura, México, 1993.

los trabajadores de una institución y por lo tanto, más que un incremento en la productividad lo que se requería era modernizar las relaciones de producción dentro de la empresa. En palabras de Ishikawa, el Sindicato podría haber respondido:

...usted preocúpese por la calidad; la productividad y las utilidades vendrán por sí solas³
(Cf. Ishikawa, 1988)

Para entonces era claro que “en el IMSS prevalece el método tayloriano, en donde la alta dirección diseña las normas técnicas y procedimientos laborales, y los trabajadores deben limitarse a seguir las instrucciones que se les han fijado, haciendo caso omiso del factor humano al tratar a las personas como máquinas, causando resentimiento en los trabajadores, que demuestran con escaso interés por su trabajo. Cuando se trabaja para vivir y por obligación, la rotación y el ausentismo son desenfrenados”.⁴

El debate tácito entre productividad contra calidad se cerró temporalmente con las modificaciones al contrato colectivo de trabajo 1989-1991, en donde se establece que el Instituto, para reducir los índices de ausentismo, otorgará un estímulo por concepto de puntualidad y asistencia, reduciendo el tiempo de tolerancia al inicio de la jornada de 45 a 30 minutos, sustituyendo los días feriados por días de vacaciones y reestructurando el esquema vacacional de los trabajadores, entre otras modificaciones.

Los hechos han mostrado que los acuerdos alcanzados hasta esa fecha no contribuyeron a solucionar los problemas de ausentismo y rotación de personal, ni se alteraron las percepciones sobre la calidad de los servicios. Una vez más quedó demostrado que la baja calidad conlleva a la baja productividad, y no viceversa, como lo pregonan los modelos de calidad industriales, en donde se insiste que la productividad *per se* lleva a la calidad.

³ Ishikawa, Kaoro. *¿Qué es el Control Total de Calidad?*, Grupo Editorial Norma, Colombia, 1988.

⁴ Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, Sección III, Jalisco; “Hacia una propuesta de Calidad y Productividad en el IMSS”, *Cuaderno de Divulgación Científica No. 1*, México, 1996.

Sin embargo, el debate no concluyó aquí, sino que recién se inició. Como apuntaron bien editorialistas del órgano de prensa sindical:

Un proyecto de modernidad y productividad serio y responsable tiene que dejar de lado pretensiones políticas, es decir, debe hacer prevalecer el contenido social del proyecto y no meros alcances sexenales. Tiene que partir de la realidad para garantizar su viabilidad y no tratar de establecer su aceptación por mecanismos publicitarios.

Para los trabajadores un proyecto de esta magnitud debe permitirnos trabajar en mejores condiciones, prestar un mejor servicio y estar en posibilidades de una más rápida recuperación salarial.⁵

Plan Integral de Calidad

Tras esta experiencia, el tema de la productividad se abandona y en la administración institucional se incorporan, sucesivamente, diversas metodologías y herramientas relacionadas con la teoría de la calidad, que si bien no lograron consolidarse como alternativas viables por distintas razones si despertaron interés en algunos sectores directivos y sindicales, crearon corrientes de discusión ideológica, generaron experimentos prácticos en delegaciones y unidades operativas y, en general, prepararon el terreno para impulsar propuestas más complejas y ambiciosas.

Quienes impulsaron todas esas acciones de mejora eran directivos de la operación; y en algunos casos se contó con la participación de representantes sindicales seccionales, como en la Sección III Jalisco del SNTSS. El saldo de este cúmulo de experiencias fue en el sentido de que para poder seguir adelante era necesario incluir, desde el diseño de las mejoras hasta su concreción en nuevos procedimientos, a los trabajadores involucrados en los procesos de trabajo sustantivos y además contar con el compromiso de la alta dirección institucional y sindical.

⁵ *Seguridad Social* No. 38. “No Habrá Modernización sin los Trabajadores”, Editorial, México, noviembre de 1993.

Durante 1997 la dirección institucional auspició una serie de reuniones, a las que asistían los titulares de las áreas institucionales para formular un proyecto estratégico que sistematizara las experiencias anteriores, agregara los elementos faltantes y orientara al Instituto hacia la revisión y mejora de sus procesos de trabajo. A estas reuniones fueron invitados representantes sindicales del Comité Ejecutivo Nacional; y todos los asistentes, apoyados por un grupo de expertos en el tema de calidad, dieron cuerpo a una estrategia que se concretó primero en el Plan Integral de Calidad, que fue propuesto al y aprobado por el H. Consejo Técnico en noviembre de 1997, y poco después en la constitución de la Dirección de Organización y Calidad, cuyo titular, el Lic. Roberto Lara Arreola, se convirtió en la autoridad institucional encargada de conducirlo.



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

La redacción del Plan Integral de Calidad, consensuada por la alta dirección institucional y aprobada por el H. Consejo Técnico, contiene conceptos como los siguientes:

Objetivo general: “consolidar las acciones institucionales y sindicales que impulse de manera unificada la cultura de la calidad y garanticen el mejoramiento interno de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los derechohabientes, estimulando y reconociendo a sus trabajadores como los actores principales de este proceso”.⁶

Objetivos estratégicos:

- Mejorar la calidad de los servicios, para dar satisfacción a los usuarios.

- Modificar y rediseñar los sistemas de atención.
- Adecuar los procesos institucionales y propiciar su correcta interrelación.
- Implantar el desarrollo de una cultura de calidad.
- Generalizar y estandarizar el cambio.
- Someter a protocolos de investigación las propuestas de mejora que se generen en el proceso.

Estrategias:

- Involucrar a la estructura institucional y a la representación sindical en el cambio.
- Respetar e impulsar las iniciativas de mejora que ya están en marcha, tanto a nivel delegacional como regional.
- El cambio debe iniciarse en el seno de la operación, ahí donde se produce el encuentro de la institución con los usuarios.
- Se impulsarán los procesos de auto-gestión y la desconcentración de recursos a la operación.
- Aquellos proyectos de mejora que hayan probado su éxito se asegurarán en la normatividad, organización, mediciones y cultura.

⁶ IMSS-SNTSS, *Plan Integral de Calidad*, 1998.

- Finalmente, se incorporarán a los procesos mecanismos de auditoría básicos, en los que se considerará la opinión del usuario; y se implementarán sistemas de evaluación relacionados con el otorgamiento de premios y estímulos a la calidad.

Se consideraba que el proceso general del Plan Integral de Calidad estaría constituido por cuatro fases: la primera fase referida a la formación de un Equipo Estratégico; en igualdad de condiciones por representantes de institucionales y sindicales; la segunda a la integración de Equipos Guía de Servicios, para elaborar diagnósticos de las áreas a mejorar y señalar objetivos, estándares e indicadores; la tercera a integrar Equipos Estratégicos de la Operación, conformados por las autoridades delegacionales y representantes de las secciones sindicales, para dirigir y orientar la movilización por la calidad de los trabajadores en sus centros de trabajo; y la cuarta y última fase, que aprobaría los cambios propuestos y prepararía su implantación, allegando a la operación los recursos necesarios para su generalización a todo el sistema y premiando los esfuerzos de los trabajadores.

Estrategia Sindical de Calidad

Durante 1998, primer año de operación del Plan Integral de Calidad, el SNTSS no participó orgánicamente en la estructura pero siguió con interés el desarrollo del proceso y aun permitió la participación de expertos de la operación en los Equipos Guía de Servicios, que planearon las mejoras necesarias en los cinco servicios seleccionados para la primera etapa del Plan.

A principios de 1999, Instituto y Sindicato firmaron un "Acuerdo de Voluntades" para impulsar la calidad de los servicios y garantizar la plena satisfacción de los derechohabientes y trabajadores del IMSS, a partir de impulsar conjuntamente el Plan Integral de Calidad. De esta manera se lograría una aportación concreta a la defensa de la Seguridad Social, partiéndose de la premisa fundamental de que, sin la participación voluntaria y convencida de los trabajadores de base, es imposible la mejora de los procesos de trabajo dentro del

Instituto. Asimismo, el Plan reconocía no sólo la bilateralidad sino también la corresponsabilidad entre empresa y sindicato en todas las acciones que pretendieran mejorar la calidad de los servicios.

La integración del SNTSS a la conducción del Plan Integral de Calidad le demandó el trazo de una estrategia político-sindical para la calidad, cuyos rasgos principales se sintetizan en los siguientes puntos:

- El fortalecimiento del Instituto como pilar de la Seguridad Social, como instrumento solidario y redistributivo, a través del mejoramiento de la calidad de sus servicios.

- Asegurar la presencia del SNTSS en todas las acciones y negociaciones tendientes a mejorar la calidad de los servicios. De esa manera se abre la posibilidad para que los trabajadores podamos participar en el control de nuestra materia de trabajo y rescatarla bilateralmente entre empresa y sindicato.

- Lograr, a través de la negociación para mejorar la calidad de los servicios, la retribución económica correspondiente a los esfuerzos que se realicen.

- Observar siempre que el principal responsable de la calidad es el IMSS como patrón; los trabajadores asumimos nuestra responsabilidad en el grado que nos corresponda.

- El Plan no sustituye la gestión sindical. El cumplimiento del Contrato Colectivo de Trabajo es el factor fundamental del ejercicio sindical.

- Evitar cualquier negociación individualizada empresa-trabajador.

- La participación que se abre con el Plan es, concretamente, sobre los procesos de trabajo y su normativa, que los compañeros de base que se encuentran diariamente en el proceso operativo conocen a la perfección.

- No se aceptará que por mejoramiento tecnológico o de los procesos de trabajo se pierdan plazas; más bien se buscare siempre la capacitación técnica de quienes requieran un perfil profesional y/o técnico diferente.

- Se crea la Comisión Sindical para la Calidad de los Servicios, encargada del diseño y seguimiento del Plan.

- El IMSS debe asumir el compromiso de suministrar toda la información estadística y documental que se requiera.⁷

Para el Sindicato quedó claro que el Plan era una oportunidad para consensuar mejoras impostergables, largamente demandadas por los derechohabientes, así como la posibilidad de influir en la modernización de los procesos de trabajo sin perjudicar a los trabajadores con nuevas responsabilidades, negociadas al margen del Contrato Colectivo de Trabajo.

En primer lugar se aseguraba un papel protagónico a los trabajadores en el diseño de nuevos y mejorados procesos de trabajo, establecidos mediante consensos y no autoritaria y verticalmente, lo que incidiría a la vez en la satisfacción de los derechohabientes y los trabajadores del IMSS.

Se garantizaba también la permanencia y respeto a los distintos niveles de autoridad, tanto institucional como sindical, a través de la creación de una estructura soporte que haría más fluido el diálogo y por tanto permitiría dirimir diferencias de opinión sin incurrir en los riesgos y presiones inherentes a la negociación contractual, toda vez que ésta se llevaría a cabo en los tiempos e instancias correspondientes, pero con la ventaja de llegar a ellos con consensos previos.

Las propuestas de mejora tendrían la ventaja de haber incorporado la opinión de expertos operativos y normativos, y la de haber sido sometidas a una experimentación que permitiría su ajuste y probaría su viabilidad antes de su implantación.

Así pues, a través del Plan Integral de Calidad la dirección sindical ha explicitado, formalizado y mantenido un compromiso con la mejora de la calidad de los servicios, con la modernización institucional y con la defensa de la gestión pública.

⁷ Comisión Sindical para la Calidad de los Servicios. *Estrategia Sindical para la Calidad de los Servicios*. Documento presentado en los talleres para los Equipos Estratégicos de la Operación, México, septiembre de 2000.

Resultados y retos

El Plan generó una gran movilización por la calidad a la que se sumaron los esfuerzos de trabajadores que por décadas habían intentado aportar sus conocimientos y experiencias a la mejora de la Institución, pero que no encontraban un cauce adecuado para su consolidación. Esta participación dio lugar a la constitución de cientos de equipos de trabajo, generosos y comprometidos con la Seguridad Social, en los que participaron miles de trabajadores.

Dicha movilización tuvo, en un principio, diversos alcances: ahí donde se carecía de una orientación metodológica y el Equipo Estratégico de la Operación no alcanzó a apoyar adecuadamente los esfuerzos de los trabajadores, los Equipos de Proyecto tuvieron una vida breve y se generó cierto desencanto; sin embargo, con la difusión de la “Guía de Trabajo para los Equipos Estratégicos de la Operación” y de las herramientas de la calidad, se logró dar certidumbre a la



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

operación y la movilización alcanzó coherencia metodológica. Sin embargo, habrá que reconocer que sólo donde se produjo el involucramiento y apoyo, tanto de los directivos institucionales como los representantes sindicales a los Equipos de Proyecto, se pudieron alcanzar resultados exitosos.

En este sentido, y como era de esperarse en un proyecto de la envergadura del Plan, el avance en los cinco servicios estratégicos, Consulta de Medicina Familiar, Consulta Externa de Especialidades, Servicio de Cirugía, Servicios de Urgencias y Surtimiento de Recetas, fue desigual, en función de las fortalezas y debilidades que se encontraron los Equipos al detectar problemas y proponer soluciones para cada uno de ellos.

La apreciación anterior nos indica la existencia de resultados alentadores en la mayor parte de los proyectos emprendidos; pero debe reconocerse que algunos, por diversas circunstancias, no lograron el impacto que se propusieron y otros se han estancado y necesitan apoyo para reencontrar el camino. También debe mencionarse que muchas unidades operativas, a pesar de tener deficiencias en su operación, no se involucraron en esta estrategia participativa para gestionar la calidad de sus servicios.

De otra parte debe reconocerse que el Plan no ha recorrido las cuatro fases previstas. Si bien se avanzó en las tres primeras, la cuarta, Generalización del Cambio, no ha sido concluida. De acuerdo con el Plan, del conjunto de proyectos exitosos debía resultar un nuevo modelo de servicio mejorado, debidamente consensuado por las partes, que sería propuesto al Equipo Estratégico, es decir, a las altas autoridades institucionales y sindicales para su aprobación y consecuente implantación en las unidades operativas, una vez negociados los estímulos económicos comprometidos.

Esta situación es un reto que la Institución y el Sindicato deben enfrentar y resolver para hacer avanzar al Plan Integral de Calidad. Para ello se cuenta con la documentación correspondiente a dos de los servicios que alcanzaron las expectativas depositadas en ellos: Consulta de Medicina Familiar y Servicios de Urgencias.

Saldos del Plan Integral de Calidad

En el IMSS se puede hablar de un movimiento por la calidad, que ya se prolonga por más de una década y que trasciende tanto por sus logros como por sus enseñanzas. El Plan Integral de Calidad IMSS-SNTSS ha sido acogido con entusiasmo por los trabajadores, y aún por los niveles directivos más próximos a operación de los servicios.

Aun sin culminar, la tesis formulada por los expertos en calidad en el sentido de que sólo los trabajadores tienen, a partir de su práctica cotidiana, la visión y la experiencia práctica necesarias para mejorar o reconstruir los procesos de trabajo, se ha demostrado. Los proyectos exitosos y el *benchmarking* llevado a la práctica en los servicios de Medicina Familiar y Urgencias permiten concluir que las mejoras prácticas propuestas convergen en nuevos modelos viables para la mayoría de las unidades operativas.

Se probó también que es viable construir, sin alterar los compromisos contractuales, una nueva relación entre Instituto y Sindicato, basada en:

- La comunión de objetivos
- Corresponsabilidad
- Confianza mutua
- Comunicación fluida
- Transparencia en los actos
- Participación operativa, y
- Toma de decisiones por consenso.

Este proyecto es posible porque se basa en la premisa de que ambas partes respetarán la autonomía de su contraparte, que se deriva de los respectivos ordenamientos y estatutos que rigen la vida interna de cada uno de ellas.

Finalmente, la trascendencia de este proyecto está dada por haber inaugurado un camino hacia la calidad de las instituciones, sin comprometer las conquistas de los trabajadores ni violentar la vida interna de los sindicatos.

P

lan integral de calidad 1998-2000: experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Roberto Lara Arreola*

En este artículo se documentan las experiencias más significativas en la implantación del Plan Integral de Calidad 1998-2000, en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El proyecto tiene por objetivo mejorar la calidad en la prestación de cinco servicios sustantivos: Consulta de Medicina Familiar, Consulta de Especialidades, Servicios de Urgencias, Servicio de Cirugía y Surtimiento de Recetas en Farmacias. Se detallan cambios estructurales, metodología, enfoque al usuario, sistemas de información, alianza con el Sindicato e impactos de la Movilización por la Calidad resultante.

Han pasado ya más de tres años desde que el Instituto Mexicano del Seguro Social creó un área específica para impulsar la implantación de la cultura de calidad: La Dirección de Organización y Calidad. Pero antes, a lo largo de más de dos décadas, ésta y otras disciplinas complementarias (revisión de expedientes clínicos, círculos de calidad, planeación estratégica, herramientas de calidad, enfoque al usuario, etc.) habían venido experimentándose en el Instituto, tanto en el plano normativo como en el operativo.

Muchos fueron los precursores de esta corriente administrativa, que transitaron o todavía permanecen en el IMSS. Entre otros, es necesario reconocer la labor pionera en el ámbito del servicio médico de los doctores González Montesinos, González Posada, Héctor

Aguirre Gas, Enrique Ruelas Barajas, José Navarro y la Dra. Knockenhauer. Sus experiencias forman parte de un proceso cultural, del que el Instituto continúa cosechando resultados.

La Unidad de Organización y Calidad fue creada en diciembre de 1997 por iniciativa del entonces Director General de la Institución. Nació como corolario del proceso de modernización que dio inicio con la reforma a la Ley del Seguro Social en 1995, que entró en vigor en julio de 1997, despertando grandes expectativas en el ámbito institucional.

Sin embargo, para el pequeño grupo de colaboradores que tuvimos el privilegio de encabezar dicha Unidad en su primera etapa, el panorama no estaba suficientemente claro. Contábamos con un Plan Integral de Calidad, que había sido elaborado por un grupo de trabajo que integraba al total del Cuerpo de Gobierno Institucional y aún a representantes del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, pero quedaba pendiente de construir la estructura

* Exdelegado, exdirector regional y exdirector normativo del Instituto Mexicano del Seguro Social. En 1998 fundó la Dirección de Organización y Calidad. Actualmente, se desempeña como Contralor General del IMSS.

orgánica que se ocuparía de la concertación del plan y, más importante aún, del diseño de la Estrategia de Calidad que permitiría consolidar la tarea encomendada.

Como es natural, a lo largo de los tres años siguientes se diseñó el marco regulatorio interno que reflejara las adecuaciones de la estructura orgánica a las funciones del propio desarrollo de las actividades del Plan, y a su vez estas nuevas funciones eran reflejo de nuevas prácticas que se incorporaban a la estructura general del área que daba cobijo a este nuevo proyecto, que en el camino adquirió el rango de Dirección Normativa.

Las conclusiones que a continuación enlisto, están dirigidas a evaluar las condiciones y requerimientos que deben formar parte de una Estrategia de Calidad en instituciones como la nuestra, por ello destaca en esta revisión el enfoque de la experiencia práctica.

Compromiso directivo

El cambio de enfoque de una Institución orientada a la producción de servicios para consumo masivo (estandarizados de acuerdo a un diseño interno) a una Institución con enfoque de satisfacción al usuario, es decir, a una que se oriente por la Administración y por la Calidad, pasa ineludiblemente por el compromiso de sus directivos con esa misión.

Los cambios estructurales, funcionales y particularmente los que se requieren en la cultura laboral, no se producen por decreto, sino que se construyen en la dinámica interna de la Institución, gracias al involucramiento de los cuerpos directivos, cualesquiera que sea su nivel, con la transformación en marcha.

Así, el Plan Integral de Calidad se vio favorecido por el gran interés que el Director General depositó en él; pero no toda la estructura directiva secundó su apoyo, e independientemente de la responsabilidad personal que me corresponde en los resultados, lo cierto es que sufrió demoras y contratiempos por parte de quienes no entendieron el proyecto o, por diversas razones, no lo favorecieron.

Satisfacción del usuario

Punto nodal en la Estructura de Calidad, es detectar la percepción de los usuarios sobre los servicios que le ofrecen, en el entendido de que un plan de calidad no puede abarcar la totalidad de los mismos, y menos aún en su etapa inicial. En este sentido, el Plan Integral de Calidad determinó que los servicios estratégicos a los cuales debería abocarse surgirían del análisis del sistema de quejas, llegándose a la conclusión de que los servicios a mejorar deberían ser: Consulta de Medicina Familiar, consulta de Especialidades, servicios de Urgencias, servicio de Cirugía y surtimiento oportuno y completo de Recetas.

Estructura soporte

Un principio básico de esta disciplina es destacar el valor agregado que aporta al análisis de los problemas a resolver el personal de base: es la operación la que está en la primera línea de contacto con el paciente; conoce y aplica los procedimientos de atención al usuario y por tanto es más sensible a los problemas y carencias para la satisfacción de la demanda que los cuerpos directivos. Se requería por tanto incorporar a los trabajadores del Instituto en el proyecto de mejora que iba a implementarse.

Pero ante una estructura rígida como la que priva en la Institución, donde la norma y el Contrato Colectivo de Trabajo son poco flexibles, era necesario construir una estructura paralela, donde las cadenas de mando institucional y sindical no asfixiaran las iniciativas de los expertos de la operación.

Como resultado de esta condición, el Plan Integral de Calidad creó una “estructura soporte”, conformada por un *Equipo Estratégico*, donde la alta dirección institucional y sindical consensuaban las características estratégicas de la mejora a emprender, en cada una de sus fases; los *Equipos Guía de Servicios*, formados por expertos normativos, sindicales y de la operación, analizaban en lo general las especificidades de los servicios a mejorar, para orientar la labor de la operación; los *Equipos Estratégicos de la Operación*, integrados

por el Delegado y su cuerpo de gobierno, mas el Secretario General Seccional del SNTSS y su personal de apoyo, para coordinar y autorizar la experimentación de mejoras en los servicios seleccionados, tarea de los *Equipos de Proyecto*, último y más importante eslabón de la cadena, en la medida en que ahí el personal de base y los expertos de la operación, al margen de jerarquías podían discutir ampliamente los problemas de los servicios, las causas de la insatisfacción de los clientes, ensayar mejoras, medir los procesos y proponer alternativas de solución, que deberían ascender por la estructura soporte para recibir el visto bueno de las autoridades, quienes determinarían su generalización.

Aquí, el propósito era hacer partícipe al Sindicato en la gestión de los cambios desde su origen, ganar su confianza y credibilidad en la medida en que eran los propios trabajadores quienes sugerían modificaciones a los procesos de trabajo y las actividades laborales, y asegurar su autorización de una manera más asequible y consensuada.

Aspectos metodológicos

El precedente institucional de dos décadas de experimentación en diversas disciplinas de la administración por calidad fue, simultánea-



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

Alianza con el Sindicato

En tanto que el propósito del Plan de Calidad era modificar la manera en que se ofrecen los servicios institucionales, resultaba evidente la necesidad de contar con el apoyo del Sindicato: cualquier cambio en la descripción de procedimientos y/o profesiogramas afecta necesariamente el Contrato Colectivo y deriva en una negociación salarial.

mente un obstáculo y una ventaja: en algunas delegaciones el conocimiento previo de algunas herramientas de calidad frustró la introducción de una metodología más amplia, y su empleo sistemático. En otras, en cambio, favoreció su desarrollo y permitió avances más rápidos en la modificación de los procesos.

De cualquier manera, se avanzó en la capacitación de un número significativo de

facilitadores formados en la *Ruta de la Calidad*, que no es más que la aplicación de una serie de criterios lógicos para resolver problemas de administración de procesos, utilizando para el efecto distintas herramientas de calidad, en una secuencia lógica que documenta cada paso del proceso.

Al mismo tiempo se avanzó en la divulgación de la cultura de la medición de los procesos mediante indicadores y estándares de productividad, eficacia, eficiencia y calidad.

Voz del usuario

Uno de los problemas más importantes fue el de cómo medir la calidad de los servicios, cómo controlar los procesos y determinar a partir de qué parámetros monitorear los eventuales resultados de los equipos de proyecto, hacer su seguimiento y ver si las tendencias nos hablaban de un progreso hacia la calidad, con satisfacción tanto del usuario como del prestador de servicios.

Como respuesta a estas interrogantes, se diseñó un conjunto de sistemas de información

comportamiento numérico de la Movilización por la Calidad, término éste con el que nos referimos a la respuesta operativa al Plan Integral de Calidad.

Sistema de Información del Plan Integral de Calidad

Integrado con base en reportes bimestrales producidos por las delegaciones y enviados a la Coordinación de Evaluación de la Calidad para su procesamiento, el Sistema de Información del PIC permitió conocer los avatares de los equipos de proyecto que experimentaron mejoras en los servicios seleccionados, en el periodo en análisis.

Así se estableció, para cada periodo bimestral, cuántos equipos nuevos se habían constituido y cuántos se habían dado de baja por diversas razones (desinterés por parte de sus integrantes, falta de apoyo de los directivos o insuficiencia metodológica para sistematizar la experimentación de mejoras, entre las causas más frecuentes), y el número de proyectos en activo, desglosado por nivel regional (véase Cuadro No. 1) y aun delegacional.

Cuadro 1 Plan integral de calidad 1988-2000 desarrollo de proyectos												
Región	1998				1999				2000			
	Inicia- dos	Cance- lados	Vigen- tes	Con result.	Inicia- dos	Cance- lados	Vigen- tes	Con result.	Inicia- dos	Cance- lados	Vigen- tes	Con result.
Siglo XXI	74	5	69	14	101	16	85	80	184	24	160	89
La Raza	45	6	39	0	55	9	46	43	100	6	94	57
Norte	74	4	70	4	84	12	72	46	171	5	166	77
Occidente	34	0	34	0	63	27	36	20	65	7	58	33
Noroeste	30	5	25	0	35	17	18	11	38	4	34	19
Sur	53	3	50	1	75	15	60	40	203	26	177	96
Oriente	29	9	20	5	31	3	28	25	54	0	54	35
<i>Total</i>												
<i>Nacional</i>	339	32	307	24	444	99	345	265	815	72	743	406

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación.

y encuestas a usuarios, que atienden las distintas facetas de la búsqueda de la calidad en el Instituto. Además, se implantó un Sistema de Información, de intención meramente estadística, mediante el cual puede apreciarse, en términos cuantitativos, las dimensiones y el

Como puede apreciarse en dicho cuadro, de los 743 proyectos que se implantaron y desarrollaron todo el proceso de experimentación, entre 1998 y 2000, 406 alcanzaron los resultados que se propusieron en sus metas, lo que arroja un resultado de un 54.6% de efectividad.

También puede apreciarse que conforme pasó el tiempo, el número de proyectos con resultados aumentó proporcionalmente, ya que en el primer año el porcentaje de efectividad fue de 7.8%; 76% el segundo año y, como queda dicho, 54.6% el tercero.

Puede observarse también que, desde el punto de vista cuantitativo, las regiones más comprometidas con el Plan fueron la Sur, Norte, Siglo XXI y La Raza, por tener un mayor número de proyectos; pero el dato es confiable solo de una manera relativa, por haber en ellas un mayor número de delegaciones.

Cualitativamente hablando, el cuadro refiere a las regiones Norte, Sur y Siglo XXI, por tener un mayor número de proyectos exitosos.

El total de los trabajadores involucrados en los proyectos de mejora, a lo largo de los tres años reseñados, que se presenta en el Cuadro 2, fue de 9,723 personas, concentrán-

Cuadro 2 Número de trabajadores involucrados en proyectos				
<i>Región</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>Total nacional</i>
Siglo XXI	400	652	1,162	2,254
La Raza	317	342	571	1,230
Norte	375	485	1,216	2,076
Occidente	252	299	487	1,038
Noroeste	123	130	222	475
Sur	393	456	1,154	2,003
Oriente	115	187	345	647
Total Nacional	2,015	2,551	5,157	9,723

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación.

dose el mayor número de ellas también en las regiones Norte, Sur y Siglo XXI, con totales parciales de más de 2 mil trabajadores; el doble respecto a sus homólogas más cercanas (La Raza y Occidente) y el cuádruple respecto a las regiones más pequeñas (Noroeste y Oriente).

Debe ser resaltado que, por la naturaleza de los servicios seleccionados, la gran mayoría del personal participante es médico, y que cada equipo de proyecto estuvo por lo general coordinado por directivos de unidades médicas.

Ahora bien, por lo que toca a la cobertura del Plan Integral de Calidad en unidades médicas institucionales, el Cuadro 3 muestra que algunas delegaciones prefirieron concentrar sus esfuerzos en algunas cuantas unidades, deplegando en ellas una mayor proporción de proyectos, mientras otras diversificaron su experimentación. En cifras globales, en las mil 328 unidades médicas existentes se implementaron proyectos, el primer año, en 136 unidades, el 10.2 % de ellas. En 1999 la cobertura subió a un 30% y en el año 2000 descendió a 23%. No obstante, incluir aproximadamente al 25% de las unidades como ámbito de experimentación parece suficiente y adecuado.

Finalmente, en el Cuadro 4 se muestra la distribución de proyectos por servicio seleccionado, con la apreciación de que Consulta de Medicina Familiar se vio favorecida, anualmente, con un mayor número de equipos de proyecto: 102, 116 y 112, respectivamente. El segundo rango es ocupado por los Servicios de Urgencias,

Cuadro 3 Cobertura del PIC en unidades médicas									
<i>Región</i>	<i>1998</i>			<i>1999</i>			<i>2000</i>		
	<i>Unidades exist.</i>	<i>Unidades c/proy.</i>	<i>Cobertura PIC</i>	<i>Unidades exist.</i>	<i>Unidades c/proy.</i>	<i>Cobertura PIC</i>	<i>Unidades exist.</i>	<i>Unidades c/proy.</i>	<i>Cobertura PIC</i>
Siglo XXI	138	31	22.5%	138	58	42.0%	138	67	48.6%
La Raza	150	26	17.3%	150	65	43.3%	150	43	28.7%
Norte	312	26	8.3%	312	108	34.6%	312	68	21.8%
Occidente	267	19	7.1%	267	40	15.0%	267	27	10.1%
Noroeste	164	13	7.9%	164	8	4.9%	164	14	8.5%
Sur	247	12	4.9%	247	95	38.5%	247	73	29.6%
Oriente	50	9	18.0%	50	24	48.0%	50	13	26.0%
Total Nacional	1,328	136	10.2%	1,328	398	30.0%	1,328	305	23.0%

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación.

con un total de 175 equipos de proyecto en tres años, y el tercero recae en Consulta de Especialidades, con 164 equipos en el mismo periodo.

Cuadro 4 Distribución de proyectos por servicio			
<i>Región</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
Medicina familiar	102	116	112
Especialidades	44	63	57
Urgencias	57	55	63
Cirugía	45	47	57
Farmacia	43	28	49
Afiliación-cobranza	0	0	19
Prestaciones económicas y soc.	0	0	7
Varios	16	36	379
Total	307	345	743

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación.

El cuarto y quinto lugares corresponden a Cirugía y Surtido de Recetas, con 149 y 120 equipos, respectivamente. Como conclusión numérica final, podría afirmarse que en el periodo de experimentación se formaron de cada servicio entre 120 y 175 equipos de proyecto, con excepción de Consulta de Medicina Familiar que integró más de 300 equipos en el mismo lapso.

De otra parte, resulta interesante advertir que en el primer año se formaron 16 equipos clasificados como "especiales", esto es, que no corresponden a ninguno de los servicios seleccionados sino que, a iniciativa de la operación, se aplicó la metodología proporcionada para mejorar otras áreas de oportunidad, en ocasiones con excelentes

resultados. Para 1999, los proyectos especiales aumentaron a 36, y el año pasado se incrementaron 19 en el área de Afiliación-Cobranza; 7 en Prestaciones Económicas y Sociales y ¡379!, poco más de la mitad de proyectos inscritos, en otras muchas diferentes áreas.

Aventurando una explicación a este fenómeno, podríamos decir que pareciera que, en las condiciones actuales, la operación considera que ya no es posible seguir avanzando en los servicios seleccionados, quizás porque han topado con impedimentos de tipo administrativo o económico, y prefiere aplicar su creatividad a otras áreas de oportunidad.

Resultados del Plan Integral de Calidad

Presentamos a continuación, en el Cuadro 5, los resultados de los indicadores relacionados con los servicios estratégicos seleccionados por el Plan Integral de Calidad, para procurar su mejora, en el periodo 1998-2000, incluyendo la referencia del año anterior, 1997:

- En tiempo de espera para recibir Consulta de Medicina Familiar el estándar institucional es de 30 minutos o menos y ha sido alcanzado a nivel nacional este año 2000, de manera generalizada; y aún rebasado por todas las regiones. Esto con-

cuerda con el hecho de que en este servicio se concentró el mayor número de equipos de proyecto, con una cobertura de 23% de las unidades médicas existentes, y un mayor número de proyectos exitosos.



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

Cuadro 5
Resultados de la operación 1997-2000 de los cinco servicios estratégicos del PIC

Indicador	Valor Nacional	Siglo XXI	La Raza	Regiones					Promedio Nacional
				Norte	Occidente	Noroeste	Sur	Oriente	
Tiempo de espera para recibir consulta en Medicina Familiar	1997	46	44	39	33	35	24	57	40
	<30' 1998	30	34	38	28	26	24	49	43
	1999	28	31	40	31	29	25	31	31
	2000	18	22	20	19	20	18	19	20
Tiempo de espera para recibir atención médica en Urgencias	1997	19	16	35	18	25	12	54	25
	<15' 1998	14	16	20	15	11	14	25	16
	1999	14	13	18	14	18	12	30	17
	2000	10	10	16	12	15	12	14	13
Estancia en observación en Urgencias de Segundo Nivel	1997	18	18	7	13	11	11	20	14
	<18hrs 1998	14	15	9	12	11	11	14	12
	1999	14	16	9	14	12	9	13	12
	2000	10	15	10	11	11	9	9	11
Oportunidad en consultas de Especialidades de Segundo Nivel	1997	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	100% 1998	74	52	73	69	32	71	47	60
	1999	89	66	63	60	40	75	80	66
	2000	95	81	80	75	72	94	95	85
Oportunidad en atención quirúrgica en Segundo Nivel	1997	53	48	36	54	42	77	84	56
	100% 1998	76	75	45	59	28	69	73	61
	1999	86	68	55	64	57	73	73	68
	2000	97	84	72	80	70	91	91	84
Recetas surtidas en forma completa en Unidades de Primer Nivel	1997	91	85	90	91	92	95	94	91
	98% 1998	96	86	96	91	89	89	99	92
	1999	91	94	94	93	90	94	96	93
	2000	96	97	94	95	97	95	94	95

Fuente: Sistema ECO, Coordinación de Evaluación de la Calidad.

- En tiempo de espera para recibir atención médica en Consulta de Urgencias el estándar es de 15 minutos y también ha sido alcanzado a nivel nacional, y aún rebasado en el caso de cinco de las siete regiones. El dato es coherente con el número de equipos de proyecto implantados en el servicio y su cobertura en unidades.

- Por lo que toca al tiempo de estancia en la Sala de Observación de Urgencias, hubo un avance importante de las 14 horas en 1997, a 11 en el 2000, pero no se logró abatir el indicador nacional al nivel del estandar institucional de 8 horas. Las regiones Sur y Oriente se aproximaron más a conseguirlo, ubicándose en 9 horas, haciendo un esfuerzo relevante esta última, pues descendió de 20 horas en 1997 al nivel señalado. Por el contrario, la Región Norte, que partió de una notable anotación de 7

horas, vio impactados sus servicios de urgencias hasta alcanzar las 10 horas este año.

- El porcentaje de Oportunidad en Consulta de Especialidades, que debe otorgarse en un plazo máximo de 10 días y cumplirse al 100% tampoco ha sido alcanzado. Este indicador no estaba en uso en 1997. Al implantarse en 1998 se ubicó en un 60% y el año siguiente se incrementó a 66%, lo que habla del sustantivo incremento que ha tenido la demanda de atención médica especializada, por el efecto combinado de la transición poblacional y epidemiológica, así como por la crisis económica. Regionalmente se puede observar que no obstante ello las demarcaciones Siglo XXI, Norte, Oriente y Occidente combatieron con eficiencia el rezago, y contribuyeron finalmente a elevar el promedio nacional, al final del periodo, a 83%.

- Con referencia a la Oportunidad de la Atención Quirúrgica, que debe igualmente otorgarse en un plazo de 10 días y cumplirse al 100%, ha habido un mejoramiento permanente (de 52 a 84%) y no una involución como en el caso anterior. Quien ha sido más persistente en su esfuerzo es también la Región Siglo XXI, con un 97% de cumplimiento.

- Finalmente, el porcentaje de Recetas surtidas en forma completa, aún sin alcanzar la meta, ha avanzado del 91 al 95%, y regionalmente dos áreas (La Raza y Sur) tienen resultados superiores al promedio nacional.

Como puede advertirse, en el curso de los tres años que analizamos los cinco servicios seleccionados lograron éxitos, si bien solo dos de ellos alcanzaron la meta en términos netos. En surtido de Recetas casi se alcanzó, y los servicios del segundo nivel de atención alcanzaron avances notables, si bien es necesario redoblar esfuerzos en pos de la satisfacción de sus usuarios.

Resultados en los cinco servicios

Consulta de Medicina Familiar

La calidad percibida por los usuarios de la consulta de Medicina Familiar se relaciona en su mayor proporción con el tiempo de espera y tiene un impacto muy importante en la población por el volumen de consultas que se otorgan. Los elementos del proceso que se han estudiado y las mejoras probadas se refieren principalmente a:

- Organización de la consulta a través de la cita
- Información al usuario
- Certificación de vigencia de derechos

De las estrategias más exitosas que se han implantado en la mayoría de las delegaciones son las relacionadas con la cita previa y los aspectos relacionados con la organización de la consulta, lo que se refleja en una mayor atención de la asistente médica, se evitan las aglomeraciones en las salas de espera

con la consecuente comodidad para los usuarios; mejora la relación asistente médica—médico, y el médico familiar puede organizar mejor su tiempo para atender de manera adecuada a los pacientes.

Urgencias

Un gran porcentaje (60 a 70%) de las urgencias que se presentan en los servicios de los Hospitales Generales de Zona son urgencias sentidas, lo cual en buena medida se debe al conocimiento insuficiente de los usuarios respecto a las características de una urgencia real y la información deficiente que tiene respecto a la manera de hacer un uso adecuado de los servicios. Lo anterior se ha mejorado con acciones para proporcionar mayor información a los usuarios a través de pláticas y difusión de carteles, trípticos y otros medios. Para el tiempo de espera es importante que el servicio cuente con un médico filtro (Triage) que clasifique las urgencias y de mayor agilidad a la atención y por lo tanto, mayor oportunidad a las urgencias reales; éste personaje ya existe en muchos servicios, pero otros no lo tienen o no funciona con los criterios establecidos.

El tiempo de observación generalmente se ve afectado por los siguientes elementos:

- Capacidad resolutoria de los médicos
- Oportunidad en laboratorio, gabinete e interconsultas
- Disponibilidad de camas en hospitalización
- Oportunidad de la cirugía

En cuanto al personal médico, se requiere contar con urgenciólogos o internistas; si no existe dicho personal, definir una capacitación específica y los mecanismos de control que permitan vigilar su desarrollo.

En el caso de la oportunidad de los servicios de apoyo como laboratorio, rayos x e interconsultas, se requieren criterios de oportunidad y pertinencia o congruencia de cada uno, los acuerdos por escrito entre Jefes de

Servicio y los mecanismos de supervisión para vigilar su cumplimiento.

Para la disponibilidad de camas en hospitalización, principalmente en Medicina Interna y la oportunidad de la cirugía de urgencias, también es necesario establecer acuerdos entre Jefes de Servicio y los mecanismos de seguimiento de tales acuerdos para lograr la oportunidad necesaria.

Un aspecto que aún no se estudia completamente por los servicios es la calidad técnico—médica como tal, aunque se toca al analizar la capacidad resolutive; para ello, es necesario definir o actualizar los criterios de Dx y Tx para los diez principales motivos de demanda del servicio, los cuales incluyen laboratorio, gabinete y referencia, ponerlos a disposición de cada uno de los médicos, definir los mecanismos e instrumentos de supervisión y seguimiento y con base en ello, plantear la capacitación necesaria.

La calidad técnico—médica es crucial en la solución de los problemas y por lo tanto, mejora el tiempo de estancia en observación como la oportunidad y calidad de los servicios de apoyo.

Consulta Externa de Especialidades

Lo que los usuarios perciben como calidad en la consulta de Especialidades es la oportunidad con que se les otorga. La organización establece como oportuna una consulta que se cumple en 10 días desde que se solicita, después de eso se habla de diferimiento. Los principales factores que intervienen en la oportunidad de la consulta de especialidades son los siguientes:

- El control de las agendas de citas
- La consulta subsecuente
- La contrarreferencia

Las estrategias que se han implementado para un mejor control de las citas incluyen el que se establezca un solo sitio donde se con-

trolen todas las agendas para las citas de primera vez, a través de las 4-30-8 y de formatos elaborados localmente para anotar las citas; en muchas delegaciones, la medición de la oportunidad y el diferimiento implica trabajo extra o sólo es conocido por la persona encargada. Los mejores resultados se han desarrollado con un control central de agendas y anotando en la agenda la fecha de solicitud y la fecha de programación de la cita, lo que permite medir la oportunidad en cualquier momento, de cualquier periodo y por personas diferentes al servicio.

La consulta subsecuente de los especialistas es una práctica que le permite tener una consulta relativamente fácil y cómodo. Es necesario realizar un análisis de la relación de consultas de primera vez y subsecuentes de cada especialidad para saber el tamaño del problema, la norma establece una consulta de primera vez por cada dos subsecuentes pero hay servicios donde se dan una de primera vez por hasta seis subsecuentes.

Las especialidades que se encontraron con más diferimiento en su consulta son las siguientes: Otorrinolaringología, cirugía general, oftalmología, neurología, urología, traumatología, ginecología y pediatría.

Los motivos planteados van desde falta de personal en plantillas, ausencia del personal idóneo en bolsa de trabajo, deficiencias para cubrir vacaciones y ausentismo no programado; además de los factores ya mencionados como la consulta subsecuente, se requiere un análisis puntual por especialidad y por especialista para definir estrategias específicas.

Cirugía

El proceso de cirugía es de los más complicados por la cantidad de personajes, áreas y factores que intervienen. Lo que se ha observado a través de los equipos de proyecto y las evaluaciones, es que de todos los factores que intervienen, dos son de capital importancia:

- La programación
- El control de los tiempos quirúrgicos

Se observó que en la mayoría de las delegaciones se tienen porcentajes bajos de eficiencia en la programación (60 a 80%) y también en la utilización de los tiempos quirúrgicos (60 a 70%).

Para lograr un verdadero control de la programación, la estrategia con mayor éxito ha sido el establecer un equipo formado por: jefe de cirugía, jefe del quirófano, jefa de enfermeras, enfermera de CEYE y administrador; el equipo se encarga de la asignación de salas, clasificación de cirugías por complejidad, determinación de equipos e insumos necesarios y la distribución por días y horarios. Dicho equipo se puede adecuar según circunstancias de los servicios, pero es necesaria la participación de las áreas involucradas teniendo un manejo adecuado del número de quirófanos, los tiempos quirúrgicos disponibles, las cirugías factibles de realizar y las causas de suspensión, se logra una programación oportuna. Los motivos más frecuentes de suspensión encontrados son: inasistencia del paciente, falta de tiempo quirúrgico, error de programación, ausencia del cirujano y falta de instrumental.

En la proporción de la información al usuario deben participar los médicos, las asistentes y trabajo social ya sea por vía telefónica o con visitas a su domicilio. Las causas de suspensión atribuibles a la organización se relacionan con ausentismo, falta de materiales o insumos, lo cual se puede prever a través del equipo de programación.

Un lugar importante tiene la cirugía de urgencia, la cual se debe analizar y solucionar por el propio equipo.

El control de los tiempos quirúrgicos requiere tener claramente establecidos los tiempos de inicio, de limpieza, aproximado de cada cirugía y de relación entre turnos, con los mecanismos de supervisión para su seguimiento.

La oportunidad y el diferimiento quirúrgicos mejoran en una buena proporción con el establecimiento de estrategias como las anteriores, aunque queda mucho por revisar de la calidad técnica, la cual requiere de un profundo análisis y definición o actualización de criterios por especialidad, con las consecuentes medidas de control.

Dentro del proceso de cirugía existen los indicadores de cirugía ambulatoria y porcentaje de cesáreas que son muy importantes por los efectos que tienen tanto en la organización como en la sociedad.

Para la cirugía ambulatoria ha sido necesario que en muchos de los servicios se revisen los criterios de clasificación de las cirugías ambulatorias para una mejor indicación y medición.

El caso de las cesáreas es un problema complejo en el que intervienen factores sociales de práctica privada, de formación técnica y de la organización, lo cual requiere de análisis profundo, pero de inicio es necesaria la revisión de los criterios de indicación de la cesárea y la vigilancia estricta de un cumplimiento; como otra estrategia se ha utilizado la prueba de trabajo de parto para las cesáreas previas.

Las especialidades quirúrgicas identificadas con más diferimiento son; Oftalmología, Cirugía General, Otorrinolaringología, Urología y Traumatología.

Por lo que corresponde a los indicadores administrativos, los resultados evidencian un grado importante de descontrol con los siguientes aspectos

Manejo y control de medicamentos. Esto se refiere al proceso que inicia desde la planeación, la dotación, hasta el suministro a servicios de las unidades médicas, es decir, se encontraron deficiencias en el cálculo de los consumos promedios mensuales, las dotaciones fijas a los servicios, y el control que se debe ejercer sobre la existencia de medicamentos y materiales de curación en los servicios. Todo ello, derivado de la falta de supervisión consistente y sistemática del área administrativa, financiera y médica.

- Surtimiento de recetas en farmacias, como ya se expresó anteriormente, este acto es una de las salidas más importantes del proceso la de consulta externa, y es precisamente el que ha presentado mayor problemática en los últimos años, derivado de la falta oportuna del abastecimiento. En las visitas se pudo verificar que la mejora alcanzada (pasa de niveles inferiores al 80%, hasta alcanzar más

del 95%), se ha logrado por el uso intensivo de la compra alterna, sobre todo en el primer semestre del año. Las acciones que han permitido que las unidades mejoren a pesar del desabasto, se refieren a la comunicación que se establece entre la farmacia y los consultorios, para estar al tanto de las existencias físicas, lo que ha permitido utilizar segundas y terceras elecciones.

- Por lo que se refiere a los procesos de conservación y limpieza, si bien mejorado, se detectó que su bajo nivel responde entre otras cosas a la desorganización de los servicios, y a la falta de algunos insumos importantes, entre otros prioridad para la cobertura de ausentismo programado y no programado, lo que sumado a inmuebles con más de 25 años de existencia y remodelaciones y ampliaciones, dan como resultado mala imagen y problemas de funcionamiento de equipos que son importantes para el otorgamiento de los servicios.

La experimentación de mejoras deja a los equipos que las condujeron y en el ánimo de las autoridades que las apoyaron, un mejor conocimiento de los procesos laborales institucionales; una enseñanza respecto a la falsa idea tradicional de que para mejorar es indispensable disponer de mayores recursos administrativos y tecnológicos, en el sentido de que el principal ingrediente es la creatividad y voluntad de los trabajadores y, en primera instancia, la certeza de que el cambio es posible, ideas claves que pasamos a sistematizar.

Propósitos y experiencias del movimiento por la calidad en el IMSS

La movilización por la calidad en el IMSS ha tenido diversos intentos en las dos últimas décadas, iniciándose con acciones aisladas de capacitación y desarrollo del personal operativo, con orientación a la mejora en la calidad de los servicios en los 70; continuándose en la década de los 80 con la formación de círculos de calidad y capacitación en herramientas para dicho objetivo; en el inicio de los 90 se intentó la implementación de un modelo de Calidad con la asesoría de compañías externas, suspendiéndose la experiencia al concluir la etapa de inicio. Tam-

bién en esa década se vive la experiencia de la vinculación entre Planeación Estratégica y Administración de Calidad, en el marco de un Programa de Modernización de Delegaciones; y se da un paso importante hacia la orientación al usuario con la formalización de auditorías de calidad a través de la voz del usuario y la sistematización del manejo de las quejas.

En su última etapa, la mejora de la calidad de los servicios, fue considerada por la alta dirección del Instituto como una línea estratégica en el marco de la modernización institucional, complementando a la búsqueda de la eficiencia operativa y la implementación de los contenidos de la reciente reforma a la Ley del Seguro Social.

El instrumento para operar la mejora de la calidad de los servicios en esta etapa ha sido el Plan Integral de Calidad, con el cual se propuso movilizar a los trabajadores operativos para lograr resultados exitosos en el corto plazo, en la mejora de la calidad percibida en 5 servicios estratégicos, con la participación de la estructura dirigente del SNTSS.

Esta movilización por la calidad y sus antecedentes, ha trascendido a las distintas estrategias y políticas institucionales que las han impulsado. Tal experiencia es valiosa tanto por sus logros como por sus enseñanzas.

Cuando la autoridad ha planteado iniciativas para impulsar la calidad, éstas han sido acogidas con entusiasmo por los trabajadores y aún por los niveles directivos más próximos a las líneas de contacto, si bien en unos y en otros pueden identificarse ciertas resistencias, sobre todo cuando han experimentado inconsistencias en esas iniciativas.

El impulso institucional ha logrado:

- Difundir métodos y un lenguaje común en torno a la calidad.
- Éxitos notables en la satisfacción del usuario y en la optimización de procesos estratégicos.
- Despertar expectativas y crear una atmósfera propicia a la mejora.
- Propiciar nuevos liderazgos

- Sensibilizar al cuerpo directivo.

Sin embargo, también debe reconocerse que:

- La movilización por la calidad ha sido recia pero interrumpida, sin consolidación y fragmentada en sus logros, sin excluir confrontaciones entre promotores entusiastas con segmentos de la estructura que eventualmente se siente amenazada.

- Existen yerros y frenos en medio de un ambiente generoso de voluntades y valores, que forman un movimiento que avanza por flujos y reflujos, con alta inversión de energía humana.

- El Plan Integral de Calidad ha significado una importante movilización que debe asimilarse en conjunto con la representación sindical, antes de lanzar otra convocatoria. Particularmente debe asimilarse la demostración de que los equipos de proyecto pueden ser los mejores gestores de sus procesos y deben ser respaldados con efectividad.

- Se necesita la confianza de saber qué hacer después de que los proyectos innovadores se realicen y definir que se está dispuesto a hacer para lograrlo.

- Puede ser que haya fatiga y hasta cierta incredulidad. Para atender esta posibilidad, las nuevas propuestas deben dar cuenta de los avances logrados y evidenciar suficiente inteligencia para superar lo que en el periodo anterior fue desarticulación y en ocasiones freno.

- La siguiente convocatoria, para desencadenar movilizaciones y promover proyectos, debe acompañarse de una fuerte voluntad y conciencia para apoyar sus alcances dentro de un plan articulado de posicionamiento estratégico, en el marco de un rango de energía y recursos disponibles y en un periodo definido de tiempo.

Enseñanzas de la movilización por la calidad

A pesar de los avances logrados y la experiencia generada en el IMSS en la implementación

de sistemas de calidad, habrá que reconocer que ésos éxitos han sido insuficientemente consolidados; es probable que éstas características estén ocasionadas por la falta de una estrategia global de calidad integrada, complementada y complementaria con las otras estrategias de modernización institucional.

Es probable que la falta de consistencia pueda explicarse porque ésta aparentemente no era necesaria: la calidad en los servicios, sobre todo la calidad percibida, tiene relación con la necesidad de atractividad y ésta con la noción de competencia. En un contexto de competencia, satisfacer expectativas y necesidades de los usuarios para retenerlos como clientes es una cuestión de sobrevivencia como organización. Las características del Sistema de Salud en el país no han ofrecido, hasta el momento, esa posibilidad de competencia y por lo tanto la viabilidad de la Institución no se había puesto en riesgo por la insatisfacción de los usuarios; de hecho, por la condición de prepago de servicios, ha resultado financieramente conveniente que los derechohabientes prefieran y adicionalmente financien otros oferentes de servicios que perciben como mejores.

Existen señales de que la indispensable reforma estructural del Sistema Nacional de Salud estará orientada precisamente a resolver, entre otros, esos problemas de financiamiento múltiple que un sector de la población realiza para la provisión de servicios de salud. La posibilidad de la competencia por la provisión de servicios marcará un contexto diferente que hará imprescindible otorgar servicios de calidad para ser atractivos y confiables para la ciudadanía y asegurar la viabilidad del IMSS como prestador de servicios de salud con gestión pública de los mismos.

Aunque la calidad con la que las instituciones otorgan servicios a la ciudadanía debe ser un derecho social, las inercias lamentablemente orientan a que se plantee que sólo con competencia, por la participación del sector privado, las organizaciones de gestión pública pudieran verse obligadas a proporcionar servicios de calidad como condición de sobrevivencia.

Estos retos han propiciado la participación de la representación del SNTSS en la más reciente experiencia de movilización por la

calidad. A través del Plan Integral de Calidad, la dirección sindical ha explicado, formalizado y mantenido un compromiso en la mejora de la calidad de los servicios, con la modernización institucional y con la defensa de la gestión pública. Por conveniencia, y progresivamente por convicción, el SNTSS ha formulado públicamente que la calidad es una prioridad sindical y ha presentado al Plan Integral de Calidad como un instrumento de su estrategia para lograrlo.

Así pues, ante un eventual cambio del contexto para la prestación de los servicios de salud, que obligue a lograr efectividad y consistencia en una Estrategia de Calidad, se tiene como aliados a los trabajadores del Instituto y a su representación sindical. Sin embargo, para garantizar esto es muy importante aprovechar los avances logrados en los últimos dos años en la relación con la alta dirigencia sindical, lapso en el que se han sentado las bases para continuar desarrollando la bilateralidad, corresponsabilidad y respeto mutuo para operar con éxito una estrategia de calidad. Es importante advertir que esta fortaleza tan trascendente puede espectacularmente convertirse en una amenaza si no se logra efectividad en resultados, claridad en la estructura de autoridad y cumplimiento de compromisos establecidos para el éxito de la estrategia.

La experiencia generada en la última movilización por la calidad, sirvió para lograr algunas mejoras en *calidad percibida* y solo en la dimensión de “oportunidad”. Se hace necesario, una vez consolidadas esas mejoras, orientar la forma de lograr el éxito para conseguirlo en otras dimensiones de la calidad, como son el trato amable y la efectividad clínica.

También como *enseñanzas* de la movilización por la calidad, que habrá de destacar para apoyar la identificación de líneas de acción prospectivas, tenemos:

- Sin un Plan Maestro Institucional que se oriente hacia el cumplimiento de la misión y logro de la visión, la integralidad es difícil y la estrategia de calidad es desplazada.
- La necesidad de la integralidad de la estrategia de calidad con las otras estrategias de modernización institucional: Desconcentra-

ción y autogestión, Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud, criterios de asignación y ejercicio presupuestal orientados a la calidad de los servicios, sistematización de procesos, desarrollo gerencial y gestión directiva.

- Es importante una mejor y más clara definición del ejercicio de autoridad para impulsar, desarrollar y estabilizar con consistencia la mejora de la calidad de los servicios. El rendimiento de cuentas y la evaluación del desempeño directivo en materia de calidad deben considerarse como clave de éxito.

- Evitar los riesgos de orientar la movilización hacia el logro de estándares de indicadores de oportunidad o de productividad que son materia de consumo interno, sin considerar el impacto en la percepción y expectativas de los usuarios de los servicios.

- La movilización de los trabajadores en equipos de proyecto debe acompañarse de un desarrollo más efectivo y complementario de la gestión directiva y una maduración progresiva de los sistemas de calidad en las unidades de servicios. El Premio IMSS de Calidad es un instrumento muy valioso en este sentido.

- El talento y conocimiento de los trabajadores operativos puede ser mejor aprovechado para identificar propuestas de modificación de procesos y adecuación normativa, incluso de nuevos criterios de asignación de recursos, y no sólo movilizarlos para la identificación o justificación de necesidades de estructura.

- La capacitación debe ser orientada a desarrollar las competencias necesarias para operar la estrategia de calidad y el aprendizaje creativo. Es una actividad de apoyo y no el fin último de la estrategia.

- La estrategia de calidad debe complementarse con una efectiva desconcentración y facultamiento de los directivos operativos.

- Debe clarificarse la trascendencia de abordar el tema de la calidad técnico médica por su importancia estratégica, definiéndose la responsabilidad normativa de la Dirección Médica para conducir esa parte de la estrategia de calidad.

Carta de extravío, que no de navegación. Diez apuntes sobre salud y seguridad social en el plan nacional de desarrollo 2001-2006

Gustavo Leal F.*

No hay que ser timoratos, hay que ser audaces...no sé si alcancemos las metas que hemos buscado, pero hemos trabajado con pasión.

V. Fox, a dos días de la presentación del PND¹

Sorpresivamente, el PND carece de una agenda estricta en materia de salud. Apenas ofrece una membra disecta; un puñado de anotaciones que salpican por aquí y por allá el documento. ¿Responsables? José Sarukhán y Juio Frenk. Pareciera como si los “seis grandes ejes” de la agenda del primero —que apisonan hacia abajo la dimensión de los mínimos del bienestar del Plan y fortalecen las repeticiones y el desorden argumental—, enseñoreándose, hubieran deliberadamente esparcido de manera desintegrada los membra disecta de Julio Frenk, secretario de Salud, ¿Resultado? Incoloros y deslavados lunares de materia sanitaria en el firmamento de un paisaje de líneas apenas basales de bienestar. Y lo peor: la seguridad social tiene una presencia menos que espectral.

Promesas vocingleras, muchas esperanzas, previsibles ajustes y realidades inerciales

Probablemente sea del todo cierto que el votante medio y, sobre todo, el votante sincero, depositaron demasiadas expectativas con el triunfo de Vicente Fox en las elecciones

del 2 de julio del año 2000. Y probablemente también sea cierto que *no* era para menos. Sin embargo, como escribiera San Juan de la Cruz: “cuánto más alto se sube, tanto menos entendía”.

Desde las políticas públicas estaba absolutamente claro, ya desde la campaña electoral, que, de ganar, Fox se vería obligado a ajustar no sólo a la baja sino estrictamente a un *nivel basal* de gobierno mínimamente *eficiente*, todo aquél amasijo de lugares comunes, frases hueras, mensajes de la sonaja del

* Profesor-Investigador, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

¹ *La Jornada*, 31 de mayo, 2001.

marketing y, en más de una ocasión, hasta sonoras tonterías que compusieron su folclórica y extendida oferta: la que contenía la plataforma de la *Alianza por el Cambio*. En sí mismo, este ajuste ya hubiera sido una tarea más que suficiente. ¿Por qué? Porque ajustar conlleva el trabajo paralelo de cumplir a la mayoría que votó por él. Dos trabajos en uno: ajustar al nivel mínimo de un gobierno eficiente y recentrar la agenda para esas mayorías.²

Pongo un ejemplo: en lugar del confuso y retorcido discurso que Julio Frenk, secretario de Salud del foxismo intenta —por cierto muy fallidamente— propagar, sobre la “protección financiera” en materia de salud, el *staff* inteligente de Los Pinos podría haber enviado una señal tan sencilla como cierta y certera: aprovechar la estatura de Fox para cubrir el emblema del IMSS, que, a su vez, cubre a una mujer. Es decir: manifestar públicamente que aunque el nuevo gobierno enfrentaba muchos problemas, entendía bien aquél mínimo por el cual la mayoría había votado por él. Proteger con el cuerpo del Presidente a la principal institución de seguridad social de México y América Latina, querría decir también: no hay mejor manera de atender al paciente, que proteger a la enfermera y al médico. Un mensaje ultramoderno que envidiaría el mismísimo Tony Blair, que acaba, por cierto, de reelegirse para cuatro años más.

En una palabra, la gente, como gustan llamar al pueblo los teóricos de la “tercera vía”, podría haberse conformado, dado el peso de las inercias que habría de enfrentar el nuevo gobierno, con poca pólvora, pero ruidosa y efectiva.

Lamentablemente, el nuevo gobierno empezó con poca fortuna y pronto descubrió

² Como bien señala la Organización Vertebral, fundada por Carlos Abasacal Carranza, actual secretario del Trabajo foxista: a siete meses de iniciada la gestión del presidente Vicente Fox, el pueblo “comienza a decepcionarse y ya no confía tanto en las promesas” del mandatario, a quién, empero, no se le puede responsabilizar de los errores de la administración. Fox no puede “hacer maravillas” expresó Jesús Marcos Giacomán, presidente de Vertebral. Pidió darle “un poquito de tiempo” para que corrija los errores que se han cometido en este período y que atribuyó especialmente a los asesores del Presidente”, *La Jornada*, 23 de junio, 2001.

que su pólvora estaba húmeda. En lugar de ajustar sus posibilidades al nivel mínimo de un gobierno eficiente que hereda más de una bomba de tiempo; en lugar de acercar cuidadosa y serenamente sus líneas de gobierno a lo que realmente aguardaba su electorado, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) reprodujo inercias priístas y volvió a fingir consultar a su elector medio. Como sucedía antes del 2 de julio, lo sacrificó nuevamente frente a los intereses que, como opción del “cambio” lo financiaron y le franquearon el camino al poder.

Si la mercadotecnia consiste en descubrir qué es lo que la gente quiere, la del PND ha fracasado rotundamente. El impacto de su producto no sólo no acertó el blanco: está completamente fuera del “mercado”.

Uno. No dar pescado, enseñar a pescar

En ese cuadro y en un temprano momento del sexenio foxista, llega pronto la hora de la retórica. El PND sostiene que:

...lo nuevo ha desplazado a lo viejo, lo moderno a lo tradicional, lo dinámico a lo inerte.³

Y por tanto aparecen el pescado y los pescadores. Nace un estrellado, que no una estrella. El PND afirma que:

La sociedad estará integrada en su mayor parte por individuos con sólidas capacidades para construir su propio bienestar; contarán con el apoyo de políticas públicas eficaces para complementar sus esfuerzos individuales, y estarán protegidos de riesgos que atenten contra sus posibilidades de progreso.⁴

El tercer eje (de la política social), pretende fomentar la actitud emprendedora e independiente de los ciudadanos, dotándolos de una educación de vanguardia... (para que)... conduzcan al desarrollo de sus habilidades y destrezas... Esta es la verdadera emancipación, porque asegura la desaparición de servidum-

³ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México, Presidencia de la República, mayo, 2001, p. 31.

⁴ Op. cit., p. 37.

bres y clientelismos...La política que se ha propuesto seguir el Ejecutivo federal implica la emancipación individual además de la colectiva.⁵

Sencillo: no hay que dar pescado, hay que enseñar a pescar. ¿Sus fuentes? Algunas de ellas —por supuesto mejores que la versión “nacional” que pretende adoptar el PND— pueden encontrarse en trabajos de Juan Antonio Le Clerc⁶ y otros investigadores⁷ publicados por la Fundación Rafael Preciado Hernández.

Lamentablemente, el PND las simplifica:

La fortaleza y el temple de los individuos se forjan en el seno de la familia y los grupos sociales que la rodean, sus valores y principios son productos de la interacción de unos y otros. El fortalecimiento local y comunitario apoya el federalismo.⁸

Para propiciar, conservar y alentar la riqueza social de México, la política de desarrollo social y humano incluye la cohesión social... porque propone acciones y programas tendientes a aumentar la solidaridad de todos los mexicanos entre sí y el bien común... a disminuir la presencia del Estado en los aspectos y áreas en los que las organizaciones no gubernamentales pueden tener una contribución efectiva.⁹

Pero el PND también banaliza el discurso vaticano reciente¹⁰ que, como en la formulación anterior, aparece caricaturizado. ¡Gajes del oficio!

⁵ Op. cit., p. 51.

⁶ “La justicia y las capacidades básicas: Una crítica a los principios de justicia de John Rawls”, *Bien Común y Gobierno*, núm. 64, marzo 2000, pp. 41-48.

⁷ Javier Brown César, “Por qué fracasan las políticas públicas?”, *Bien Común y Gobierno*, núm. 67, junio 2000, pp. 59-69; Aminadab Rafael Pérez Franco, “Desarrollo Humano: hacia un consenso para incrementar el bienestar y generar oportunidades”, *Ibid*, pp. 5-26; Teresa Villavicencio, “La política económica y el bienestar social en México 1990-1999”, *Bien Común y Gobierno*, núm. 61, diciembre 1999, pp. 61-66.

⁸ Poder Ejecutivo Federal (2001), *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, pp. 51-52.

⁹ Op. cit., p. 52.

¹⁰ Juan Pablo II (1994) *Carta a las familias. Año de la Familia 1994*, Edicep C. B., Valencia.

Un caso emblemático del “pescador frente al pescado” es, sin duda, el de la “revolución educativa”. Pero cabe preguntar: ¿alcanza la “capacidad de fuego” del documento como para emprender una batalla “revolucionaria” de tal envergadura?¹¹ ¿puede dotar realmente al pescador de aquellas destrezas y habilidades como para que, finalmente, logre dejar de esperar que le surtan pescado?

Dos. Gris medio

Entre las huestes del foxismo suele correr una voz sencilla pero que aspira a ser muy seria. En el país, dice, hay un círculo rojo: el de los analistas y los formadores de la opinión pública. Y hay, también, uno verde: el del votante medio. El objetivo es el círculo verde. Ahí está la mayoría sabia que capta las cosas de una manera diferente.

Si me viera obligado a ubicar el PND en esta, ciertamente, muy poco original constelación cromática, afirmaríala sin ambagues: el PND está fuera de ella y se ubica en el gris medio. Tenue, tenue, perdido en la inconmensurabilidad de su tema y sin relieves. No está claro para quién fue escrito.

¿El responsable? Sin lugar a dudas: Carlos Flores, jefe de la Oficina de Planeación Estratégica y Desarrollo Regional de la Presidencia de la República. Dicen las malas lenguas que, ante las diferencias de opinión, el consenso para la composición final del PND foxista, se alcanzó gracias a votaciones simples. ¡Ventajas de la democracia!

Frente a la autodeclarada pretensión de que con este documento nos encontramos frente a una pieza que porta, “por primera vez” una “visión de largo plazo”, capaz de proyectar sus “acciones de hoy para el México del mañana” hasta el distante 2025, uno no puede dejar de preguntarse: ¿y no es mucho tiempo? ¿espera el foxismo mantenerse hasta entonces

¹¹ El Comisionado para el Desarrollo Humano y responsable del Gabinete Social de la Presidencia de la República, José Sarukhán K., ha reiterado que en el PND “la educación es el tema central”, *La Jornada*, 29 de junio, 2001.



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

en el poder? ¿tan optimistas son o se trata, apenas, de un *lapsus* reeleccionista?

Porque, además, al decir de Flores, el PND plasma:

la respuesta de la población al llamado de aportar propuestas. Por correo se recibieron 153 mil, vía Internet llegaron 43 mil y en las mil 141 reuniones directas con la ciudadanía se formularon 182 mil. En suma: casi 400 mil sugerencias, número muy superior al que se esperaba, inclusive comparado con los procesos anteriores.¹²

¿Son esos “procesos anteriores” su parámetro?. De ser así, no hay “acciones para el mañana”, sino comparaciones con el pasado. De ahí, también entonces, los poco atractivos

¹² *La Jornada*, 29 de mayo, 2001. Nota de Rosa Elvira Vargas. Véase también *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, Op. cit., pp. 14-15.

términos y resultados de la prospección que quiere divulgar el documento.¹³ Flores reconoce que, en relación al continuismo de los regímenes priístas:

...podemos decir que hay de 20 a 30 por ciento de líneas muy parecidas, otro 30 o 40 por ciento en el que se puede decir que hay mucha similitud, y quizá el resto son líneas que nunca se habían tocado.¹⁴

Es decir, al votante medio y sincero le tocó, si acaso, un 30 por ciento de novedad. ¿Valió la pena pagar por este “cambio”? Pero eso no es todo. El documento porta un claro sello zedillista. Nuevamente Flores:

...el presidente Zedillo había pedido a sus secretarías de Estado que hicieran un ejercicio en el sentido de qué había servido y qué no en su Plan Nacional de Desarrollo y que sugirieran que hacer si estuvieran seis años más. Hicieron un ejercicio para tratar de dar continuidad a lo que venía. Con ese ejercicio y con el trabajo del equipo de transición, se armó un documento diferente. Tomamos los insumos sin comparar el pasado con éste; fue un proceso de vincular uno con otro, y se podrán ver la similitudes de uno y otro.¹⁵

Y el “recuento” de Flores sobre el “documento diferente” no cesa:

Y el “recuento” de Flores sobre el “documento diferente” no cesa:

...por correo se hicieron llegar entre cuatro y seis millones de cuestionarios a escuelas, a centros de salud a organizaciones diversas: universidades, centros de investigación y

¹³ Por ejemplo, hasta el propio A. Giddens ha confesado que “el mundo que habíamos imaginado no tiene nada con aquél en el que vivimos. Ultimamente he estado estudiando la futurología de los años sesenta, y no he encontrado a nadie que supiese ver la llegada de la sociedad de la información. Ni siquiera los mejores especialistas en Europa del Este fueron capaces de prever la forma en que se produjo la caída del muro de Berlín”, *El País*, 19 de junio, 2001 .

¹⁴ *Proceso*, 27 de mayo, 2001. Nota de Rodolfo Montes.

¹⁵ *Ibid.*

ONG...México está entrando a una cultura de la participación ciudadana...nunca antes se había hecho este ejercicio con la intensidad que en esta ocasión se hizo.¹⁶

Y exagera:

*es el documento rector de toda la acción de todos los mexicanos*¹⁸, *“es un documento clave, es un documento estratégico ... (que)...creemos debe tener un impacto total.*¹⁸

Más allá de las exageraciones, Carlos Flores vive presa de una grave confusión que, lamentablemente, cruza todo su esfuerzo: *ningún* Plan Nacional de Desarrollo puede ser para *todos* los mexicanos: se trata de una pieza de *el* gobierno y *para* el gobierno.¹⁹ Pareciera que, sencillamente, Flores no distingue entre sociedad y gobierno.

Pero para el paciente lector no queda mucha duda: el resultado es extremadamente pobre y muy gris, aunque haya que reconocerle que, con todo, se trata de un gris medio, tenue, tenue...

Tres. Autoresponsabilización ciudadana y franco aplanamiento descendente de los mínimos de bienestar

Para el tamaño del reto social de México las notas que componen la partitura del PND resultan suaves y casi inaudibles. ¿Responsable? José Sarukhán, Comisionado para el Desarrollo Humano y también a cargo del Gabinete Social de la Presidencia de la República, quién señaló que:

...podríamos tener una mayor escolaridad, avanzar en la esperanza de vida, abatir la mortalidad infantil, y de hecho vamos a proseguir esas metas, pero sí en cada uno de esos obje-

tivos la gente no toma en sus manos su destino, estaremos fallando.²⁰

Hay que tomar nota: abre el condicional “podríamos”. Es decir: para el Comisionado Sarukhán la última acción corresponde al ciudadano; de él y sólo de él depende su destino. ¿Puede haber algo más obvio?

Pero sucede que las metas no son el destino del pueblo: sucede que su meta es el bienestar, aunque el Estado, por voz de Sarukhán le intente condicionar “el podríamos”. En una palabra: Sarukhán dicta desde la alta tribuna del Poder Ejecutivo: yo cumplo con *mis* metas, si tu cumples con *tu* destino. Desde esa visión es fácil anticiparle: ya fallaste. Ni modo. Qué se le va a hacer. Dice el Comisionado:

Cada uno de estos planteamientos persiguen transformaciones culturales para atacar de raíz las enfermedades sociales²¹

¿De raíz? ¿“enfermedades sociales”? Y continúa:

Lo peor que le podría ocurrir al país es desperdiciar el enorme deseo de cambio, debido a las resistencias de la sociedad a pagar los costos que éste conlleva.²²

¿Resistencias a *su* destino? Veámos, más bien, qué le ofrece a cambio. La agenda del PND pretende encarrilar los siguientes “seis grandes ejes” que el Comisionado Sarukhán presenta así:

1) Cualquier acción del area social deberá lograr como producto la emancipación de la sociedad, el romper con el paternalismo y la dependencia que por mucho tiempo ha limitado el ejercicio de la creatividad de la gente, manteniéndola en un estado de expectativa permanente de que alguien se hará cargo de la solución de sus problemas; 2) establecer niveles mínimos de bienestar bajo los cuales es inaceptable que se encuentre un mexicano y que incluyen líneas basales de acceso a

¹⁶ *La Jornada*, 29 de mayo, 2001.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Proceso*, 27 de mayo, 2001.

¹⁹ Deutsch, KW. (1993). *Los nervios del gobierno*, México, Paidós, 2001.

²⁰ *Reforma*, 16 de mayo, 2001. Nota de Ivonne Melgar.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

la salud y a la educación; 3) disminución de las brechas de inequidad; 4) garantizar que las políticas incrementen la cohesión social; es decir, que la atención a los individuos conlleve un sentido de solidaridad, de corresponsabilidad, de identidad y de pertenencia a una comunidad, municipio, entidad y nación; 5) fomentar el desarrollo sustentable, ligado al medio ambiente y los recursos naturales y 6) aumentar la credibilidad en el gobierno.²³

¿Se puede pedir más? Frente a la grande, abigarrada y compleja agenda de pendientes sociales posprístas, los trabajos de la Comisión para el Desarrollo Humano y el Gabinete Social sólo generalizan en abstracto y aplanan hacia abajo los contenidos de ese bienestar; los contenidos sociales del PND. En efecto, los mínimos de bienestar quedan estrictamente en *lo mínimo* ¿Resultado? El tema social se difumina. El PND constituye una constelación inasible e inalcanzable. Ello contribuye a remarcar el tono gris medio del documento.

Además el “antipaternalismo” sarukanista —que suena a ruidoso neosolidarismo salinista²⁴ no acaba de enlazar conceptualmente del todo con la “emancipación individual” a la que alude la doctrina Le Clercq del pescador frente al pescado. Pareciera como si los sarukanistas y los lecleristas no hubieran acabado de ponerse nunca de acuerdo. Parece que no hubieran terminado su trabajo y, en salomónico pacto, hubieran reservado al criterio independiente del lector el entendimiento final de su diferencia.²⁵

²³ Ibid.

²⁴ Denisse Dresser, “Pronasol y Política: Combate a la Pobreza como Fórmula de Gobernabilidad”, en Félix Vélez (Compilador), *La Pobreza en México. Causas y Políticas para Combatirla*, Lecturas del Trimestre Económico 78, FCE, México 1994, pp. 262-299; Denisse Dresser, “En busca de la legitimidad perdida. Pronasol, política y en el gobierno de Salinas”, en Gabriel Martínez (Compilador), *Pobreza y Política Social en México*, Lecturas del Trimestre Económico, 85, FCE, México, 1997, pp. 21-52.

²⁵ “...Una de las funciones que debemos tener es trabajar con discreción, porque nuestra función no es operativa, es de coordinación y de pensar y de diseñar y de coordinar. Las funciones de los comisionados, en mi opinión personal, deben darse tras bambalinas, no en lo secreto ni subrepticamente. Sino de manera tal que realmente quienes deben estar al frente de esto deben ser los operadores que son los secretarios de Estado”, Comisionado José Sarukhán, *Proceso*, 24 de junio, 2001. Nota de José Gil Olmos y María Scherer Ibarra.

Y como también parece que nadie se tomó el cuidado de checar la coherencia final del documento, no hay porque extrañarse del muy *sui generis* conglomerado de enigmas dado finalmente al público ciudadano. Pero siempre es conveniente guardar mesura: hasta en la Casa Blanca, suelen presentarse estas “externalidades”, aunque no precisamente en documentos de las pretensiones del PND. ¡Sorpresas que da la vida!

Cuatro. ¿Dónde quedó la agenda de la salud?

De todo el amplio cosmos de agendas temáticas y sectoriales en debate dispuestas en el tablero decisorio del foxismo, curiosamente, el PND no escoge, no resume, ni ordena ninguna. Algo que no deja de resultar llamativo.

Con independencia de la amplia oferta de campaña²⁶ y del discurso de toma de posesión,²⁷ habría que considerar, al menos, las siguientes nueve agendas.

Empezando siempre por la derecha aparece, primero, el trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) del doctor Guillermo Soberón Acevedo que es, también “la casa” de Julio Frenk. Me refiero, en especial a *Economía y Salud. Propuesta para el Avance del Sistema Salud*,²⁸ elaborado por el propio Frenk y presentado, con poca fortuna, a la administración-Zedillo como alternativa de “reforma sectorial”.²⁹

Sigue, en segundo lugar, la agenda ya foxista, *Visión Estratégica para el Sistema Nacional de Salud*³⁰ elaborada por el equipo de transición y que “desarrolla” la agenda propuesta en *Economía y Salud*. Ella reúne los

²⁶ Gustavo Leal F., “Fox: un folklore que no conoce el silencio”, *La Jornada*, 27 de noviembre, 1999.

²⁷ Gustavo Leal F., “¿Elegir a su médico?”, *La Jornada*, 8 de diciembre, 2000; “Por una salud sin tantos adjetivos”, *La Jornada* 26 de diciembre, 2000.

²⁸ Informe final. Funsalud, México, enero, 1995.

²⁹ Y al cual siguió *Observatorio de la Salud*, publicada por FUNSALUD en 1997.

³⁰ Secretaría de Salud, 27 de febrero de 2001.

primeros cuerpos de políticas visibles del soberonismo-foxista.³¹

Aún por la derecha seguiría, en tercer término, el *Informe sobre la Salud en el Mundo 1999: Marcando una diferencia*³² así como el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*,³³ de los que también es co-autor Frenk, desde la dirección ejecutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Dra. Brundtland.³⁴

Por el mismo carril habría que agregar *México: Una Agenda Integral de Desarrollo para la Nueva Era*,³⁵ presentada por el Banco Mundial al Presidente Electo, Vicente Fox apenas en noviembre del 2000. Finalmente y en el mismo sentido aparece la Organización Mundial de Comercio (OMC) de Mike Moore con sus lecturas de la globalización³⁶ y la salud,³⁷ así como el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS)³⁸ y los Acuerdos sobre Propiedad Intelectual (ADPIC)³⁹ o TRIPS.⁴⁰

Por el carril del centro destacan tanto el reciente Informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Seguridad Social:*

³¹ Junto con la agenda “intermedia”, que el Dr. Soberón facilitó al gobierno foxista (*La Jornada*, 20 de abril, 2001) con vistas a su integración al *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

³² World Health Organization, *World Health Report 1999, Making a Difference*. Ginebra.

³³ Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington, 2000.

³⁴ Gustavo Leal F. y Carolina Martínez S (2001)., “¿En la ruta del Seattle sanitario? La Organización Mundial de la Salud y su Informe sobre la Salud en el Mundo 2000?”, *El Cotidiano*, 107, UAM, México, pp. 21-34.

³⁵ Grupo del Banco Mundial, Banco Mundial México, 28 de mayo, 2001.

³⁶ Mike Moore, Director General de la OMC, “Globalización: ¿novedad o continuidad”, *El Financiero*, 25 de mayo 2001.

³⁷ Mike Moore, Director General de la OMC, “La verdad sobre los servicios”, *El Financiero*, 12 de marzo 2001”, “La globalización es buena para la salud”, *Reforma*, 21 de junio, 2001.

³⁸ Rudolf Adlung, Antonia Carzaniga, “Health services under the General Agreement on Trade in Services”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (4), WHO, Geneva.

³⁹ Carlos M. Correa, “Health and intellectual property rights”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (5), WHO, Geneva.

⁴⁰ Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights.

temas, retos y perspectivas,⁴¹ como la iniciativa *Los desafíos de la seguridad social en el Siglo XXI* del Consejo Coordinador Empresarial,⁴² una de las mejores propuestas para asumir efectivamente la tarea gubernamental en esta materia. Debe mencionarse, también, el notable y muy reciente esfuerzo estadounidense *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* a cargo del *Institute of Medicine (IOM)* de la Academia Nacional.⁴³

Pero sorpresivamente, el PND carece de una agenda estricta en materia de salud. Apenas ofrece una *membra disecta*; un puñado de anotaciones que salpican por aquí y por allá el documento.

¿Responsables? José Sarukhán y Julio Frenk. Pareciera como si los “seis grandes ejes” de la agenda del primero —que apisonan hacia abajo la dimensión de los mínimos del bienestar del Plan y fortalecen las repeticiones y el desorden argumental—, enseñoreándose, hubieran deliberadamente esparcido de manera desintregada los *membra disecta* de Julio Frenk, secretario de Salud, quien, por su parte, no pudo defender la presencia de su “agenda” al interior del mar de los Sargazos de la “antipateralista autoresponsabilización ciudadana” del Comisionado para el Desarrollo Humano.

¿Resultado? Incoloros y deslavados lunares de materia sanitaria en el firmamento

⁴¹ Presentado en la 89ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra en junio del 2001. Este trabajo tiene como antecedente los siguientes estudios OIT-Organización Panamericana de la Salud (OPS): 1) *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y El Caribe*, 2) *El gasto de bolsillo en salud en América Latina y El Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud*, 3) *Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe* y 4) *Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y El Caribe*, todos publicados en diciembre de 1999. En el *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000*, la OIT también se ocupa de los “sistemas de protección social bajo presión”.

⁴² Rafael Fajer García, Consejero Representante Patronal ante el H. Consejo Técnico del IMSS y Presidente de la Comisión de Seguridad Social del Consejo Coordinador Empresarial, *Bien Común y Gobierno*, núm. 73, Diciembre 2000-Enero 2001, pp. 57-62.

⁴³ National Academy Press, marzo, 2001.

de un paisaje de líneas apenas basales de bienestar. Y lo peor: la seguridad social tiene una presencia menos que espectral.

Cinco. Aproximación al mapa de los membra disecta y su dispersión expansiva

Las notas específicas de salud y seguridad social que incorpora el PND foxista no sólo son muy blandas y apenas perceptibles. La partitura del documento las distribuye mal diseminadas en una obra de por sí extensa. ¿Resultado? Mala musicalidad y peor audibilidad: no se la escucha. ¿Responsable? Julio Frenk, secretario de Salud.

Los temas de salud aparecen salpicados en las siguientes partes del PND:

1) en el capítulo 1 (Introducción) se comunica la reorganización de la Oficina de la Presidencia de la República que establece la Comisión de Desarrollo Social y Humano⁴⁴ e incluye la agenda-Sarukhán.⁴⁵

2) En el capítulo 3 (México: hacia un despegue acelerado), al tratar las transiciones (demográfica, social, económica y política) se menciona a la salud;⁴⁶ a los impactos del envejecimiento demográfico sobre la seguridad social y el sector salud,⁴⁷ y se provee un cuadro en que se establecen como prioridades nacionales “el desarrollo social y humano con

⁴⁴ Poder Ejecutivo Federal (2001), *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. 6. Cfr., también, pp. 65-66.

⁴⁵ “De manera muy general podemos decir que el área de desarrollo social y humano trabajará para mejorar los niveles de bienestar de la población y desarrollar sus capacidades, acrecentar la igualdad e igualdad de oportunidades, fortalecer la cohesión y el capital sociales y ampliar la capacidad de respuesta gubernamental”, Op. cit., p. 6.

⁴⁶ Op. cit., pp. 19-21.

⁴⁷ “La confluencia del envejecimiento demográfico con el cambio registrado en el terreno epidemiológico demandará profundas reformas en las estrategias, alcance, funcionamiento y organización del sector salud; impondrá fuertes presiones sobre la infraestructura económica y social; desafiará la viabilidad a largo plazo de los sistemas de seguridad social y exigirá una cuantiosa reasignación de recursos para proporcionar pensiones suficientes”, Op. cit., p. 22.

énfasis en educación de vanguardia y un sistema integral de salud”⁴⁸

3) En el capítulo 4 (El Poder Ejecutivo Federal, 2000-2006, *El reto de la salud*), además de menciones esporádicas,⁴⁹ se repiten aspectos de la agenda FUNSALUD para la “reforma” de 1995 ligeramente “modernizados” con la ya foxista *Visión Estratégica para el Sistema Nacional de Salud*, al afirmar que:

La educación y el desarrollo de los mexicanos dependen de la salud que posean. La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México. Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales para el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación, y la organización administrativa y financiera. El progreso alcanzado en el pasado, que se manifiesta, por ejemplo, en la reducción de la mortalidad infantil y en el cre-



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

⁴⁸ Op. cit., p. 35.

⁴⁹ Op. cit., p. 50.

cimiento de la esperanza de vida, no deben conducir a ignorar que existen todavía sectores de la población que no tienen a su alcance la atención, los servicios médicos y los medicamentos que les ayuden a tener una vida sana y les proporcionen la seguridad y confianza que requieren para su cabal desarrollo.

Por otro lado, el perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio en las actividades ocupacionales y de la educación. Hoy, las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte, y están emergiendo enfermedades y padecimientos como el sida, hasta muy recientemente de poca importancia nacional.

El gobierno de la República tiene el compromiso de seguir desarrollando los sistemas de salud, de forma que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población.⁵⁰

4) En el mismo capítulo 4 (*El compromiso con la salud*), se siguen repitiendo aspectos de la agenda FUNSALUD para la "reforma" de 1995, aunque ya se incluyen también propuestas del discurso de toma de posesión ("democratización", "libre elección") y ecos de la agenda OMS-1999 ("nuevo universalismo" o servicios básicos de salud), así como empujones girones de la agenda OMS-2000 ("protección financiera"), cuando afirma que:

La salud está ligada al destino de la nación. A medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe hacerlo. No puede haber progreso general sin un sistema de sa-

lud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos.

Las premisas que inspiran el compromiso del gobierno de la República con la salud de los mexicanos son: 1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades. 2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida. 3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. Para ello se requiere complementar las *políticas de salud con políticas saludables* (que abarque acciones en todos los sectores). 4. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

El mensaje central del esfuerzo nacional en salud es que para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención de la misma.

Esta democratización supone aplicar las normas y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por otros principios, como el control coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas. Implica, igualmente, aplicar estas normas y procedimientos a individuos que antes no gozaban de tales derechos y obligaciones, como las mujeres, los jóvenes o las minorías étnicas.

El desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales. En consecuencia, debe ser el principio de ciudadanía el que defina tanto las reglas de acceso de la población a los servicios de salud como los mecanismos de participación de los mexicanos en las decisiones del sistema. Este principio indica que los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, un objeto de calidad o de privilegio, sino un derecho social. El acceso a ellos, por lo tanto, debe ser universal, y las prioridades fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas y la efectividad de las intervenciones.

⁵⁰ Op. cit., pp. 49-50.

Implícitos en la democratización de la salud están también la obligación de los servidores públicos de rendir cuentas y el derecho de los ciudadanos a exigirlos. En este sentido, lo primero que debe garantizarse es el derecho de los ciudadanos a exigir que se haga efectivo el acceso incondicional a los servicios básicos de salud.

Para hacer realidad la democratización de la atención de la salud, México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe las posibilidades de elección; que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente.

Para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, la presente administración se ha planteado cuatro objetivos principales: elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades; garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud; ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público; fortalecer el sistema de salud.⁵¹

5) Otras referencias a la salud se encuentran en el cuadro de las Comisiones que atienden las prioridades nacionales y que alude a un “sistema integral de salud”,⁵² en grupos sociales marginados y donde se ubica una tabla que contiene tasas de mortalidad infantil nacional y de la población indígena, 1990-1995⁵³ y otras salpicadas alusiones.⁵⁴

6) En el capítulo 5 (Área de Desarrollo Social y Humano, *Niveles de educación y bienestar*), aparecen aspectos de la agenda OMS-2000 (gasto de bolsillo en atención a la salud), alusiones al tema de la calidad en términos del “enfoque Ruelas”⁵⁵ (diagnósticos

basales de calidad)⁵⁶ y ecos de la agenda del Banco Mundial 2001 (“reforma integral” del sistema de pensiones), cuando afirma:

Aún cuando la tasa de crecimiento poblacional va en descenso, dentro de los siguientes seis años la población se incrementará en 10 millones de habitantes. Por tanto, la demanda de servicios que presta el gobierno se incrementará y será especialmente alta en educación y salud. A este respecto, el aumento de la esperanza de vida, así como la transición epidemiológica, en la que las enfermedades crónico-degenerativas están reemplazando a las enfermedades diarreicas e infecciosas, representan un enorme reto para los servicios de salud, más aún cuando dos millones de hogares utilizan más del 30 por ciento de su ingreso en la atención a la salud, lo que implica un alto costo para el presupuesto familiar.

Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado entre 1997 y 1999 en centros de salud y hospitales generales de la Secretaría de Salud, indican que el abastecimiento de medicamentos es insuficiente, y que el equipo en los hospitales es inadecuado y obsoleto. Además, hay un uso deficiente de los expedientes clínicos y un serio problema de falta de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. Otro indicador

Atención Médica (1997), *Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Cuestionarios para el Segundo Nivel de Atención*; Enrique Ruelas Barajas y Antonio Alonso Concheiro, “Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México”, en J. Frenk (Editor), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México, 1997, pp. 379-400; Enrique Ruelas Barajas, “Organización y dirección de los servicios de salud en contextos turbulentos”, en M. Bronfman y R. Castro (Coordinadores), *Salud, cambio social y política*, Edamex, México, 1999, pp. 323-332.

⁵⁶ Y que formaron parte de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, formando parte de las acciones de los primeros cien días del gobierno foxista. Cfr. al respecto, Presidencia de la República, *100 Días de Acciones*, “Desarrollo Social y Humano”. Véase, también, Presidencia de la República, *Avances de Actividades del Primer Semestre*, 16 de mayo, 2001: *Compromisos y Avances. Informe del Sector Salud*. Véase, también, Gustavo Leal F., “Cuatro palabras: salvar la seguridad social”, *La Jornada*, 3 de enero, 2001; Gustavo Leal F., “Andamos arando, dijo la mosca al rumiante”, *La Jornada*, 5 de febrero, 2001; Gustavo Leal F., “Calidad, ¿una lidia sin torero?”, *La Jornada*, 22 de febrero, 2001.

⁵¹ Op. cit., pp. 53-54. Todos los subrayados corresponden al original.

⁵² Op. cit., p. 66.

⁵³ Op. cit., p. 78.

⁵⁴ Op. cit.

⁵⁵ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Dirección de Calidad de la

de problemas de calidad es la falta de certificación de las unidades de salud.

Por otra parte, es urgente una reforma integral del sistema de pensiones para darle viabilidad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado existe un grave déficit en los fondos de reserva para el servicio de las obligaciones, además del crecimiento de los costos de operación, de modo tal que ambas instituciones enfrentan una situación de insolvencia. Esta crisis financiera ha obligado a absorber el fondo destinado a servicios sociales y culturales.

En cuanto a los servicios sociales, la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo hace necesario ampliar de manera significativa el servicio de guardería. En la actualidad, el IMSS atiende a 103.300 niños, mientras que el ISSSTE atiende a 34.270 niños, lo cual representa el 12 por ciento de la población potencialmente demandante: 289.059 infantes derechohabientes.⁵⁷

7) En el mismo capítulo 5 (*Estrategias*), además de otras menciones esporádicas a temas de la salud,⁵⁸ se formulan aspectos relevantes de la agenda OMS 2000 (protección económica), repeticiones del “enfoque Ruelas” de la calidad (trato digno) y puntos de vista generales de la agenda OMS 1999 (cuidado preventivo individual, familiar y colectivo), cuando afirma que:

Elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias. Asegurar el acceso a los servicios de salud y que los usuarios reciban un trato profesional y digno, que los satisfaga plenamente y que, al mismo tiempo, protejan la economía familiar de gastos excesivos, para fortalecer la cohesión social al reducir las desigualdades. Asimismo se buscará la participación responsable de la población en el cuidado preventivo individual, familiar y colectivo de la salud.⁵⁹

⁵⁷ Poder Ejecutivo Federal (2001), *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. 80.

⁵⁸ Op. cit., pp. 84-85.

⁵⁹ Op. cit., p. 82.

8) En el mismo capítulo 5 (*Estrategias*), aparece la agenda OMS 2000 (protección financiera), cuando sostiene que:

Promover sistemas de seguro para proteger financieramente a las familias ante eventuales gastos extraordinarios en salud.

Diseñar y poner al alcance de la población modalidades de seguro público en salud que cubran no sólo los gastos que realizan las familias en insumos para la salud, sino que desarrollen programas de prevención y detección de problemas de la población asegurada, además de brindarles protección financiera ante erogaciones desproporcionadas e imprevistas.⁶⁰

9) En el capítulo 6 (Área de Crecimiento con Calidad, *Antecedentes y Estrategias*), a más de otras menciones incidentales,⁶¹ se alude a la reforma zedillista de la seguridad social⁶² y a la agenda OMS 2000 (esquemas de seguros), cuando afirma que:

Garantizar seguridad a los mexicanos en caso de enfermedades, accidentes, fallecimiento o pérdida de sus bienes es prioridad para el presente gobierno. Por ello, se crearán incentivos para que los esquemas de seguros se extiendan a la mayor parte posible de la población con criterios de seguridad, claridad en las condiciones pactadas y primas accesibles.⁶³

10) Otras alusiones al paso, pueden encontrarse en el capítulo 7 (Área de Orden y Respeto, *Diagnóstico*)⁶⁴ y en el capítulo 8 (Compromisos con México), donde se afirma:

Hoy más que nunca necesitamos un gobierno cercano a la gente. Ese fue el mandato del 2 de julio, del que no nos apartaremos. Nos toca trabajar con eficacia administrativa, no con arrogancia burocrática: con honestidad en el servicio, no con abuso en el ejercicio del poder; con visión de Estado, no con mezquindad; con la mira puesta en el beneficio común, no en los intereses personales o de grupo.⁶⁵

⁶⁰ Op. cit., p. 95.

⁶¹ Op. cit., pp.119-120.

⁶² Op. cit., p. 98.

⁶³ Op. cit., p. 104.

⁶⁴ Op. cit., p. 139.

⁶⁵ Op. cit., p. 155.

Pero la agenda ausente del PND foxista aparecerá, en consecuencia, de manera ruidosa y abrumadora en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. ¿Responsable? Eduardo González Pier, Coordinador General de Planeación Estratégica de la SSA:

La salud está íntimamente ligada al desarrollo de cualquier nación. Es decir, no se puede incrementar y consolidar un país competitivo si no se cuenta con esta herramienta básica de bienestar social. En México, por ejemplo, existen importantes desigualdades económicas que conllevan una deficiente calidad de vida.

En este sentido, cerca de la mitad de los mexicanos carecen de acceso a un sistema de salud óptimo, y para un gran porcentaje de ellos combatir una o varias enfermedades significa fuertes erogaciones a su economía. Sin embargo, existe un sector de la población que está imposibilitada para acceder siquiera a un tratamiento.

Ante ello, la SSA ha implementado mediante el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* una serie de estrategias, proyectos, planes y acciones con el fin de alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades en salud.

Los proyectos encaminados a la mejoría en salud han sido desarrollados después de años de investigación. Por eso, ahora podemos mencionar los retos que surgieron a partir de diversos estudios. De esta manera los tres principales retos son el de equidad, calidad y la llamada vinculación del desarrollo económico con la salud.⁶⁶

⁶⁶ *La Jornada*, 27 de junio, 2001, Suplemento Investigación y Desarrollo, núm. 98 año IX, dirigido por Manuel Meneses. Nota de Ma. Guadalupe Camacho. Respecto a la equidad, González Pier advierte que: "la salud es determinante en el desarrollo de las personas. Por ello consideramos que el principal reto que presenta el sector salud obedece a que la cantidad de recursos que le son designados a la población están distribuidos de manera muy desigual. Esta situación es terriblemente preocupante para el desarrollo de las comunidades y de las propias personas. Ante esta problemática, la SSA desarrolla el programa denominado *Arranque parejo en la vida*. El mismo está sustentado en diversos estudios e investigaciones sociales que arrojaron un preocupante resultado: la desigualdad comienza desde antes del nacimiento. Es decir, si la futura madre no cuenta con una buena alimentación, atención médica prenatal (por ejemplo, si no se le informa del daño que ocasiona el tabaco y alcohol) y tampoco cuenta con una adecuada hospitalización, el bebé nacera ya con un deficiente

Seis. El hijo pródigo

Aunque pueda parecer increíble, no hay casi seguridad social en el PND, justo aquello que le sobró al PND zedillista.⁶⁷

estado de salud. Incluso, si la madre desconoce los beneficios que le brinda la leche materna a su hijo, no se la dará y el infante sufrirá de una importante desnutrición. Como consecuencia de tantas deficiencias, el menor empezará a presentar un bajo rendimiento de salud y, por tanto, disminuirá su desempeño escolar y con el transcurso de los años también el profesional. De esta manera se crean las desigualdades que continúan en un círculo vicioso de generación tras generación. *Arranque parejo en la vida* se enfocará a buscar garantizar una equidad desde el principio a cada mexicano. Es decir, desde antes de nacer.

El segundo reto del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es la calidad en salud. Desde hace tiempo se tienen indicios de la casi nula importancia que se le ha dado a esta problemática. Por tales motivos, son muchos los pacientes y sus familiares que indican, en primer lugar, la austeridad que prevalece dentro de los hospitales en cuanto a material médico y equipo y, en segundo término, refieren que la atención es deficiente por parte de los prestadores de servicios. La SSA tiene como objetivo incrementar la calidad técnica y la llamada interpersonal. La primera está relacionada directamente con el área científica. Es decir, es aquella que tiene como base las herramientas médicas: prevención, tratamiento adecuado, óptima prescripción de medicamentos y quirófanos en buenas condiciones, entre otras. Por su parte, la calidad interpersonal se refiere a garantizar un trato adecuado por parte de médicos, enfermeras y todo aquél personal que de una u otra manera tenga contacto con los pacientes. Es lo que conocemos como calidez. Debido a la falta de calidad en los servicios públicos —que tienen su origen principalmente en los largos tiempos de espera para una consulta y en problemas con el abasto de medicamentos y equipamiento de los hospitales, los pacientes optan por abandonar su consulta o tratamiento y, en el mejor de los casos, acuden con un médico particular, lo que les genera un gasto importante en su economía.

La llamada vinculación entre el desarrollo económico y la salud es el tercer reto de la SSA y se refiere a todas aquellas problemáticas que afectan a la salud de los mexicanos, pero que están fuera del alcance de la secretaría. De los principales determinantes que dañan la salud de la población, un importante número de ellos no están bajo el control directo de la SSA. Por ejemplo, el agua potable es uno de los principales elementos para elevar la calidad de la salud de los mexicanos y, sin embargo, no está bajo el resguardo de las autoridades del ramo. Otro determinante reto es la educación. Se ha demostrado que las madres con más alto nivel educativo son las que registran menos mortalidad durante el parto, al igual que sus hijos. Se pueden enumerar otros ejemplos más: vivienda, alimentación, ecología tabaquismo. La salida es vincular a otras dependencias con el fin de fortalecer la salud de los mexicanos. Pre-

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, previo cumplimiento de los requisitos legales.

El gobierno de la República desarrollará y ampliará las modalidades de seguridad social: brindará una mejor atención a la población

mujeres en la vida productiva para elevar su calidad de vida.⁶⁸

¿Responsables?: Santiago Levy y Benjamín González Roaro (ISSSTE).

Y sin embargo el PND ofrece un Programa ¿institucional? para ella.⁶⁹ Tal vez ahí se expliquen las “modalidades de ampliación” contempladas así como el tipo de “concertación entre instituciones públicas y privadas”. ¡A esperar!



FOTO: RAÚL RAMÍREZ MARTÍNEZ

actual y a las nuevas familias que demandarán y tendrán derecho al servicio, y apoyará a quienes no tienen esta protección; mediante la concertación entre instituciones públicas y privadas, se buscará aumentar las oportunidades de acceso a las estancias infantiles para los hijos de las madres trabajadoras y mejorar así las oportunidades de participación de las

tendemos unir esfuerzos coordinándonos con sectores de la economía que inciden sobre la salud de la población y que no están directamente bajo las autoridades de la salud. Es decir con las secretarías de Hacienda, Medio Ambiente, Desarrollo de la Vivienda y Educación Pública, entre otras, para brindar soluciones conjuntas en pro de la salud.

Los retos de equidad, calidad y vinculación del desarrollo económico con la salud tienen un sinnúmero de ramificaciones, que si no se comienzan a solucionar, la población seguirá padeciendo de injusticias en salud. Este es el comienzo de una nueva política de salud, necesitamos del apoyo de la población y de otras dependencias, unir esfuerzos en pro de una vida saludable para todos”.

⁶⁷ No hay que olvidar que a partir de él se modificó la ley del IMSS en 1995, puesta en operación en julio de 1997.

Siete. Del compromiso de las dependencias con las políticas públicas

El PND foxista también avanza respecto a los últimos 18 años de gobiernos priístas, cuando (en el capítulo 4, *Gobernabilidad democrática*) ofrece abiertamente que:

Las dependencias promoverán procesos de deliberación colectiva relacionados con las políticas públicas. Respetarán y promoverán el pluralismo. Dejarán atrás procesos clientelares. Apegarán su conducta a su derecho... Las dependencias de la administración pública federal colaborarán para que la ciudadanía esté mejor informada y desarrolle habilidades y destrezas que le permitan promover sus intereses legítimos e incorporarse a los procesos de definición, ejecución y evaluación de las políticas públicas... Las dependencias estimularán el diálogo y la negociación, sin violar jamás la ley. Promoverán la construcción de convergencias políticas y sociales que hagan frente a los grandes desafíos nacionales. Acercarán procesos de toma de decisiones a las bases sociales. Asimismo, facilitarán el acceso a la información de fuentes

⁶⁸ Poder Ejecutivo Federal (2001), *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. 82.

⁶⁹ Anexo: Relación de temas para la elaboración de programas sectoriales, regionales, institucionales y especiales, Op. cit., p. 157.

oficiales conforme al marco normativo respectivo.

Los cambios son particularmente poderosos cuando surgen de la propia sociedad y es ella la que participa en su instrumentación y evaluación...En el proceso de desarrollo integral de México es tan importante la participación de los ciudadanos y la expresión de su voluntad respecto de programas y metas de las instituciones públicas, como la evaluación de los resultados que se obtengan.⁷⁰

¿Responsables? SSA: Julio Frenk; IMSS: Santiago Levy; ISSSTE: Benjamín González Roaro.

Ocho. Del federalismo

En el capítulo 4, (*federalismo*), el PND manifiesta que:

En el mundo moderno y globalizado en el que vivimos, es cada vez más evidente que la descentralización responsable y cuidadosa, basada en criterios de eficacia, respeto a la autonomía y equidad, rinde mayores frutos que la concentración de funciones, facultades y recursos, al mismo tiempo que facilita el ahorro de recursos, la eficacia y el desarrollo sustentable.

Para que un país tenga éxito en el nuevo esquema mundial, es necesario contar con gobiernos ágiles, responsables, con capacidad de respuesta y herramientas para enfrentar los retos que impone el desarrollo. Las estrategias para resolver necesidades y crear condiciones de desarrollo en cada localidad, deben quedar en manos de las entidades federativas y los municipios para llegar a un nuevo pacto federal que habilite a cada orden de gobierno para ejecutar acciones que respondan de manera inmediata y efectiva a las necesidades de la población, y que se traduzcan en una mejora en su calidad de vida.

Es necesario fortalecer el federalismo en México. Es la forma como el desarrollo de las diferentes regiones que componen nuestro vasto territorio puede lograr que las menos desarrolladas mejoren sus condiciones y que la

Federación se vea fortalecida mediante un sano desarrollo regional.

En la medida en que se fortalezcan los mecanismos para acercar las decisiones de gobierno al ámbito en que éstas son requeridas, en esa medida será el grado de pertenencia que tengan para resolver los problemas o aprovechar las oportunidades de las localidades en cuestión, elevando de esta forma el impacto y la eficacia en el uso de los recursos y logrando mejores resultados para la población que cada vez demanda más y mejores satisfactores a sus necesidades.

El Ejecutivo federal está comprometido a acelerar el proceso de federalismo, la justa redistribución del gasto, la capacidad para generar mayores ingresos, así como el poder de decisión y de ejecución de obras y prestación de servicios públicos, hacia los gobiernos locales. Por ello, resulta indispensable fortalecer y respetar las autonomías estatales y municipales, reconociendo la capacidad de autodeterminación y ejecución de los órdenes de gobierno, habilitándolos para que sean los principales artífices de su desarrollo.⁷¹

¿Responsables? SSA: Julio Frenk; IMSS: Santiago Levy; ISSSTE: Benjamín González Roaro

Nueve. Promesas, promesas y más promesas

Además, el foxismo ofrece que su PND 2001-2006 será evaluado por 60 consejos ciudadanos que:

...tendrán como prerrogativa emitir recomendaciones y propuestas para mejorar, en su caso, los programas implantados por el Ejecutivo Federal.⁷²

¿Responsable? Rodolfo Elizondo y la Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento.

¡No es poco! Y no hay que soslayar que el propio documento prospere, respecto, a sus

⁷⁰ Op. cit., p. 44.

⁷¹ Op. cit., p. 45, Cfr., también, pp. 43 y 64.

⁷² *La Jornada*, 21 de junio, 2001.

predecesores, al reconocer explícitamente (en el capítulo 2, La Elaboración del Plan Nacional de Desarrollo) que:

...los avances, logros y retrasos de los programas constituirán el informe de evaluación del Plan Nacional de Desarrollo, que se preparará anualmente.⁷³

Y también que, como:

...instrumento rector de toda la acción de la administración pública federal...es presentado para su análisis y discusión al H.Congreso de la Unión.⁷⁴

A lo que hay que agregar, que:

...cada año se presentarán al Congreso de la Unión los programas operativos anuales de cada entidad de la administración pública federal.⁷⁵

Y, finalmente, que:

La claridad en metas y objetivos, junto con la amplia disponibilidad de información tanto en el seno del propio gobierno como para la sociedad, permiten establecer una relación sistemática y transparente entre el gobierno y los ciudadanos para efectuar el seguimiento y la evaluación del desempeño de las entidades que conforman la administración pública y de sus funcionarios.

Para ello se creará un sistema de seguimiento y control, cuyo elemento central es el Sistema Nacional de Indicadores que mide el avance del Plan Nacional de Desarrollo en cada uno de sus objetivos y estrategias. Cada secretaría y organismo descentralizado definirá sus objetivos.⁷⁶

¡Veremos!

Diez. Sacrificio del votante medio y traición al voto sincero

Los escasos y deshilvanados cuerpos de políticas de salud que se incluyen en el PND, no revertirán las graves inercias que legaran los últimos 18 años del soberonismo priísta. Contribuirán con 6 años más de “política de la no política”: agudizarán, ahora bajo la forma de un soberonismo-foxista, las tendencias sectoriales ya descontroladas en curso y profundizarán la severa polarización del perfil de daños a la salud del México contemporáneo.

Mientras el votante medio ha sido sacrificado, el voto sincero ha sido traicionado. Ningún médico, ninguna enfermera o personal paramédico, ni ningún paciente: nadie, salvo tal vez algunas firmas, puede aguardar de éste PND algo mejor para su futuro mediato. En el sector salud, el foxismo no trajo “cambio” ni “alternancia”. Tan sólo la extensión del valle de lágrimas que ya era y seguirá siendo la arena de esta política pública. El ciudadano elector es, en realidad, el ciudadano súbdito de un costoso aparato de gobierno que hace tiempo dejó de controlar los asuntos de su competencia. A cambio del regular pago de sus impuestos, el ciudadano súbdito recibe casi nada.

Como bien apunta Robert D. Kaplan en *La anarquía que viene. La destrucción de los sueños de la posguerra fría*:

...cómo y cuando votemos en los próximos cien años puede ser un detalle insignificante para los historiadores...una elite con escasa lealtad al Estado y una masa aficionada a los espectáculos de gladiadores forman una sociedad en la que gobiernan corporaciones gigantescas y la democracia es hueca.⁷⁷

En la pequeña galaxia que describe la administración pública mexicana de principios de siglo, la estrella llamada sector salud coincide exactamente con la imagen de un hoyo negro: un jardín abandonado al cual ya

⁷³ Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, 2001, p. 9.

⁷⁴ Op. cit., p. 10.

⁷⁵ Op. cit., p. 11.

⁷⁶ Op. cit.

⁷⁷ Ediciones B. Barcelona, 2000.

⁷⁸ Deutsch, Op. cit.

resulta incluso difícil acceder. Los responsables del “ramo” parecen haber acabado de abdicar de su función gubernamental.⁷⁸ Eso sí: con un vasto proceso electoral legítimo sobre los lomos.

Hace más de 18 años que nadie lo atiende: está virtualmente dejado a su suerte entrópica. El sector salud mexicano ilustra el guión de la política posmoderna: en él se combinan gobiernos vacíos y una fragmentación social creciente. Como premoniza Kaplan:

la democracia es dudosa; la escasez es más segura⁷⁹

¿Será el foxismo la alborada del nuevo medioevo sanitario? Sin duda muy temprano, ya ha llegado el tiempo de los otros. Su PND no es una carta de navegación capaz de trazar el Norte del primer sexenio del cambio y la alternancia del México moderno. Es, por el contrario, una carta de extravío, la mejor prueba de que entre el plato y la boca se cae la sopa. Ahora tenemos claro que el foxismo ha perdido la gran oportunidad de ser una opción políticamente real para el México que lo agurdaba. Optó por ser una versión *light* del “más de lo mismo pero peor”: lo inercial y lo más sencillo. Por ello mismo: lo más tedioso. Su penosa iniciativa de reforma fiscal —copia desmejorada de *México: Una Agenda Integral de Desarrollo para la Nueva Era del Banco Mundial*— lo prueba con suficiencia.

El PND no se atrevió a pensar el país que estaba listo para su oferta de cambio. Como consignara Cosío Villegas en *La Crisis de México*,⁸⁰ volvió a fallar la “revolución”, en este caso, frente a los intereses que la auparon para, luego, asfixiarla poco a poco.

Pero como llegó Fox, llegaran otras oportunidades, confiamos en que mejores. Es inevitable examinar sus garrafales errores: la fatal conformación del gabinete,⁸¹ sus iniciativas

⁷⁹ Obras Completas, Clío-El Colegio Nacional, México, 1997, p. 29.

⁸⁰ Cita Al respecto, véase también, Héctor Ceballos, “Francisco J. Múgica y la elección presidencial de 1939-1940”, *La Jornada Semanal*, 24 de junio 2001.

⁸¹ Hasta el insigne panista Rodolfo Elizondo, cuadro cercano al PAN y más cercano aún al “equipo foxista de Los Pinos”, ha tenido que reconocer que: “me parece

para el primer año de gobierno,⁸² la hechura neopriísta del PND y la vergonzosa “plataforma de consultas” del tecnocrático PNS.

Votante medio y sincero siempre habrá. Falta que “la revolución” a que alude Cosío Villegas, aprenda a estar a su altura: que se comprometa realmente con el sentido del voto que seguirá clamando por el cambio.

Como en los tiempos de la caída priísta, hay ya que empezar a mapear los escenarios para *los otros*; para aquellos que armarán otro camino capaz de conducir digna y responsablemente la *res pública*.

Escribe el profesor Colomer que:

cuanto mayor sea el número de individuos que participen en la elección de los líderes y la toma de decisiones, mayores serán las oportunidades de que los grupos grandes desarrollen sus demandas y obtengan satisfacción con los resultados políticos.⁸³

Hay pues que esperar que que ese mayor número de individuos sea cada vez más capaz de favorecer decisiones de abajo hacia arriba, rompiendo así las tentadoras e interesadas atrofias de que gusta disfrutar más de un parlamentario.

Pero como advierte el propio PND foxista en sus páginas iniciales:

Seamos capaces no sólo de soñar, sino de trabajar con empeño para que nuestros sueños se transformen en realidad.⁸⁴

que desde el punto de vista de un Gobierno de transición el gabinete pudiera haber sido un gabinete más de transición: más elementos del PAN, más representación del PRI, y más inclusión del PRD, cosa que no se dio”, *Reforma*, 27 de junio, 2001.

⁸² Por ejemplo, a Luis Felipe Bravo Mena, presidente del PAN, se le preguntó: “¿A Manuel Gómez Morín y Efarín González Luna les gustaría el Gobierno de Fox? Hay que ver sus discursos, sus tesis, por lo que lucharon, por lo que funsaron al PAN, y la acción de Fox, del Gobierno, me parece que va en esa mística, en esa inspiración, claro que adaptada a los tiempos de hoy” respondió, *Reforma*, 28 de junio, 2001. Nota de Ernesto Núñez.

⁸³ Josep M. Colomer, *Instituciones Políticas*, Ariel Ciencia Política, Barcelona, 2001, p. 14.

⁸⁴ Poder Ejecutivo Federal (2001), *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. IX.

De qué se muere en México

Carolina Martínez Salgado*

Asomarse al complejo escenario de los problemas de salud de la población a través del estudio de la mortalidad por causa, es un ejercicio tan interesante como necesario para la elaboración de hipótesis sobre las relaciones entre los perfiles de causas de muerte, los elementos de riesgo que podrían estar involucrados en su explicación, y los retos que éste plantea a la organización de los servicios de atención médica y a las políticas orientadas a corregir los escenarios en los que se originan los riesgos identificados. En las siguientes páginas revisaremos los principales problemas que este ejercicio supone y la riqueza de posibilidades que ofrece.

Estudiar con atención cómo va cambiando el perfil de las enfermedades y accidentes que conducen a la muerte, es una tarea que debe acompañar al estudio de las variaciones en los niveles de la mortalidad expresados en indicadores como las tasas de mortalidad y la esperanza de vida (véase esquema 1).

Este último tipo de indicadores refleja, en términos generales, una mejoría en la situación de salud de la población, al menos si se juzga por la discreta disminución de la tasa cruda de mortalidad y el decrecimiento de las tasas de mortalidad infantil (gráfica 1) y las de los grupos de edad jóvenes, lo que se refleja también en el incremento de la esperanza de vida.¹

* Profesora-investigadora, Departamento de Atención a la Salud, UAM-X.

¹ Aunque cuando se trabaja en niveles regionales o poblacionales más desagregados, la disparidad de la que están hechas estas mejorías (que no necesariamente lo son para todos) empieza a ponerse en evidencia.

Pero para examinar las modificaciones en el tipo de padecimientos que conducen a la muerte hay que recurrir a otro indicador: la mortalidad por causa, que nos permite plantear hipótesis sobre las relaciones entre la ocurrencia de esos padecimientos, los factores de riesgo que los ocasionan (derivados de las condiciones en que se desenvuelve la vida de las personas), y el papel que en esta trama podría jugar la provisión de servicios médicos en cada una de sus dos vertientes, la preventiva y la curativa.

Una adecuada lectura de la mortalidad por causa requiere de un conocimiento especializado y de una interpretación responsable de su significado. Al observar la mortalidad a través de este indicador, hay que imaginar que nos encontramos frente a un prisma que puede ofrecer tan diversas imágenes de la situación como facetas tiene, de modo que la impresión que nos formaremos dependerá de los ángulos que vayamos sometiendo a escrutinio.

Así, el escenario puede variar si nos concentramos en las principales causas de muerte para la población general, o en las que afectan con mayor intensidad a las mujeres o a los hombres; a los niños, los adolescentes, los adultos o los adultos mayores; si lo que examinamos son las causas de muerte que prevalecen en cada entidad federativa, o en cada uno de los municipios o localidades que las integran; o cuando nos ocupamos de alguno de los padecimientos específicos, entre los muchos que llegan a ocasionar una defunción (las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los distintos cánceres o las diversas clases de patología infecciosa, por mencionar solo algunas).

de vista sobre el tipo de análisis que consideramos necesario para seguir la trayectoria de este indicador en las distintas zonas del país. Y terminaremos postulando la necesidad de mantener abierta la pregunta sobre el destino de los padecimientos que con mayor probabilidad conducirán a la muerte en los años por venir: un destino que, sin duda, nos involucra.

Lo que el observador debe saber

Hay ciertos puntos que conviene tener en mente para toda lectura de la *mortalidad por causa*. En primer lugar, la información disponible

Esquema 1 Para un seguimiento de la mortalidad	
<i>Los niveles (magnitud de la mortalidad)</i>	<i>Los perfiles (tipo de padecimientos que ocasionan las defunciones)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>El país</i> <ul style="list-style-type: none"> — Tasas de mortalidad <ul style="list-style-type: none"> • por sexo • por edad — Esperanza de vida • <i>Las regiones</i> <ul style="list-style-type: none"> — Tasas de mortalidad general por entidad federativa <ul style="list-style-type: none"> • por sexo • por edad — Esperanza de vida por entidad federativa <ul style="list-style-type: none"> • por sexo 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El país</i> <ul style="list-style-type: none"> — Mortalidad por causa <ul style="list-style-type: none"> • por edad • por sexo • por otras variables • <i>Las regiones</i> <ul style="list-style-type: none"> — Principales causas por entidad federativa <ul style="list-style-type: none"> • por edad • por sexo • por otras variables

Con toda la dificultad que entraña, atender a la perpetua mutación de la mortalidad por causa en sus muy diversos ángulos es una de las tareas ineludibles para orientar el diseño y realizar la evaluación de las políticas públicas que pretenden incidir en la mejoría de los niveles de salud de la población y modificar, así, los caminos que conducen a la muerte.

En estas páginas haremos el siguiente recorrido. Iniciaremos con un conjunto de advertencias básicas que todo lector de la mortalidad por causa debe conocer. Asomaremos, luego, a cinco de los muchísimos ángulos de este multifacético prisma. Presentaremos después, en forma muy sintética, las principales posiciones teóricas sobre el significado del curso que ha seguido el perfil de causas de defunción. Expondremos, a continuación, nuestro punto

para conocer la patología que conduce a la muerte no siempre es tan fidedigna como sería de desear.² Aunque se procura que la certificación de la causa de muerte sea hecha por un médico, esto no ocurre en todos los casos y, aún cuando así sea, no siempre es fácil identificar acertadamente el padecimiento que lle-

² Como lo advierte la propia Secretaría de Salud, aún para la información más recientemente publicada (SSA, 2000. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1998. Sección preparada por la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México. *Salud Pública de México* 42 (2): 155; SSA, 2001. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1999. Sección preparada por la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México. *Salud Pública de México* 43 (1): 67). Véase también Camposortega, S. 1992. *Análisis demográfico de la mortalidad en México 1940-1980*, El Colegio de México.

vó al desenlace fatal.³ Además, la fiabilidad de esta información es distinta para diferentes grupos de edad y para cada zona del país.⁴ Los problemas con la calidad de la información se hacen aún más evidentes conforme mayor es el nivel de desagregación (poblacional, temporal o geográfico) con el que se trabaja.⁵

En segundo término, hay que saber que la impresión obtenida sobre los padecimientos que con mayor frecuencia conducen a la muerte puede variar mucho de acuerdo con la agrupación que se utilice. La base de todas ellas es la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud, que se revisa cada diez años para reajustarla a los avances del conocimiento médico. La versión que correspondió a la mayor parte de la década de los noventa fue la novena revisión de esta clasificación.⁶ La mayor parte de las publicaciones estadísticas sobre la mortalidad por causa en el país durante esa década presentaron la información a partir de la denominada *Lista Básica*, una agrupación intermedia entre la extremadamente detallada lista de cada una de las entidades nosológicas conocidas a la fecha de la emisión de la clasificación, y la mucho más gruesa y general agregación en grandes grupos de causas,⁷ que

³ Hemos discutido algunas de las complejidades implicadas en el manejo del código médico en Córdova A, Leal G y Martínez C., 1989. El diagnóstico médico en el estudio de la mortalidad por causa. En: Jiménez R, ed. *Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y la morbilidad en niños menores de cinco años*. México: CRIM-UNAM, pp. 39-45.

⁴ Como se detalla en las notas de la Secretaría de Salud citadas en la nota 3, y como lo han documentado también numerosos investigadores.

⁵ Véase, por ejemplo: Martínez, C., 1994. *Tres perspectivas de la mortalidad en el Estado de México*, en Navarrete, E., Vera, M. (coordinadoras). *Población y Sociedad*. México: El Colegio Mexiquense y Consejo Estatal de Población, pp. 127-152.

⁶ OMS, *Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1985*. Washington: Organización Mundial de la Salud, 1988.

⁷ Que se han ido incrementando paulatinamente, de modo que en las últimas décadas ha pasado de 17 grandes grupos o capítulos a 19, y en la última revisión (1998), a 21. Una buena síntesis de los principales cambios introducidos en esta última revisión, que fue la décima, puede encontrarse en la sección preparada por la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de salud en *Salud Pública de México* 42 (2): 155.

puede facilitar las presentaciones exhaustivas del conjunto de las causas de defunción, pero dificulta identificar con precisión la naturaleza de los padecimientos específicos. Sin embargo, la publicación de las principales causas de mortalidad para 1999 (información con la que preparamos los cuadros que aparecen más adelante) se realizó a partir de la llamada *Lista Mexicana*, elaborada a partir de las modificaciones que se introdujeron en la 10a. revisión de 1998:

Cabe destacar que el primero de enero de 1998 se implantó en nuestro país la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Esta nueva revisión trajo grandes modificaciones en la nomenclatura, el número de las categorías y subcategorías, así como los procedimientos de codificación y selección de la causa básica de defunción.

De común acuerdo con las instituciones del Sistema Nacional de Salud y el INEGI [Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática] se elaboró una lista resumida o condensada denominada "Lista Mexicana", la cual se asemeja mucho a la Lista Básica de la CIE-9 [Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión]. La Lista Mexicana, además, es el punto de partida para la selección de las principales causas de muerte, mediante un procedimiento acordado también por las instituciones.⁸

Como tercer punto, es importante recordar que los indicadores de mortalidad hablan de un daño muy extremo, la muerte, pero no lo dicen todo sobre las enfermedades, ni tampoco sobre las condiciones de salud de las personas, ni sobre el cúmulo de riesgos a los que éstas se encuentran expuestas a lo largo de su vida. Por una parte, existen muchísimas enfermedades que, afortunadamente, no terminan en la muerte. Por la otra, la gente se vale de todos los recursos que se encuentran a su alcance para protegerse de la enfermedad, aunque siempre a partir de sus propias

⁸ SSA, 2001. *Mortalidad 1999*, Coordinación general de planeación estratégica, Dirección general de información y evaluación del desempeño, Secretaría de Salud, México, 2001, p. II.

percepciones de lo que es saludable y lo que es nocivo.⁹ En el caso mexicano, pese a las difícil situación en la que transcurre la vida de buena parte de la población, es posible observar una muy ingeniosa utilización de los recursos individuales, familiares, comunitarios e institucionales para protegerse de los riesgos percibidos y para enfrentar los daños a la salud que no logran eludirse, en ocasiones dentro de márgenes de acción verdaderamente estrechos.¹⁰ Finalmente, debe considerarse que el momento en el que actúan los elementos postulados como factores de riesgo no es el mismo que aquel en el cual ocurre el desenlace mortal. Primero ocurre la exposición, más o menos larga, a los riesgos de enfermar y de morir por determinada enfermedad; luego aparecen las enfermedades ocasionadas por esos riesgos; y todavía más tarde, en algunos casos, estas enfermedades conducen a la muerte. La diversidad de exposiciones que afectan a las personas a lo largo de su vida hace difícil identificar los vínculos de causalidad entre esas constelaciones de riesgos y la patología que conduce a la defunción.¹¹ Así que el análisis de las relaciones entre la mortalidad (el conjunto de las defunciones), la morbilidad (el conjunto de las enfermedades) y las condiciones en las que transcurre la vida de la población (riesgos para la salud) es de muy alta complejidad.

⁹ Córdova A., Leal G. y Martínez C., 1989. *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*. México: UNAM-X; Martínez, C., 1999. Salud y medio ambiente: la perspectiva local. En Izazola, H. (coordinadora). *Desarrollo sustentable, medio ambiente y población. A cinco años de Río*, México: El Colegio Mexiquense, pp. 137-159; Martínez, C., 1999. Población y ambiente en la periferia de Xochimilco: un escenario contradictorio. En Benítez, C., Jiménez, R. (coordinadores). *Hacia la demografía del siglo XXI*. México: UNAM y Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 73-92.

¹⁰ Martínez, C., 1993. *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*. México: El Colegio de México y Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; Martínez, C., 1999. Población y medio ambiente: Avances de un estudio en Xochimilco. En Izazola, H. (coordinadora). *Población y ambiente. Descifrando el rompecabezas*. México: El Colegio Mexiquense y Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 203-234.

¹¹ Rothman, K. 1986. *Modern epidemiology*. EUA: Little, Brown and Co.

Cinco caras de la mortalidad por causa

Para ilustrar la riqueza de posibilidades, pero también las dificultades que entraña el análisis de la mortalidad por causa, revisaremos aquí sólo cinco de sus múltiples facetas (por cierto que no las más complicadas). Las cuatro primeras imágenes se refieren a un mismo corte trazado en el tiempo: el año de 1999 (que corresponde a la información más reciente publicada al momento de la redacción de este trabajo). En la primera, la más simple y general, observaremos solamente cuáles son las quince principales causas de mortalidad para el conjunto de la población mexicana (cuadro 1). En la segunda, que hemos incluido en el mismo cuadro que la anterior, nos concentraremos en las quince más frecuentes causas de defunción para cada sexo.¹² En la tercera imagen mostraremos las cinco principales causas de mortalidad para cinco grandes grupos de edad (cuadro 2). La cuarta está diseñada para examinar las cinco más frecuentes causas de mortalidad en cada una de las 32 entidades federativas durante el año de 1999 (cuadro 3). La quinta y última de las caras que revisaremos introduce, al fin, la dimensión temporal, para ver cómo ha variado en la última década la mortalidad por causa para la población general en el país en su conjunto (cuadro 4). El lector podrá imaginar el tipo de imagen multidimensional que se obtendría si se observara simultáneamente, a través de estos cinco ángulos o facetas del prisma, cómo varía el curso de la mortalidad por causa para cada sexo, grupo de edad y región del país a lo largo de los años.¹³

¹² Hablaremos de sexo como variable, y no de género como concepto, para evitar el abuso de este último término que, como se plantea en la discusión sociológica, contempla muchas dimensiones más que la sola distinción de la configuración anatómica y fisiológica de las personas.

¹³ Incluso es posible afinar todavía más estos análisis, trabajando con variables adicionales como la escolaridad, condición de actividad económica, ocupación, estado civil, condición de derechohabiente, condición de atención médica y sitio de ocurrencia de la defunción, ya que recientemente la Secretaría de Salud ha empezado a poner a la disposición de los usuarios, en discos compactos, las bases de datos originadas en los certificados de defunción.

Principales causas de mortalidad en México

En el año de 1999 se reportó el fallecimiento de 443,950 personas en el país. Aproximadamente la mitad de estas muertes (52.1 %) se debieron a enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, accidentes o enfermedades del hígado (cuadro 1).

Las enfermedades del corazón que con mayor frecuencia llevaron a la muerte fueron las isquémicas (44,070 casos), y muy en especial el infarto agudo del miocardio (35,201 defunciones).

De los tumores malignos, los que más muertes ocasionaron fueron los de los órganos digestivos (16,863 fallecimientos), en especial los de estómago, hígado y vías biliares; y en segundo lugar, los de los órganos genitourinarios (12,472 muertes), sobre todo los del cuello del útero y los de próstata.

La diabetes mellitus, 3ª. causa de muerte en este año en el país, es con mucho la más frecuente de las enfermedades endocrinas y metabólicas que conducen a la defunción.

De los 35,690 decesos ocasionados por accidentes, 11,659 se debieron a accidentes de tráfico de vehículos de motor. Llama la atención que un número similar (11,983) haya sido clasificado dentro de las llamadas categorías residuales (“otros” o “las demás causas”), lo que sugiere que la clasificación no está siendo suficiente para dar cuenta de cierto tipo de problemas que ocurren con elevada frecuencia en el contexto mexicano.

Hay dos clases de enfermedades del hígado que se sumaron para ocasionar un elevado número de defunciones: la enfermedad alcohólica del hígado (de presencia ancestral en el país) y las clasificadas

como “otras enfermedades del hígado”, en donde las hepatitis (de más reciente y muy preocupante aparición como patología mortal en México) ocupan un destacado lugar.

Si a estas cinco causas les añadimos las diez que les siguen en frecuencia, estaremos dando cuenta de cuatro quintas partes de la mortalidad durante ese año en el país. Estas últimas diez nos permiten, además, ver las direcciones hacia las cuales se dispersa la patología que está llevando a la muerte a la población mexicana, y plantear un buen número de interrogantes sobre los factores que podrían estar subyaciendo a su ocurrencia.

En la misma dirección que las tres primeras apuntarían, por ejemplo, padecimientos que resultan de largas exposiciones al “portafolio de riesgos” de las sociedades occidentales modernas, como las enfermedades cerebrovasculares, las pulmonares obstructivas crónicas, el conjunto integrado por las bronquitis crónicas, las no especificadas, el enfisema y el asma, o el que configuran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (con las malformaciones congénitas del aparato circulatorio a la cabeza). En una dirección distinta apuntaría el heterogéneo universo de los homicidios y agresiones. En otra más, que bien podría sugerir la existencia de serias limitaciones en el acceso a la atención médica o en su calidad, apuntan las afecciones originadas en el período perinatal (la más frecuente de ellas la cla-



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

sificada como “dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal”), la insuficiencia renal, la influenza y neumonía,¹⁴ las infecciones intestinales, y quizá incluso, en la medida en que representan diagnósticos imprecisos que podrían deberse a la falta de acceso a la atención médica, el rubro denominado “síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte” (que, por su frecuencia, estarían ocupando el 13º. lugar). Finalmente, en el extremo más lamentable de todo este espectro, tenemos problemas carenciales tan severos como los que llevan a la muerte por desnutrición y otras deficiencias nutricionales, al cual habría que adscribir también, muy probablemente, la porción de las enfermedades del hígado ocasionada por la enfermedad alcohólica (en muchos casos con componentes de deficiencias nutricionales).

En este trabajo hemos decidido, de manera por entero arbitraria, hacer un corte en las quince primeras causas de defunción. Pero, para avivar el interés del lector sobre lo que las causas de muerte nos pueden ayudar a ver con respecto a nuestras formas de vida, mencionemos para terminar las cinco siguientes causas de muerte, que completarían la nada halagüeña lista de las veinte enfermedades más al acecho: la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (4,204 casos), las anemias (3,581), los suicidios (3,339), la tuberculosis pulmonar (3,229) y la septicemia (3,085).

Hombres y mujeres frente a la muerte

Ambos sexos tienen la triste fortuna de compartir como primera causa de muerte a las enfermedades del corazón (isquemias, infartos) (cuadro 1). La diferencia reside en el porcentaje que éstas ocupan dentro del total de las defunciones en cada caso, que resulta un poco mayor para las mujeres (con 17.5 %, frente a 14.1 % en los hombres, aún cuando el número

¹⁴ En realidad, fundamentalmente neumonía (13,893) ya que el número de defunciones por influenza es mínimo (175).

de fallecimientos por infarto del miocardio reportados en la publicación es mayor para los hombres que para las mujeres: 20,045 y 15,153, respectivamente).

La segunda causa de muerte para el sexo masculino son los accidentes (los más comunes, los de tráfico de vehículos de motor), seguidos por los tumores malignos (principalmente los de tráquea, bronquios y pulmón, y próstata), la diabetes mellitus y las enfermedades del hígado.

Para las mujeres, la segunda causa de defunción la ocupan los tumores malignos (sobre todo los del cuello del útero y el grupo del que forma parte el de mama), seguidos por la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares (todas estas en una proporción del total de defunciones femeninas mayor que para el caso masculino). El quinto lugar lo ocupan los accidentes, en proporción bastante menor que para el caso masculino y con la peculiaridad de que para ellas, los más frecuentes no son los de vehículos de motor, sino los que se encuentran clasificados en las categorías residuales (“otros”, “las demás causas”).

Sólo tres notas más sobre los diferenciales por sexo de la mortalidad por causa. Una: la mortalidad por homicidios es notablemente mayor para los hombres que para las mujeres (10,827 y 1,411, respectivamente). Dos: la proporción del total de muertes femeninas por desnutrición y otras deficiencias nutricionales es algo mayor que para los hombres (5,022 y 4,753, respectivamente). Tres: aunque no figura ya en nuestro cuadro (por no formar parte de las 15 más frecuentes), cabe observar que las defunciones por suicidio son bastante más frecuentes en los hombres (2,830) que en las mujeres (509 casos).

Aún este rápido y superficial repaso de las variaciones por sexo puede dar una idea de las muchas hipótesis por plantear para explicar los riesgos diferenciales que afectan a los hombres y las mujeres para morir por uno u otro padecimiento, y la importancia de introducir variables adicionales para tratar de identificar las relaciones que esto guarda con las circunstancias en las que transcurren sus vidas.

Las variaciones de la mortalidad por causa para cada grupo de edad

Los padecimientos que con mayor frecuencia cobran la vida de las personas no son los mismos a lo largo de la vida. La mortalidad por causa en los distintos grupos de edad nos remite tanto a la vulnerabilidad propia de cada momento del ciclo vital humano, como a las circunstancias del entorno ambiental en las que cada una de esas etapas es vivida (y, conforme se avanza en edad, también a la combinación de las exposiciones sufridas en las edades precedentes).

Como se observa en la primera parte del cuadro 2, durante el primer año de vida el más importante riesgo de muerte estuvo constituido por las afecciones originadas en el período perinatal, en particular las clasificadas como dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal. Casi la mitad de las defunciones en este grupo de edad se debieron a esa causa (sabemos, además, que esta amenaza se concentra sobre todo en el momento mismo del nacimiento). Otra quinta parte la ocasionaron las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (en especial las del sistema circulatorio). Las siguientes dos causas que ponen en peligro la vida del niño antes de su primer cumpleaños son la neumonía e influenza, y las infecciones intestinales, ambas de naturaleza infecciosa. El quinto lugar lo ocupan los accidentes (al igual que para las mujeres, la mayor parte de éstos se encuentran clasificados como “otros” o “las demás causas”, sin mayores precisiones).

En las edades preescolares (de 1 a 4 años), los accidentes (del tipo “las demás causas”) pasan a ocupar el primer lugar, ocasionando casi la cuarta parte de las defunciones. A continuación vienen las malformaciones congénitas, luego los dos grupos de problemas infecciosos ya mencionados (neumonía e influenza, e infecciones intestinales), y después, como antaño, la desnutrición.

En las edades escolares (5 a 14 años), los accidentes (“otros”) continúan en primer lugar, causando la tercera parte de los decesos. Los tumores malignos empiezan a hacer su

aparición, con el segundo lugar (los hay de diversos tipos, pero destacan por su frecuencia las leucemias). Los siguen las malformaciones congénitas, los homicidios (250 casos en el año que revisamos), y en quinto lugar, la parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos.

De los 15 a los 64 años las defunciones se distribuyen, casi en partes iguales, entre los tumores malignos de los más diversos tipos, los accidentes (de vehículos de motor y los de naturaleza poco especificada), la diabetes mellitus, las enfermedades del hígado y las del corazón.

Y en la llamada edad postproductiva, de los 65 años en adelante, pasan a ocupar el primer lugar las enfermedades del corazón, seguidas por los tumores malignos y la diabetes mellitus. Estos tres padecimientos causaron casi la mitad de las muertes en este grupo de edad. Las dos que les siguen en frecuencia son las enfermedades cerebrovasculares y las pulmonares obstructivas crónicas.

Como en el caso de la mortalidad por sexo, se evidencia la necesidad de incorporar variables que nos ayuden a delimitar con mayor precisión a los distintos grupos de riesgo. Pero, a grandes rasgos, se alcanza a percibir cómo va transcurriendo, a lo largo de la vida de la población, la sucesión de acechanzas de las cuales habría que ir protegiendo.

La diversidad regional

El estudio geográfico de la mortalidad ha sido un recurso utilizado desde mucho tiempo atrás,¹⁵ incluso en México,¹⁶ pese a los problemas metodológicos y técnicos que plan-

¹⁵ Hirsch, A. 1883. *Handbuck der historisch geographischen pathologie* (citado por Mausner y Bahn, *Epidemiología*, Ed. interamericana, 1977, p. 83; May, J. 1958. *The ecology of human disease. Studies in medical geography*, N. York: MD Publications, Inc.

¹⁶ Orvañanos, D. et al. 1889. *Ensayo de geografía médica y climatológica de la República Mexicana* (citado en *Atlas de la salud de la República Mexicana*, México: Secretaría de Salubridad y Asistencia 1973); SSA, 1973. *Atlas de la salud de la República Mexicana*, México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, México; Coplamar 1982. *Necesidades esenciales en México. Geografía de la marginación*. México: Coplamar y Siglo XXI.



FOTO: RAÚL RAMÍREZ MARTÍNEZ

tea.¹⁷ Al trabajar con un enfoque geográfico hay que tener en cuenta que los datos agregados sobre las características poblacionales y contextuales no permiten llegar a conclusiones aplicables al nivel individual de ocurrencia de los problemas de salud. Este tipo de aproximación no debe utilizarse, por eso, para postular explicaciones precisas sobre las causas de enfermedad y de muerte. Lo que esta modalidad de exploración sí permite es poner en evidencia ciertas desigualdades, sugerir ciertas relaciones entre factores de riesgo y sus efectos, y orientar hacia el planteamiento de hipótesis plausibles que pudieran dar cuenta de lo que ocurre.¹⁸ Pero no hay que olvidar que después será necesario realizar una contrastación más fina de las hipótesis formuladas, mediante otra clase de diseños de investigación.

¹⁷ Noin, D., 1990. L'étude géographique de la mortalité: bilan et problèmes, *Espace, populations, sociétés* 3:367-376; López Ríos, O., Wunsch, G., 1990. Methodes spatio-temporelles pour l'analyse de la mortalité, *Espace, populations, sociétés* 3:393-402; Vallin, J., 1990. Quand les variations géographiques de la surmortalité masculine contredisent son évolution dans le temps, *Espace, populations, sociétés* 3: 467-478; Cislighi, C., Braga, M., Danielli, A., Luppi, G., 1990. An analysis of the spatial association between cancer mortality and risk factors: the role of the geographical scale, *Espace, populations, sociétés* 3.

¹⁸ Noin, D., Op. cit., López Ríos, O., Wunsch, G., Op. cit.

Con todas estas salvedades, veamos cuáles fueron las cinco principales causas de defunción en cada una de las 32 entidades federativas durante al año que hasta aquí nos ocupa (cuadro 3).

Para comenzar, podemos notar que las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte en prácticamente todas las entidades, con sólo dos excepciones: Chiapas, en donde la superan los tumores malignos, y Quintana Roo, en donde es rebasada por los accidentes.

La segunda causa de muerte, en 25 de las 32 entidades, son los tumores malignos. En las siete restantes ocurre lo siguiente: en Chiapas, como acabamos de ver, éstos ocupan el primer lugar); en Quintana Roo se encuentran en tercer lugar, luego de los accidentes y las enfermedades del corazón; en Puebla les corresponde el cuarto lugar, precedidos por las enfermedades del hígado y la diabetes mellitus; y en el D.F., Guanajuato, México y Tlaxcala ocupan el tercer lugar, luego de la Diabetes Mellitus.

En términos generales, podemos ver que en 29 de las 32 entidades las cuatro causas que (independientemente de su orden) figuran entre las cinco primeras, son las enfermeda-

des del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y los accidentes. Las tres excepciones son el D.F., Veracruz y Yucatán, en donde los accidentes no forman parte de las cinco primeras causas de muerte.

Fuera de esto, la diferenciación más notable es la que introduce la quinta causa de defunción, lo que nos permite clasificar a las 32 entidades en los siguientes 5 grupos:

a) Aquellas en las cuales esta quinta causa, que se integra a las cuatro mayoritariamente compartidas (enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y accidentes), son las *enfermedades del hígado*. Esto significa que tienen las mismas cinco causas de defunción que el país visto en su conjunto (aunque el orden de frecuencia no sea idéntico). Este grupo está integrado por nueve entidades caracterizadas, por cierto, por sus relativamente elevados niveles de pobreza: Campeche, Chiapas, Hidalgo, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro y Tlaxcala.¹⁹

b) Entidades en las cuales figuran, entre las cinco primeras causas, las *enfermedades cerebrovasculares*. Componen este grupo 17 entidades, entre ellas las de la frontera norte y varias del centro-norte: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas.

c) Entidades para las cuales la quinta causa son *ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal*, que son solamente dos: Quintana Roo y Tabasco.

d) Una sola entidad en donde la quinta causa son los *homicidios*: Guerrero.

e) Y el ya mencionado caso de las tres entidades para las cuales los accidentes no fi-

¹⁹ Lo que sugeriría que, para 1999, el perfil de causas de muerte del país como conjunto se ha desplazado ya hacia el lado de las entidades pobres (situación que no se observaba en momentos más tempranos de la década, en donde se superponía más bien con el patrón del siguiente grupo que aquí describimos, más típico de las entidades de la frontera norte).

guran entre las cinco primeras causas, de modo que éstas se componen por las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus (como en todas las demás entidades), a las que se agregan las *enfermedades cerebrovasculares* y las *enfermedades del hígado*: D.F., Veracruz y Yucatán.²⁰

La dimensión temporal

La mortalidad por causa se encuentra en perpetuo cambio. Quizá esa sea una de las razones por las cuales la idea de una “transición epidemiológica” resulte tan fácilmente admisible para todos, e incluso los expertos sean tan proclives a olvidar el bagaje teórico que ese modelo implica. Pero cuando se sigue año con año su trayectoria, es posible ver las sutiles transformaciones que continuamente va experimentando. Tomemos sólo como ilustración el pequeño lapso que va del inicio al final de la última década, para mostrar al lector cómo ciertas causas de muerte se van incorporando poco a poco al perfil de las más frecuentes, a veces incluso en forma intermitente (entran un año, salen al otro, vuelven a entrar), hasta que finalmente van desplazando a otras que, sin embargo —y si el seguimiento es lo suficientemente prolongado— podrían verse reaparecer para reemplazar, a su vez, a las que antes les habían ganado terreno.²¹

En el breve lapso de esta década, y aún si sólo lo hacemos para el país en su conjunto sin distinciones regionales ni poblacionales más detalladas, podemos observar la paulatina pero continua transformación en el conjunto de las diez primeras causas de muerte entre 1990 y 1999 (cuadro 4).²²

²⁰ Ilustración de la complejización de un perfil que parece derivar de la vida en zonas crecientemente urbanizadas pero con condiciones de vida extremadamente precarias.

²¹ Al parecer, obedeciendo más bien a las formas de vida que a los modelos teóricos que “se congelan” y dejan entonces de dar cuenta de los fenómenos que intentan explicar.

²² Las fuentes consultadas para su elaboración fueron las siguientes: SSA, 1992. *Mortalidad 1990*, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, s/f. *Mortalidad 1991*, Subsecretaría de Coordina-

Entre las enfermedades que incrementaron su participación proporcional se cuentan las del corazón (de 12.54 % del total de las defunciones en 1990 a 15.44 % en 1999), los tumores malignos (de 9.74 % en 1990 a 11.84 % en 1999), la diabetes mellitus (de 6.10 % en 1990 a 9.41 % en 1999), las enfermedades cerebrovasculares (4.67 % en 1990 a 5.63 % en 1999) y las enfermedades del hígado (4.23 % en 1990 a 6.12 % en 1999).

Entre las que la disminuyeron están los accidentes (de 9.32 % del total de defunciones para 1990 a 8.40 % de todas las muertes en 1999), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (de 5.45 % a 4.47 %), y la influenza y neumonía (de 5.25 % a 3.38 %).

Los homicidios tuvieron fluctuaciones hacia arriba y abajo durante el período. Las enfermedades infecciosas intestinales quedaron fuera de las diez primeras causas de muerte a partir de 1995. En cambio, empezaron a aparecer en alguno de los diez primeros lugares las deficiencias nutricionales (en 1995 y 1999), las nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (1996 y 1997, por tanto, todavía según la no-

ción y Desarrollo, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 1994. *Mortalidad 1992*, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 1994. *Mortalidad 1993*, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 1996. *Mortalidad 1994*, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 1996. *Mortalidad 1995*, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 1997. *Mortalidad 1996*, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 1998. *Mortalidad 1997*, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 2000. *Mortalidad 1998*, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Estadística e Informática, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud, México; SSA, 2001. *Mortalidad 1999*, Coordinación general de planeación estratégica, Dirección general de información y evaluación del desempeño, Secretaría de Salud, México.

menclatura de la 9ª. revisión), y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (en 1998, ya con la nomenclatura de la 10ª. revisión).²³

Interpretaciones en discusión

Los cambios experimentados por el patrón de causas de mortalidad en México en los últimos treinta años han sido interpretados desde distintas perspectivas teóricas. Entre las más conocidas podemos citar la que prevaleció de fines de los setenta a mediados de los ochenta, que atribuía el patrón de causas de defunción a la polaridad desarrollo/subdesarrollo.²⁴ Más recientemente, resurgió la pretensión de adecuar el antiguo modelo de la transición epidemiológica²⁵ para dar cuenta de la situación mexicana.²⁶

La paulatina imposición de esta última posición dentro del sector salud ha llevado a un punto en el que se habla del “proceso de transición epidemiológica” como si se tratara de una especie de logro de una política sectorial que hace “avanzar” el curso del perfil de causas de muerte hacia un mejor destino: el predominio de los padecimientos no transmisibles sobre los transmisibles.²⁷ De modo que es ya habitual encontrar, en cada una de las

²³ Desde luego, habrá que analizar con mayor detalle los posibles efectos sobre todas estas frecuencias de los cambios en la clasificación acaecidos al entrar en vigor la 10ª. revisión.

²⁴ López Acuña, D., 1982. *La salud desigual en México*. México: Siglo XXI, pp. 20-94. Hay que mencionar también un antecedente de gran importancia: el clásico trabajo de Celis y Nava, quienes desde su experiencia clínica notaron e hicieron notar la polaridad que ellos identificaron como «patología de la pobreza» y «patología de la abundancia» (Celis, A. y Nava, J. 1970. *Patología de la pobreza, Revista médica del Hospital General*, vol. 33, México).

²⁵ Omran, A. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4):509-538.

²⁶ Frenk, J., Bobadilla, J., Sepúlveda, J., López, M. 1989. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care, *Health Policy and Planning*, Inglaterra, 4(1):29-39.

²⁷ Y a estas alturas de la situación, cabría preguntarse por qué habría de ser mejor para la salud de una persona —o de una población— morir de enfermedades no transmisibles que de transmisibles.

notas anuales con las que la Secretaría de Salud acompaña la presentación de la estadística de mortalidad, párrafos como este:²⁸

Se aprecia también el avance en el proceso de transición epidemiológica, puesto que continúa el descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles y el ascenso en la proporción de defunciones por enfermedades crónico-degenerativas. Persisten las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado, en ese orden, como las cinco principales causas de muerte en el país (...)²⁹

A esta última modalidad interpretativa se oponen los análisis de otros investigadores.³⁰ Veamos sólo

²⁸ SSA, 2001. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1999. Sección preparada por la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México. *Salud Pública de México* 43 (1): 67.

²⁹ No deja de ser ilustrativo, sin embargo, el peculiar error que se lee en la nota que acompañó a la información de 1998 (¿acto fallido del redactor?), ya que parece hablar sobre la forma mecánica y vacua en la que ha llegado a utilizarse esa fórmula: "El cuadro III permite comparar con años anteriores el proceso de transición epidemiológica al observar el *creciente aumento de las enfermedades transmisibles y la disminución de las no transmisibles*, con cambio mínimo en la proporción de las lesiones" (cursivas nuestras) (SSA, 2000. Principales resultados de la estadística sobre mortalidad en México, 1998. Sección preparada por la Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México. *Salud Pública de México* 42 (2): 155).

³⁰ Entre los cuales, por supuesto, nos contamos: Martínez, C. y Leal, G., La transición epidemiológica en

un ejemplo: los estudios de Palloni, un atento estudioso de la mortalidad en América Latina.³¹ Este autor ha mostrado cómo el tránsito de altos niveles de mortalidad a otros más bajos que experimentaron los países a los que se identifica como "en vías de desarrollo", no se ha dado por una sola vía, sino por una gran variedad de caminos, con diferentes etapas y modalidades para distintos casos. Él sostiene que, a diferencia de lo ocurrido en los países más desarrollados (o de desarrollo temprano),

en los subdesarrollados (o de desarrollo tardío) esta transición de regímenes de alta mortalidad a los de mortalidad más baja ha tenido un curso muy vulnerable, poco predecible, en medio de circunstancias que ni las tecnologías médicas de bajo costo ni las intervenciones parciales han logrado contrarrestar, de modo que con frecuencia el proceso se ve interrumpido, se detiene, retrocede, y no se logran niveles de vida que garanticen un avance continuo en la disminución de los niveles de mortalidad. Pero lo que es más grave, la caída de la mortalidad

en estos países parece haber sido el resultado de fuerzas que incrementan la vulnerabilidad del proceso, porque exacerban los diferenciales de la mortalidad para distintos grupos sociales y conducen así a divergencias cada vez mayores. La estrecha relación de los niveles de mortalidad (en especial la infantil y la pre-

México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios demográficos y urbanos*, en prensa.

³¹ Palloni, A., 1990. The meaning of the health transition, en *What we know about health transition*, Ed. J. Caldwell et al, Canberra, Australia, pp. XVI-XVII.



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

escolar) con el régimen reproductivo de la población, y sus implicaciones dentro del contexto socioeconómico y médico-tecnológico de estos países, distinguen también la forma en que el proceso se ha dado en cada tipo de país. Como bien señala Palloni: “Ninguna sociedad reproduce en forma idéntica la experiencia de otra, aún bajo la avalancha de los procesos de difusión que involucran a la tecnología médica y el conocimiento, las estructuras de ideas, los niveles de vida, las condiciones de la vivienda y el comportamiento individual”.

Nuestro punto de vista

Ante un evento como la mortalidad, tan sensible a las modificaciones de las condiciones de vida de la población y sobre el cual la política pública de salud puede tener los más diversos efectos, a nosotros nos parece más adecuado mantener un seguimiento atento de su trayectoria, en lugar de darlo por supuesto ateniéndose a modelos tan generales —y además, tan cuestionados— como el de la transición epidemiológica.

El seguimiento que sugerimos ha de analizar tanto las variaciones cuantitativas (los *niveles* o magnitud de la mortalidad) como la distribución de las causas de mortalidad (los *perfiles*) para los distintos segmentos de la población: hombres y mujeres de los distintos grupos de edad y de las distintas condiciones socioeconómicas y culturales, en las distintas regiones y localidades del país, en busca de hipótesis para comprender cuáles son los elementos que subyacen a las múltiples modalidades que su curso adopta, con base en las cuales habría que construir las alternativas para afrontarlos.³²

Se trata, sin duda, de un trabajo extremadamente laborioso, y para realizarlo hay que estar alerta frente a los problemas ya señalados, que se plantean siempre en este frágil terreno. Una posibilidad para intentar

³² Córdova C., A., Leal F., G., Martínez S., C., 1989. Reflexiones en torno a la relación entre condiciones de vida y mortalidad, en *Memorias de la tercera reunión nacional sobre la investigación demográfica en México. Tomo I*, México: UNAM/SOMEDE, pp. 77-86; Martínez C y Leal G, en prensa, Op. cit.

primeras aproximaciones al complejo prisma de la mortalidad por causa es el análisis regional y microrregional, que cuidadosamente realizado llega a ofrecer resultados sugerentes y, sobre todo, abre muchas interrogantes.³³

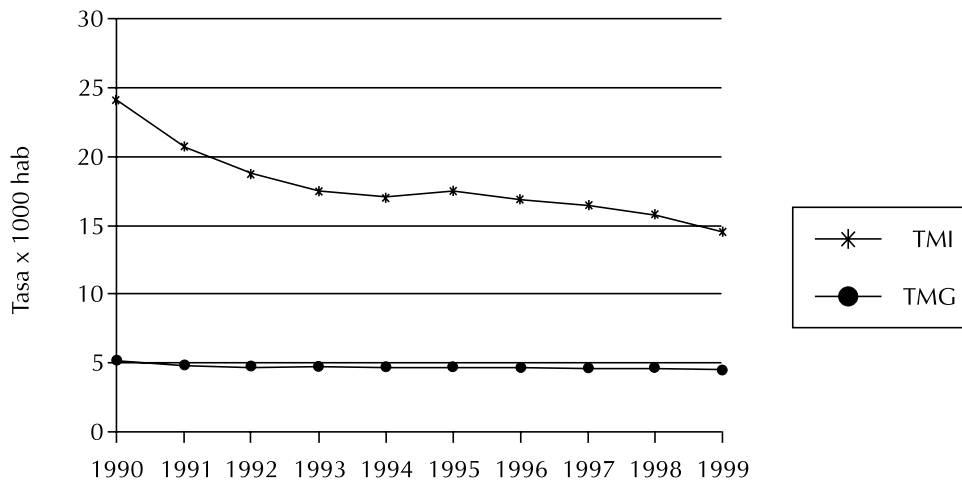
Pueden lograrse, por ejemplo, acercamientos a los distintos tipos de perfiles que coexisten en el país, y ubicar así la situación de cada entidad federativa con respecto al conjunto nacional de acuerdo con su patrón predominante de causas de defunción.

Puede analizarse también hasta dónde el perfil nacional refleja lo que ocurre en la mayor parte del país —si es que el de la mayoría de las entidades se asemeja al nacional—, o si en pocos o ningún caso ocurre así, lo que podría significar que el perfil global no refleja lo que sucede en todo el territorio nacional, sino una mezcla de diversas situaciones. Y en este último caso, podría examinarse la ubicación de las entidades según su nivel de “lejamiento” del perfil del país visto como conjunto, para identificar las principales direcciones en las cuales se dispersan los perfiles estatales y regionales, y orientar las hipótesis sobre las características que podrían subyacer a esa diversidad.

Existen muchas posibilidades de trabajo con la rica información disponible sobre el perfil de daños a la salud para tratar de buscar respuestas a los *por qué* de lo que ocurre (cuyas respuestas conducirían a pensar en medidas preventivas de diversos alcances), y los *cómo enfrentar* eso que ocurre (cuyas respuestas permitirían una mejor planeación de las intervenciones curativas), en provecho de una mejor comprensión de la situación, una evaluación más realista de las necesidades de atención médica, y una política pública más eficaz para atender los problemas del escenario sanitario mexicano actual.

³³ Martínez, C., 1990. Causas de muerte. *Demos. Carta demográfica sobre México* 3: 10-12; Martínez C, Córdova A, Leal G., 1991. Una aproximación a la problemática de salud en México a fines de los ochenta. *Estudios sociológicos* 9(26): 253-278; Martínez, C., 1994. Tres perspectivas de la mortalidad en el Estado de México. En Navarrete, E., Vera, M. (coordinadoras). *Población y Sociedad*. México: El Colegio Mexiquense y Consejo Estatal de Población, pp. 127-152.

Gráfica 1
Tasa de mortalidad general e infantil



Fuente: Secretaría de Salud, *Mortalidad*, volúmenes anuales.

Cuadro 1
Quince principales causas de mortalidad para la población general y por sexo Estados Unidos Mexicanos, 1999

O ^a	Grupo ^b	Causa	Hombres		Mujeres		General ^c	
			Número	%	Número	%	Número	%
1	26 a 29	Enfermedades del corazón	34987	14.1	34282	17.5	69278	15.6
2	8 a 15	Tumores malignos	25658	10.4	28002	14.3	53662	12.1
3	20D	Diabetes mellitus	20262	8.2	25370	12.9	45632	10.3
4	E49 a E53	Accidentes	27420	11.1	8256	4.2	35690	8.0
5	E57 y E58							
5	35L y 35M	Enfermedades del hígado	20329	8.2	6709	3.4	27040	6.1
6	30	Enfermedades cerebrovasculares	12112	4.9	13719	7.0	25836	5.8
7	46	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	11193	4.5	8059	4.1	19268	4.3
8	33B y C	Influenza y neumonía	7412	3.0	6655	3.4	14068	3.2
9	E55	Homicidio	10827	4.4	1411	0.7	12249	2.8
10	33G	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	6462	2.6	4856	2.5	11319	2.5
11	21	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	4753	1.9	5022	2.6	9776	2.2
12	47	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5098	2.1	4575	2.3	9714	2.2
13	33D y E	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	4308	1.7	3531	1.8	7840	1.8
14	38C	Insuficiencia renal	4011	1.6	3795	1.9	7807	1.8
15	001	Enfermedades infecciosas intestinales	2976	1.2	2646	1.4	5622	1.3
	48	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4715	1.9	4742	2.4	9474	2.1
		Todas las demás causas	45310	18.2	34349	17.5	79675	17.9
		Total de defunciones	247833	100.0	195979	100.0	443950	100.0

^a Orden de frecuencia con la que se presentaron estas causas de defunción en la población general.

^b Para construir este cuadro respetamos la selección realizada en la publicación de la Secretaría de Salud que utilizamos como fuente. En esta columna reproducimos los grupos de la llamada Lista Mexicana que se incluyeron en cada una de las 15 categorías tomadas para esta ilustración, que aparece en el anexo de nuestra fuente.

^c La diferencia entre la suma de hombres y mujeres y la cifra para la población general está dada por las defunciones ocurridas en población cuyo sexo no fue especificado en el certificado.

Fuente: *Mortalidad, 1999*. Coordinador general del planeación estratégica, Dirección general de información y evaluación de desempeño, Secretaría de Salud, México, 2001, pp. 54 a 75 y 79.

Cuadro 2
Cinco principales causas de mortalidad para cinco grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos, 1999

O	Grupo ^a	Grupo de edad y causa	Número	%
<i>Mortalidad infantil (menores del 1 año)</i>				
1	163	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19268	47.8
2	165	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7346	18.2
3	105	Influenza y neumonía	3117	7.7
4	1	Enfermedades infecciosas intestinales	1996	5.0
5	167	Accidentes	1634	4.1
		Todas las demás causas	6922	17.2
		Total	240283	100.0
<i>Mortalidad preescolar (1 a 4 años)</i>				
1	167	Accidentes	1865	24.0
2	165	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	926	11.9
3	1	Enfermedades infecciosas intestinales	769	9.9
4	105	Influenza y neumonía	712	9.2
5	66	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	467	6.0
		Todas las demás causas	3035	39.0
		Total	7774	100.0
<i>Mortalidad escolar (5 a 14 años)</i>				
1	167	Accidentes	2523	33.7
2	49	Tumores malignos	1049	14.0
3	165	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	461	6.2
4	169	Agresiones (homicidios)	332	4.4
5	80	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	250	3.3
		Todas las demás causas	2868	38.3
		Total	7483	100.0
<i>Mortalidad en edad productiva (15 a 64 años)</i>				
1	49	Tumores malignos	23832	14.3
2	167	Accidentes	23262	13.9
3	61	Diabetes mellitus	18647	11.2
4	125	Enfermedades del hígado	18345	11.0
5	97	Enfermedades del corazón	17644	10.6
		Todas las demás causas	65375	39.1
		Total	167105	100.0
<i>Mortalidad en edad postproductiva (65 años o más)</i>				
1	97	Enfermedades del corazón	50845	23.2
2	49	Tumores malignos	28129	12.8
3	61	Diabetes mellitus	26840	12.3
4	98	Enfermedades cerebrovasculares	19192	8.8
5	113	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	9857	4.5
		Todas las demás causas	84131	38.4
		Total	218994	100.0

^a En este cuadro respetamos la clasificación que se utilizó en la fuente consultada (*Mortalidad, 1999*). Los grupos se refieren a los "Criterios de agrupación para la selección de las principales causas", según aparecen en el Anexo de la misma (páginas 411 a 416).

Fuente: *Mortalidad, 1999*. Coordinador general del planeación estratégica, Dirección general de información y evaluación de desempeño, Secretaría de Salud, México, 2001, páginas 83 a 90.

Cuadro 3
Distribución porcentual de las cinco primeras causas de mortalidad por entidad federativa^a
Estados Unidos Mexicanos, 1999

Entidad federativa	Causa ^b							Cinco primeras causas	Total de defunciones ^c	
	EC	TM	DM	Ac	ECV	Pper	Hom		Número	%
Aguascalientes	14.30	12.36	9.47		6.25			54.58	3917	100.00
Baja California Sur	16.69	11.72	11.01		5.46			55.06	11301	100.00
Baja California	18.44	15.26	10.03		5.83			58.08	1665	100.00
Campeche	14.47	12.54	10.34	8.02				54.01	2544	100.00
Coahuila	18.78	14.38	7.40		6.58			60.79	9706	100.00
Colima	17.91	12.76	8.72		6.08			55.72	2351	100.00
Chiapas	11.02	11.06	10.22	6.27				44.76	15204	100.00
Chihuahua	19.14	12.58	9.51		5.79			56.22	15517	100.00
D. F.	18.86	13.37		5.97	6.09			57.83	46601	100.00
Durango	17.82	13.49	9.31		5.93			57.53	6004	100.00
Guanajuato	14.47	10.72	8.57		5.93			51.35	21753	100.00
Guerrero	12.15	11.19	10.17					50.82	10693	100.00
Hidalgo	13.59	11.26	9.27	10.26				45.18	10038	100.00
Jalisco	16.62	13.26	8.31		6.14			55.23	31300	100.00
México	13.00	9.98	7.13	8.85			8.83	50.32	52594	100.00
Michoacán	15.51	12.35	8.91		6.28			53.14	18477	100.00
Morelos	15.73	12.35	7.79	6.28				53.16	6828	100.00
Nayarita	18.30	13.67	8.59		5.88			55.88	4098	100.00
Nuevo León	20.49	15.94	7.88		6.57			61.63	15836	100.00
Oaxaca	12.69	9.66	7.82	6.84				43.28	18074	100.00
Puebla	11.43	8.68	8.04	9.01				46.11	27169	100.00
Querétaro	12.10	10.19	8.59	8.66				49.17	5867	100.00
Quintana Roo	13.10	12.17	13.36					53.17	2351	100.00
San Luis Potosí	15.83	12.90	7.56		6.46			50.96	10324	100.00
Sinaloa	18.84	15.92	9.69		5.79			59.67	10270	100.00
Sonora	20.46	14.45	8.56		5.29	7.70		58.97	10730	100.00
Tabasco	14.92	12.08	11.03					53.09	7270	100.00
Tamaulipas	19.35	14.55	8.03		6.41			60.77	11563	100.00
Tlaxcala	11.65	9.32	9.16	7.08				47.89	4550	100.00
Veracruz	14.89	12.47	0.00	8.68	6.92	5.54		52.77	32722	100.00
Yucatán	15.59	12.35	0.00	7.81	8.02			51.45	8007	100.00
Zacatecas	16.84	11.66	9.54		7.26			53.99	6323	100.00
E. U. M.	15.60	12.09	8.04	6.09				52.10	441647	100.00

^a Se consignan exclusivamente las cinco primeras causas para cada entidad federativa. Esto no significa que no haya habido defunciones por las demás causas para las cuales no se tomó la cifra en este cuadro.

^b Claves de las causas: EC: Enfermedades del corazón. TM: Tumores malignos, DM: Diabetes mellitus, Ac: Accidentes. EH: Enfermedades del hígado, ECV: Enfermedades cerebrovasculares, Pper: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Hom: Homicidio.

^c No incluye las 2,303 defunciones ocurridas en el extranjero (con las cuales se totalizarían las 443,950 reportadas para este año).

Fuente: *Mortalidad, 1999*. Coordinador general del planeación estratégica, Dirección general de información y evaluación de desempeño, Secretaría de Salud, México, 2001, páginas 79-124.

Cuadro 4
Distribución porcentual de las diez principales causas de mortalidad^a
Estados Unidos Mexicanos, 1990-1999

<i>Causas^b</i>	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Enfermedades del corazón	12.54	13.17	13.57	14.04	14.50	14.78	15.04	15.45	15.60	15.44
Tumores malignos	9.74	10.21	10.66	10.80	11.08	11.21	11.44	11.64	12.09	11.84
Accidentes	9.32	9.23	9.05	8.76	8.81	8.41	8.30	8.49	8.44	8.40
Diabetes Mellitus	6.10	6.60	6.91	7.11	7.24	7.74	7.99	8.18	10.28	9.41
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5.45	5.44	5.31	5.03	4.91	4.77	4.52	4.50	4.34	4.47
Neumonía e influenza	5.25	4.72	4.56	4.47	4.58	4.58	4.72	4.51	3.17	3.38
Enfermedades infecciosas intestinales	5.25	4.56	3.46	3.17	2.41					
Enfermedades cerebrovasculares	4.67	5.06	5.23	5.18	5.41	5.44	5.58	5.61	5.82	5.63
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (Enfermedades del hígado)	4.23	4.53	4.66	4.92	4.96	4.94	4.99	5.19	6.09	6.12
Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona (agresiones, homicidios)	3.43	3.68	4.05	3.85	3.78	3.63	3.33	3.08	2.76	3.07
Deficiencias de la nutrición (Desnutrición y otras deficiencias nutricionales)						2.36				2.36
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis							2.36	2.32		
(Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas)									2.55	
Diez primeras causas	65.98	67.47	67.74	67.46	67.75	67.71	67.98	68.62	68.19	69.72
Todas las demás causas	34.02	35.53	32.26	32.54	32.25	32.29	32.02	31.38	31.81	30.28
Total de defunciones	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

^a Se consignan exclusivamente las diez primeras causas para cada año. Esto no significa que no haya habido defunciones por las demás causas para las cuales no se tomó la cifra en este cuadro.

^b Hay que hacer notar el cambio en la Clasificación a partir del año 1998, en que entró en vigencia la 10ª. revisión. En esta columna se utiliza la nomenclatura de la 9ª. revisión, y entre paréntesis la que corresponde a la 10ª.

Fuente: Volúmenes anuales de la serie Mortalidad correspondientes a los años 1990 a 1999, publicados por la Secretaría de Salud y citados en la nota 23 del texto.

P

laneación estratégica para la calidad en Tabasco. Una historia de éxito

Félix Alberto Mendoza Huesca*

Desde 1998, Tabasco ha recibido el mayor número de reconocimientos nacionales por su labor en pro de la calidad de los servicios de salud. Lo que se encontrará en las siguientes líneas, es la experiencia que hemos vivido en la Delegación Tabasco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el propósito sostenido de mover la organización hacia nuevos escenarios. Tiene la pretensión de ser accesible a todo el que le dedique unos minutos a su lectura y destacamos que se encontrarán los aciertos y tropiezos de quienes se han comprometido con este esfuerzo.

Antecedentes

En 1994, la Delegación Tabasco inicia su proceso de cambio, consecuencia de la situación por la que se estaba atravesando, al hacer un corte evaluatorio, más que para tomar una foto estática de la Delegación, más bien para identificar la tendencia de los indicadores más expresivos de la calidad del trabajo Delegacional, para elaborar el programa de trabajo con un orden de prelación de las urgencias de las áreas.

De este esfuerzo de detección, encontramos que las autoridades centrales creían que no se obtenían los resultados; que el grupo delegacional sentía insatisfacción con los logros alcanzados por las unidades operativas y

que éstas consideraban que las autoridades delegacionales y centrales no cumplían su deber al no apoyarlos como ellos esperaban y como culminación los derechohabientes no sentían los servicios satisfactorios y poca capacidad de reacción ante sus demandas.

En resumen nadie estaba satisfecho con el servicio, con los espacios físicos, con los recursos materiales, financieros ni humanos.

Marco del movimiento por la calidad en Tabasco

En cuanto a infraestructura, en 1994 la Delegación Tabasco contaba con dos Hospitales Generales de Zona, un Hospital General de Subzona, 30 Unidades de Medicina Familiar (UMF), dos Subdelegaciones, un Teatro, un Centro de Seguridad Social, la sede delegacional, cinco guarderías, dos tiendas, un almacén delegacional, 20 Centros de Ex-

* Coordinador Delegacional de Organización y Calidad en la Delegación Tabasco del Instituto Mexicano del Seguro Social.

tensión de Conocimientos, 353,839 derechohabientes, 7,986 patrones y 2600 trabajadores IMSS.

Con una ubicación geográfica estratégica en el sur de la República, Tabasco es la entidad que, prácticamente, enlaza con los de Veracruz, Campeche, Yucatán, Quintana Roo y el norte de Chiapas. Para ello dispone de una red carretera de 2059 kilómetros federales y 5098 estatales, además de transportación ferroviaria y aérea. Esta última con 5 líneas: dos nacionales y tres regionales.

La cobertura del IMSS en la entidad era del 24%, con un alto índice de crecimiento poblacional: 3.4%. El 53% la población estaba entre los 0 y los 19 años y el 5% por arriba de los 60 años de edad.

El índice de desempleo era el 3% un punto más que el índice nacional, bajo nivel educativo en donde sólo el 11.8% de la población tenía la educación primaria completa y el 35.7% alguna instrucción post-primaria.

De las 286,480 viviendas ocupadas, sólo el 41.7% tenía agua entubada, el 36.8% contaba con drenaje la población por vivienda era de 6 habitantes.

Las principales causas de morbilidad general aparecían bajo el siguiente orden: 1. infecciones respiratorias agudas; 2. infecciones intestinales y enfermedades diarreicas; 3. ascariasis; 4. amibiasis; 5. dermatofitosis; 6. accidentes; 7. salmonelosis; 8. candidiasis urogenital; 9. conjuntivitis; 10. tipomoniasis urogenital.

Se perdían 160,153 días por enfermedad general y 77,192 días por accidentes de trabajo. El 41.34% de la población ocupada se encontraba en el sector comercio y de servicio. En el sector primario se hallaba el 37.22% y en el secundario el 21.74%.

Diagnóstico de los retos

Internamente nos encontrábamos con un índice de ausentismo de 5.7 días de trabajador y como una Delegación deficitaria.

La infraestructura de la Delegación presentaba grandes retos debido a una deficiente plantación en cuanto a su crecimiento y ubicación de las unidades lo que implicaba una importante subutilización. Citemos, por ejemplo, la UMF no.25 de Sánchez Magallanes con 9 consultas y 63.4 asegurados frente a la UMF no.30 con 9 consultas y 35.8 asegurados. O la UMF no. 35 Plan Balcan con 3 consultas y 64.8 asegurados frente a la UMF no.15 Ciudad PEMEX con 17 consultas y 31.5 asegurados. Finalmente, la UMF no.32 La Venta con 16 consultas y 30.5 asegurados frente a la UMF no. 36 con 13 consultas y 18.1 asegurados.

Mención especial amerita la UMF No. 11, construida con área de hospitalización, misma que nunca fue puesta en funcionamiento.

La supervisión era inadecuada e insuficiente. Esta función vital de la institución se estaba manejando como una herramienta en desuso. Consecuentemente, el aliento que en la asesoría iba implícito, no llegaba a las áreas operativas.

Había falta de coordinación en la aplicación de programas, propiciada por una administración estrictamente funcional en que cada quien atiende exclusivamente lo propio, sin analizar el impacto hacia otras áreas o programas. Los distintos grupos de trabajo no están interesados en ayudar a los otros a lograr sus metas porque sentían que los demás, a su vez, no los apoyaban a conseguir las suyas. Lo que se traducía en poca efectividad de resultados en su aplicación y en ocasiones re-trabajo.

Uso inadecuado de recursos, mientras existía un reclamo en la operación de carencia de recursos. También había descuido en la forma en que se usaba y falta de control. Por ejemplo se realizaban 373.2 estudios de laboratorio: más que en cualquier parte del sistema.

Se tenía una sobre inversión de 7.8 meses de material de curación y 6.1 en materiales diversos, contrastando con un 70% en la eficiencia del suministro en sus diversos rubros.

Paralelo a la disminución en la población amparada, durante los años 92, 93 y 1994

se observaba un incremento de 2.72% en las consultas de medicina familiar. Asimismo, un 8.75% en las consultas de urgencias a lo largo de los primeros años de la década de los noventa, se caracterizaron por una importante evasión patronal en el cumplimiento de sus obligaciones legales.

El cumplimiento a los programas de capacitación era bajo y destacaba el afán de reportar participantes y horas de cursos sin ninguna repercusión en el servicio. Por otra parte, había un número muy importante de trabajadores permanentemente marginados de los espacios de capacitación y otros que permanentemente asistían a ellos.

Ninguna de las estrategias implementadas por la institución en materia de mejoramiento del servicio había tomado carta de naturalización en la Delegación, si bien parte del material con que se impartía la teoría aún existía. No se contaba con ningún registro documental de algún trabajo realizado y prácticamente nadie recordaba haber participado en alguna acción de capacitación.

Los dos últimos ejercicios que, en 1991 y 1992, se realizaron con los grupos directivos sobre calidad, excelencia y planeación estratégica, fueron tomados simplemente como cursos adicionales que no implicaban ningún compromiso para poner en práctica lo que sería transmitido.

Se vivía una fuerte centralización en que al parecer el trabajador había renunciado a su capacidad de pensar y ser creativo y se encontraba sumido en la monotonía y la rutina para la realización de su tarea.

Las autoridades centrales consideraban que los resultados reportados por la Delegación eran insatisfactorios, el grupo delegacional tenía el mismo criterio respecto a los logros obtenidos por las unidades operativas y estas consideraban que las autoridades delegacionales y centrales no cumplían su deber al no apoyarlos como ellos esperaban y como culminación los derechohabientes no sentían que los servicios respondieran a sus necesidades.

En resumen, nadie estaba satisfecho con el servicio, con los espacios físicos, con los

recursos financieros, con los recursos materiales, ni con el personal.

No se puede señalar como una causa la permanente rotación de los grupos directivos ya que, a ese entonces, de los dos últimos titulares de la Delegación, uno había permanecido en ella 8 años y el siguiente 2. Sus cuerpos de gobierno, también tenían una antigüedad considerable.

¿Qué estaba pasando?

Resultó indispensable reunirnos con los trabajadores de línea, con los médicos, con los de ventanilla, con los de conservación, de básicos, y aquellos que tradicionalmente estaban al margen de los programas de capacitación; aquellos que de la calle pasan a dar el servicio, a menudo sin el entrenamiento adecuado, sin dejar de incluir en estos encuentros a los directivos que carecían de un programa de mejoramiento a sus habilidades de gestión.

Qué encontramos en el ambiente laboral

- Una administración por funciones, "Cada quien lo suyo".
- Falta de identificación entre directivos y operativos. "No lo conozco".
- Propósitos contrapuestos "La gerencia v.s. el sindicato".
- *Dispersión* de programas, acciones y conductas
- Estrategias de calidad *incipientes*, y sólo entre un pequeño grupo directivo

Qué encontramos como resultados de gestión

Ausentismo laboral de	5.7
Sobre inversión de	7.8 meses
Mortalidad materna	8.1
Mortalidad infantil	9.7

Resultaba necesario preguntarles a todos ellos ¿será que todos tienen el propósito deliberado de hacer las cosas mal?, ¿acaso no perciben el estado de las cosas y el sentir de los demás?, ¿a quien beneficia esto?

Reflexionábamos, nuestros trabajadores, y nosotros mismos ¿somos lo menos bueno de los trabajadores disponibles?

Otros hallazgos: los distintos grupos de trabajo no estaban interesados en ayudar a los otros a lograr sus metas porque sentían que los demás, a su vez, no los apoyaban a conseguir las suyas. Lo cierto era que, en general, tenían razón: se estaba pagando la factura de una administración centralizada, funcional y por ende fraccionada; de una visión endógena.

Así que tratamos de demostrar que el éxito de unos estaba determinado por el de los otros y así en una urdimbre estrecha de interdependencia.

Se requería cambiar el clima de la organización. Para que la conducta de los prestadores de servicio se modificara, resultaba indispensable modificar también la del personal directivo. La pregunta era ¿cómo?

Nos pareció que la planeación estratégica, orientada a la calidad total, nos daba herramientas que, manejadas aún empíricamente, ofrecería procesos sistemáticos y ordenados de cambio. Ya habíamos visto algunos avances en otras organizaciones.

¿Cómo nos organizamos?

Se emprendió la tarea de proponer a los distintos cuerpos de gobierno de una Unidad de Medicina Familiar (UMF), de dos hospitales generales de zona, de dos subdelegaciones y el de la propia Delegación, su integración al esfuerzo de arrancar el camino hacia la calidad, partiendo de una planeación estratégica. Encontramos respuestas interesadas, curiosas, recelosas, reflejo de muchos programas que con ambiciosos objetivos se habían aplicado, algunos de los cuales tuvieron muertes precoces por inanición.

En forma simultánea, con la convocatoria efectuada a los cuerpos de gobierno, se hizo la presentación y propuesta al Comité Ejecutivo del Sindicato de trabajadores, obteniendo su participación, cambiando su opinión inicial de que este movimiento era un distractor

para conjurar insatisfacciones ante la cercanía de la revisión contractual.

Para operar esta estrategia contamos con el apoyo decidido de la Subdirección General de Delegaciones del propio Instituto.

¿Qué pasó?

Muy a la expectativa observamos en las primeras reuniones plenarios de la Delegación a los equipos de trabajo, guardando respetuosa reserva ante los primeros temas que se presentaban, midiendo, tal vez, el nivel de convicción con que se iniciaba el proceso de trabajo.



FOTO: ESFERA

Fuera de las reuniones formales, se vivía la inquietud de verse obligados a participar en estas reuniones además de a las que, ya por rutina, asistían, reduciendo tiempos destinados a sus tareas y en algunos casos a sus legítimos descansos.

Muy apreciable fue el enfrentamiento que se dió al manifestarse las reclamaciones de las áreas operativas ante la supuesta falta de apoyo de las Jefaturas Delegacionales y de estas hacia las Unidades de Servicio, reprochando su pretendida indisciplina e improductividad.

Parcialmente ambos tenían razón. De ahí que se haya dado esa inesperada catarsis que vino a romper brechas de incomunicación, logrando los primeros pasos en una integración grupal.

Sorpresivos fueron los hallazgos al determinar la misión de cada equipo natural de administración, ya que se incorporaron elementos antes ausentes en nuestra cultura institucional, hecho que se consolidó al puntualizar los diagnósticos, pudiendo visualizar un enorme caudal de oportunidades para el trabajo de nuestra Delegación.

Un aspecto a destacar en esta etapa inicial es el reenfoco que se dió al trabajo interno, evitando laborar de cara al expediente, intentamos hacerlo buscando al derechohabiente y al prestador directo del servicio.

Rompimos la clasificación tradicional de los trabajadores institucionales concensando una identificación más puntual: *el que brinda directamente el servicio y el que apoya al que brinda el servicio.*

Esto traía, entre otros beneficios, el rescate de la naturaleza de la misión de la seguridad social, poner al prestador de servicio en el lugar de privilegio que le corresponde e iniciar la inversión de la pirámide.

A partir de 1995

En 1995 se inicia un proceso muy intenso para diagnosticar al IMSS y pasar a una búsqueda intencionada de coincidencias con todos los sectores. Gracias a lo cual se aprueba la denominada Nueva Ley del Seguro Social y paralelamente se da igualmente una reestructuración al interior de nuestra organización. El movimiento por la calidad queda en pausa en Tabasco. ¿La razón? Participar activamente en esta transformación; entenderla, asimilarla y transmitirla acertadamente a la población.

En 1996 la Delegación Tabasco del IMSS reinicia sus tareas de transformación y considerando lo que sucede en su entorno planteó la tercera reforma institucional, en la que se busco eficientar la operación y mejorar la calidad de los servicios que se brindan.

Este razonamiento se sustenta de la manera siguiente: en 1995 se plantea formalmente la reforma del marco jurídico de la se-

guridad social cuyo contenido hoy todos conocemos. También en ese año se realizó la reforma administrativa, gracias a la cual se inició el proceso de desconcentración operativa que persigue la autonomía de gestión en unidades. En dicha reforma también se crearon las 7 Direcciones Regionales. En ese mismo año inició el trabajo de la reforma legal que arroja como fruto la Nueva Ley del Seguro Social.

Estas transformaciones son, desde nuestro punto de vista, las más importantes que han encarado la seguridad social en nuestro país.

A estos dos invaluable acontecimientos, la Delegación Tabasco le suma una tercera reforma, la cual es emprendida por quienes operan las dos primeras: el trabajador del seguro social y radica de manera preponderante en un cambio en la forma de ver los retos y la búsqueda de nuevas alternativas para resolverlos. Tan sólo su cambio de denominación implica una forma diferente de enfrentarlos.

Problema, limitación, reto, superación

La pretensión era rescatar la experiencia acumulada en los trabajadores y previa capacitación, darles el espacio que requieren para proponer una mejor manera de trabajar y satisfacer las necesidades de nuestros derechohabientes.

En el mes de mayo del año 2002, cumpliremos seis años de participar en estas tareas. No ha sido fácil ni creemos estar en la otra orilla, por el contrario, falta mucho por hacer pero el camino andado es hoy nuestra fortaleza: *“esta no es una historia de éxito, es una historia de trabajo”.*

Para transformar la estructura tradicional de la organización, se requiere de inicio, el compromiso y la convicción del personal directivo todo, sin esta placa, el trabajo será más árido y hasta frustrante.

Se requiere además que todos rompamos 3 paradigmas que obstaculizan cualquier intento de mejorar:

Primeros retos

- Trabajar para el cliente y no para el jefe
- Trabajar en equipo y no en forma aislada
- Administrar Procesos y no personas



Las siguientes ilustraciones son tan solo un ejemplo de cómo actúan esos paradigmas sobre nosotros, dictando cómo son o deben ser las cosas:



¿Qué ves en este dibujo? ¿un pato? pero podrías ver un conejo, tú decides?



Ante la misma ilustración, habrá quien contemple a un señor de lentes.

Pero alguien, tal vez sólo uno, verá una palabra

La realidad es una, pero la forma de enfrentarla varía.

En parte nuestros planteamientos señalaban la siguiente controversia: hoy se privilegia el conocimiento y aún así todavía existe la creencia de que la tarea de administración es relativa a las personas. Se nos olvida que la relación laboral tiene el marco que quiere en la Ley Federal del Trabajo y el pacto contractual.

Lo que nos debe preocupar son los procesos de trabajo: ¿cuánto nos toca administrar?, ¿qué producen?, ¿a quienes benefician?, ¿quiénes la operan?, ¿con qué procesos están conectados?, ¿son clave o de apoyo?, ¿qué productividad tienen?, ¿cuál es el tiempo de ciclo?

Todo lo que ignoramos de lo anterior, es lo que nos aleja del proceso, del cliente y por supuesto, del propio trabajador. Cuando busquemos las causas de la aparente actitud inadecuada de un trabajador, intentemos primero

encontrar las respuestas a los cuestionamientos anteriores.

Pero además encontraremos una explicación seria que justifique el no haber permitido a los trabajadores participar en el diseño de los procesos de trabajo.

El 80% de nuestros problemas están en los procesos de trabajo. Sobre ellos debemos actuar, propiciando la participación de los dueños de esos procesos. Son ellos y nadie más los que viven los momentos de la verdad.

Si no consideramos la opinión de aquellos a quienes servimos, el cliente seguirá insatisfecho y nosotros construyendo nuestros indicadores, que lo que indican es sólo para nosotros.

Pero la sociedad es hoy más demandante y conciente de las obligaciones que la institución tiene para con ellos. Su pujanza es el origen del nacimiento de nuevos canales en donde señalar nuestros errores y exigir su enmienda.

Una organización que no escucha a sus clientes esta condenada a desaparecer. Es necesario asimilar el principio de primero comprender para después ser comprendido.

Las fuentes de poder de un jefe, no son ya el autoritarismo o el aislamiento: es, ahora, su capacidad de liderar y crear grupos de trabajo autorregulados.

La organización se desarrolla mediante una serie de procesos en donde existe eventos dependientes y fluctuaciones estadísticas, que imposibilitan el trabajo independiente; en donde el éxito es la suma de los aciertos en cada uno de los pasos del proceso.

El trabajo más importante es el de todos. Es necesario romper barreras de jerarquía



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

mal fundada o departamentales. Cuando la gente percibe el servicio lo califica y se expresa de él en su conjunto

Abordaje del problema

Al retomar la tarea, lo primero que decidimos hacer fue identificarnos con los trabajadores. Los niveles y las responsabilidades no fueron obstáculo: saludarlos a todos, acercarnos a todos, escucharlos a todos e invitarlos a participar en cada encuentro de frente y con claridad. Volver a convocar a los grupos directivos y acercarse a los operativos de manera permanente, dar respuesta a sus planteamientos que no son de imposible solución, acreditando así que el trabajo en equipo es en todas direcciones, identificándose con ellos y a ellos.

Como consecuencia fue necesario el replanteamiento de la estrategia: el entorno había cambiado y el aspecto interno tenía que resentir su impacto.

Al atender sus demandas observamos que no requerían grandes inversiones y no eran reclamos de imposible solución. Pudimos conseguir identidad con ellos, aprender de ellos, y esto fue un fruto invaluable.

La primera acción concreta a realizar fue recorrer las áreas y unidades operativas para conocer cuál era la opinión del personal, como se sentía pero, además, se buscaba acercarse

e identificarse con ellos: que ellos tuvieran contacto con aquellos que tenían encomendada la conducción de la Delegación. Causó sorpresa observar que algunos directivos de áreas sustantivas no eran identificados por el personal operativo. Era necesario, por ende, que se abandonara la comodidad del escritorio

Se procuró que el acercamiento a las unidades no fuera un hecho

aislado sino una estrategia permanente de trabajo; como un elemento para recobrar su confianza y establecer un canal continuo de comunicación, que no sólo vean que se les pregunta de cómo está el servicio sino también como están ellos mismos.

En ese mismo acercamiento se hacía un registro puntual de sus propias necesidades y el compromiso para satisfacerlas. Curiosamente ninguna de las necesidades planteadas escapaba de la competencia de la propia Delegación para su resolución. Tampoco se trataba de necesidades relevantes o que estuvieran afectando significativamente la prestación del servicio.

Las soluciones a las necesidades determinadas propició que se entendiera que se iniciaba de manera seria el trabajo en equipo, que realmente los directivos querían servir de apoyo a la operación.

Las supervisiones dejaron de ser una búsqueda intencionada de errores o una forma de justificar la visita: dieron paso a visitas de asesoría de aliento y de compromiso, en las que se escucha al usuario y al prestador del servicio; como paso previo a el análisis de los servicios. La visión así realizada resultó más integral, más de fondo.

En cada visita buscamos, también, encuentros con los grupos de interés de cada localidad visitada y les transmitimos la intención de modificar, con ellos y para ellos, la forma de canalizar el mejoramiento de los servicios.

La transparencia despertó la confianza de todos: a fin de cuentas nadie era ajeno a los resultados.

La apuesta por el desarrollo del capital intelectual

Si algo caracteriza a la Delegación es su continuidad en el esfuerzo por que sus trabajadores se preparen, pero que esa preparación tenga visión.

Muchos temas tradicionales fueron substituidos y la costumbre de llenar aulas con el que me cae mal, el conflictivo o el en este momento esta desocupado, fue erradicada.

El diagnóstico de las necesidades básicas de capacitación dejó de ser tarea de una área, para ser responsabilidad fundamental de cada uno de los que tienen personal a su cargo y con la participación de la representación sindical y de los propios trabajadores construyen su programación para habilidades y destrezas laborales.

Dar cuenta del cumplimiento a lo que se programó a favor de los prestadores de servicio es hoy un tema que corresponde infor-

mar a los directivos delegacionales de manera mensual para su análisis.

Las alianzas con proveedores externos ha jugado aquí un papel fundamental. Mencionaré, enseguida, a las instituciones y organizaciones que se han distinguido por su apoyo en materia de desarrollo del personal:

- La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
- La Universidad Tecnológica de Tabasco
- La Asociación de Egresados de la UNAM
- El Instituto Avanzado para la Calidad Total
- El Instituto Tecnológico de Villahermosa
- El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Así como el siguiente listado de temas para la capacitación y preparación y herramientas que se utilizan en la gestión directiva, impartidos al personal de la Delegación en el transcurso de este proceso:

Temas	Herramientas
Calidad total	Diagrama pepsu
Sensibilización para el cambio	Modelaje del cliente
Plantación estratégica	Mapa de procesos
Trabajo en equipo	Agenda de reuniones
Plantación táctica	Inventario de procesos
Análisis de proceso	Matriz de contribución
Mejora continua	Metas con valor a excelencia
Estadística básica	Instrumentación de líneas de acción
Reingeniería	Matriz Foda
Planeación neursítica	Matriz de vulnerabilidad
Determinación de factores críticos de éxito	Matriz de medición del desempeño
Administración básica	Despliegue de objetivos estratégicos
Administración por procesos	Diagrama causa efecto
benchmarkig	Método de solución de problemas
liderazgo	Ruta de la calidad
Calidad en el servicio	Modelo de dirección por calidad
Administración del servicio	Sistema de evaluación de la calidad
Planeacion estrategica gerencia	Guia practica para la implantación del modelo de gestión
Economía de la salud	Las 7 herramientas básicas
Mercadotecnia de la salud	5w y una h
La voz del usuario	Las 9 S
Pensamiento estadístico	Identificación de momentos de la verdad
Conocimiento del ser humano	Identificación de grupos de interés
Conceptos básicos de calidad	Modelo ideal del servicio
Seminario de principios de calidad para directivos	Libro tricolor
Juntos por la calidad en el servicio	

Bajo el esquema denominado Diploma de Desarrollo Directivo hemos cubierto al 97% del personal directivo de la Delegación. Con el de Desarrollo Gerencial enfocado a mandos medios, hemos cubierto al 73% del personal de mandos medios. La capacitación se abrió a un mayor universo de participantes y una más amplia gama de modalidades de capacitación. Se transformó mucha de la información en manuales que se utilizan de manera cotidiana y el uso de un lenguaje común es una realidad.

Nos han acompañado en el movimiento por la calidad un número muy importante de personas sin las cuales el avance habría sido muy tortuoso y, tal vez, nos ubicaría en otro horizonte.

La obligación de todo bien nacido, es ser agradecido. Por ello es necesario mencionar a quienes han contribuido de manera destacada en las tareas emprendidas en este rubro: Lic. Rigoberto Ramos Valenzuela, Dr. Miguel Romero Téllez, Lic. Roberto Lara Arreola, Ing. Raúl Macías García, Ing. Miguel Estrada Reyes, Lic. Joel Alpuing López; quienes no perteneciendo a la Delegación han contribuido con ella como si fuera la propia.

Hacia el interior de la Delegación, cerca de 150 instructores se han involucrado de los cuales mencionaré, por ejemplo: al Dr. Sergio Posadas Arévalo, Dr. Julio Cesar Landero Baños, C.P. María del Rosario León Román, Dr. Joaquín De Régil Salgado, Dr. Álvaro Palacios Ortiz, Dr. Roberto Castañeda León, C.P. Blanca Estela Rodríguez Sarabia, Ing. Joel Enrique Moreno Álvarez, Dr. Lucio Rodríguez Reyes, Lic. Daniel Alejo López, Lic. Rosa Isabel Gomes Williams, C.P. Porfirio Díaz Ríos.

Equipos de trabajo

El haber abierto la oportunidad a los prestadores de servicio de participar con sus aportaciones en la solución de los problemas propios, de los procesos o de los servicios, permitió encontrar un sinnúmero de áreas de oportunidad. La respuesta alcanzada superó cualquier expectativa. Señalo a continuación, algunos ejemplos de lo realizado por los equipos de proceso y de proyecto:

- disminución de los tiempos de espera en la consulta de medicina familiar
 - incremento de la cirugía ambulatoria
 - incremento a la oportunidad quirúrgica
 - eficiencia en la utilización de los estudios de laboratorio
 - mejora al surtimiento de recetas
 - oportunidad en la consulta de especialidades
 - disminución de filas en la inscripción de beneficiarios y movimientos afiliatorios
 - disminución del tiempo de observación en urgencias
 - eficiencia en el manejo de la ropa hospitalaria
 - mejora al servicio de rayos x
 - incremento en la cobertura a mujeres embarazadas
 - registro y control de la cartera
 - mejora en la atención a trabajadores en retiro
 - incremento al nivel integral de conservación
 - manejo de pacientes con insuficiencia renal
- Son también de destacarse las siguientes mejoras aplicadas:
- asignación de ficha horario
 - reorganización de la consulta externa
 - actualización de los protocolos de manejo médico en urgencias
 - programación de consultas de especialidades desde el primer nivel
 - eliminación de estudios de laboratorio no necesarios

- realización de cirugías ambulatorias en la unidad de medicina familiar
- incremento en el número de consultas a pacientes embarazadas
- determinación de los cuadros locales de medicamentos en cada unidad
- otorgamiento de preconsulta en urgencias
- eliminación de pasos en los procesos de trabajo
- disminución de costos
- disminución de personal involucrado en procesos de trabajo
- redefinición de tareas
- creación de grupos de autoayuda
- elaboración de guías diagnóstico-terapéuticas

rios y prestadores de servicio encontrar la bondad del proyecto, que cuando mejoramos en algo a todos alcanza el efecto.

Evolución de la organización del movimiento

Hoy discernimos en que éste debería ser el equipo estratégico de la operación: el único cuerpo colegiado que se encargue de la toma de decisiones en nuestra Delegación.

El grupo directivo de la Delegación, es mas analítico. Su liderazgo es, sin duda, cultural y técnico: trabaja bajo un programa delegacional en cuyo diseño participa y contribuye al logro de los objetivos de la Delegación, alcanzando los de su área de responsabilidad. Tiene, además, una mejor visión de su entorno y una mayor comprensión de la vida interna de la organización. No hay áreas ajenas o menores, pero sí una clara identificación de áreas estratégicas. Se administra por procesos.

Estos equipos y otros más han participado con sus propuestas en reuniones estatales, regionales y nacionales traspolando a dichos ámbitos sus mejoras para implantación. Sin duda los trabajos realizados por los equipos es la mejor aportación: el mas generoso fruto obtenido, por que ha permitido a los propios usua-

La coordinación con el sector salud

A instancias del Consejo Consultivo Delegacional se sometió a consideración del Gobernador del Estado la propuesta de implantar un Premio a la Calidad en los Servicios de Salud. Origi-

Nombre	integrantes
Un grupo de interesados o curiosos	El que quería participar
Equipo natural de administración	Uno en cada unidad o área delegacional, conformado por sus cuerpos de gobierno
Comité técnico de planeación	Cuerpo de gobierno delegacional y un representante de cada equipo natural de administración y el representante del sindicato
Consejo delegacional de planeación	A los de la etapa anterior se agrega el consejo consultivo delegacional, donde participan representantes del gobierno del Estado, de los patrones y de los derechohabientes
Equipo estratégico de la operación	Cuerpo de gobierno delegacional, representación sindical y los directores de las dos zonas medicas

nalmente se presentó la propuesta para que fuera un premio delegacional sólo del IMSS. La tarea la cumplió el titular de la Delegación. De tal suerte que el 5 de septiembre de 1997, se suscribe el acta que protocoliza la creación del Consejo Estatal de Calidad en los Servicios de Salud, al cual se asigna la administración del proceso del Premio Tabasco a la Calidad.

También correspondió al Consejo desarrollar la estrategia de capacitación compartida, en la que todas las instituciones del sector ponen en una sola canasta los recursos físicos y humanos que contemplan sus programas anuales de capacitación y educación. Ello permite tener un programa estatal potencializado que abre un sinnúmero de oportunidades a los prestadores de servicio.

La metodología del Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud se obtuvo del Instituto Avanzado para la Calidad Total México, quien se identificó con el esfuerzo que aquí se realizaba y continua en su acompañamiento innovando periódicamente el modelo y realizando el proceso de evaluación.

No creemos ser pretenciosos, si mencionamos que el trabajo realizado en esta área, en algo contribuyó para que el Gobierno del Estado determinara crear el Instituto Estatal de Calidad.

Otra responsabilidad del Consejo consiste

en acercar información actualizada a sus integrantes, lo que cumple mediante una estrategia que arrancara en el IMSS mediante la realización del Primer Seminario Estatal de Seguridad Social. Más adelante, este Seminario se convirtió en el Congreso Estatal de Calidad cuya tercera celebración tendrá lugar durante el 2002.

Por supuesto que la coordinación del sector no se dio a partir del trabajo por la calidad, ya existía pero con estas tareas tomo un matiz que le permite avanzar sin pausa año tras año.

La voluntad y el compromiso del Delegado Lic. Juan Manuel Amador Leal en el IMSS, los doctores Lucio Lastra Escudero y Armado León Bernal en la Secretaria de Salud, el Dr. Jesús Manuel Pintado Heredia en el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco

(ISSET), así como los responsables de las demás instituciones del sector, junto con los titulares del Ejecutivo Estatal, los rectores de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y los colegios médicos, han permitido convertir esta tarea en una auténtica estrategia de gobierno.

¿Cómo estamos ahora?

Somos de las Delegaciones cuya área medica sólo tiene un indicador de desempeño fuera de rango. Somos la entidad con el



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

más bajo índice de siniestralidad, la Delegación con el más bajo índice de ausentismo entre sus trabajadores, una de las entidades con la mayor cobertura en esquemas de vacunación, la mortalidad general/1000 derechohabientes se ubica en 0.48, la mortalidad materna en 0.0.

Algunos reconocimientos otorgados a la Delegación

1. Mención Honorífica en el Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a el Hospital General de Zona 2 de Cárdenas, 1998
2. Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a la Unidad de Medicina Familiar Ignacio García Téllez de Villahermosa, 1999
3. Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a el Hospital General de Zona 2 de Cárdenas; 1999
4. Mención Honorífica en el Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a el Hospital General de Zona 1 de Villahermosa. 1999
5. Premio IMSS de Calidad a la Unidad de Medicina Familiar Ignacio García Téllez de Villahermosa, 1999
6. Premio a la Innovación otorgado por la Secretaria de la Contraloría y Desarrollo Administrativo a la Unidad de Medicina Familiar Ignacio García Téllez, 1999
7. Mención Honorífica en el Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a la Guardería Ordinaria 001 de Villahermosa, 2000
8. Finalista en el Premio IMSS de Calidad a la Subdelegación de Cárdenas, 2000
9. Premio a la Investigación por el Tema: "Efectos del Chilacayote en los Pacientes Diabéticos Tipo Dos", 2000
10. Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a la Unidad de Medicina Familiar núm. 45 de Cárdenas, 2001
11. Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud al Centro de Seguridad Social de Villahermosa, 2001
12. Mención Honorífica en el Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a la Unidad de Medicina Familiar núm. 25 de Sánchez Magallanes, 2001
13. Mención Honorífica en el Premio Tabasco a la Calidad en los Servicios de Salud a la Unidad de Medicina Familiar núm. 43 de Villahermosa, 2001
14. Actualmente 2 unidades del IMSS, la Unidad de Medicina Familiar núm. 44 y el Hospital General de Zona 2, participan el la segunda etapa del proceso del Premio IMSS, 2001
15. Primer lugar en Materia de Limpieza de Inmuebles al Hospital General de Zona 1, 2001
16. Certificación de UNICEF como "Unidad Amiga de la Familia" a la Unidad de Medicina Familiar núm. 39
17. Certificación de UNICEF como "Unidad Amiga de la Familia" a la Unidad de Medicina Familiar núm. 43
18. Certificación de UNICEF como "Unidad Amiga de la Familia" a la Unidad de Medicina Familiar núm. 45
19. Certificación por el Consejo General de Salubridad al Hospital 1 de Villahermosa
20. Certificación por el Consejo General de Salubridad al Hospital 1 de Cárdenas
21. Certificación por el Consejo General de Salubridad al Hospital 1 de Tenosique
22. Seleccionados para pilotear el Sistema de Evaluación de la Calidad de la Operación en el Primer Nivel
23. Seleccionados para pilotear el Modelo de Medico de Familia
24. Seleccionados para participar en el proyecto de Grupos Relacionados con el Diagnostico
25. Seleccionados para desarrollar las Guías Terapéuticas en el Area Médica de Gestión Desconcentrada de Cárdenas

Mención especial

No cabe la menor duda del aserto que comunican los teóricos de calidad. Según ellos: ésta entra por la cabeza y si quién dirige los destinos de una organización no se compromete con el cambio, ninguna estrategia dará resultados reales y permanentes.

Para nosotros en la Delegación Tabasco, la visión del Lic. Juan Manuel Amador Leal ha resultado insoslayable en los aciertos obtenidos: en la respuesta a la convocatoria formulada en las alianzas externas y continuidad en la coordinación con el sector.

Su continuidad en el cargo hubiera sido insuficiente, si no estuviera acompañada de la determinación por transformar la gestión directiva, el enfoque de los servicios, el clima de la Delegación y su atractividad en el entorno.

Retos

Implantación de un modelo de dirección por calidad. Todo lo aprendido dió origen a la idea de desarrollar un modelo de dirección en la Delegación. Para ello se reunió a cerca de 100 trabajadores, asignando por grupos de 10, un apartado para su desarrollo y tomándolo como base inicial los 8 criterios del Premio IMSS de Calidad.

Al mismo tiempo, en las unidades se trabajó con la guía para la implantación del modelo de dirección, para que ambas vertientes

tuvieran su punto de encuentro al llegar a implantar el modelo a cada unidad.

De consolidarse este instrumento, sería sin duda una aportación relevante para el ejercicio de la gestión directiva, estandarizando el uso de herramientas y sistemas al enlazar las tareas antes desconectadas y dispersas y propiciando alcanzar el mismo objetivo.

A continuación se presentan estos dos ejemplos de la visión holística de los apartados 5 y 6:

En el año 2002 se realizará el Primer Concurso Estatal de Círculos de Calidad cuya convocatoria emana del Consejo Estatal de Calidad y que coordinara nuestra Delegación.

Crearemos, también, espacios en que los directivos de los hospitales y unidades médicas públicas y privadas, se reúnan a discutir su problemática y compartir sus mejores experiencias, como un principio para que esa actitud tome carta de naturalización y haga innecesaria la intervención en la organización de dicho acto de alguna otra instancia.

Queremos que nuestros prestadores de servicio se transformen en grupos autodirigidos, que nuestras áreas médicas sean más resolutivas, no tener pendientes en la desconcentración por haber agotado con lógica esta estrategia.

Convertir nuestros servicios en más preventivos que curativos, tener un óptimo posicionamiento en la percepción del usuario y que sean también aliados del servicio que reciben.

Comentarios a El Cotidiano 107 de Salud Pública

El “factor social” en salud

Rodolfo Flores Lara*

A todos los hombres mujeres y niños que pudieron aliviarse o ser arrancados de la muerte y no haber sido frustradas “sus ilusiones y esperanzas”

Hagamos un alto en el camino y cambiemos ese “Factor Social” en salud por un “Nuevo Modelo de Salud” que se aboque por un lado a sepultar con dignidad el anterior modelo y destacando la esencia de la salud para dignificar al ser humano permitiendo su participación y evitar así remedios y modificaciones al actual modelo que tiene más de 60 años.

El día 23 de Octubre se conmemoró nuevamente el día “del Médico” en nuestro país y, como en casi todas las celebraciones, fue motivo de declaraciones oficiales sobre política social en salud, tal fue el caso donde el Presidente Vicente Fox, quien pronunció: “en México nadie puede sentirse satisfecho en cuestiones de salud”. Asimismo los responsables de la salud en el IMSS y en el ISSSTE, Onofre Muñoz Hernández y Elsa Carolina Rojas Ortiz respectivamente, advirtieron que “el estancamiento de la economía nacional puede poner en riesgo el avance de la reforma, la modernización y la democratización del sector salud, debido a la escasez de recursos financieros”. En este sentido, el Presidente Vicente Fox reiteró el compromiso de invertir en salud, porque significa invertir en igualdad de oportunidades y en “justicia social”.

Es significativo que en las condiciones económicas de contracción o recesión, aunque no lo acepte el gobierno, México vive ya en una economía imposible de crecimiento y desarrollo como lo vislumbrara el horizonte de la esperanza (cambio) que dio el resultado de las elecciones del 2 de Julio y disminuidas después de la conformación del gabinete del actual gobierno en el mes de diciembre.

Esta disminución de las expectativas, de la esperanza se ha incrementado ante las devaluaciones de las promesas de crecimientos que se señalaba ilusoriamente llegar a tasas primero del 7 del 5 y del 2% y que han justificado la reducción aludiendo a factores externos, al impacto de la reducción de esos indicadores como es la disminución a la tasa del 6.5% al 1.9% de la Reserva de Estados Unidos para rezar e implorar a la virgen de Guadalupe que le vaya bien a la economía de Estados Unidos porque sólo así nos recuperaríamos los mexicanos en su economía.

Tampoco es posible imaginar que en la economía de México “no pasa nada” a pesar de los atentados en Nueva York el 11 de Septiembre, donde se manifestó probablemente la injusti-

* Arquitecto, miembro de la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados (SMAES).

cia social e inequitativa al desarrollo de muchos países y de millones de seres humanos que viven con uno o, máximo, dos dólares de ingresos al día.

No, señores funcionarios de la administración pública, México vive ya y está inmerso en una “economía de Guerra”, como resultado de la globalización económica del mundo, reconozcámoslo y tomemos las medidas adecuadas para dar certidumbre a los hechos del gobierno, es por eso que nuestro desarrollo debe contemplar esa realidad pública y social, hablando con la verdad de cara a la Nación y recuperar con ella la conciencia de la sociedad civil y de todos los sectores de la población; de no hacerlo, la esperanza se convertirá en retirar la confianza delegada para gobernar porque el “Factor Social” en la salud, manejado así, ha incrementado la incertidumbre y el desmoronamiento de las instituciones que le dan razón de estado en del país.

Sólo analizaremos unos de éstos aspectos del “Factor Social” como el de la salud para encontrar que en nombre del “factor Social” se ha ido desmoronando el horizonte de la esperanza y que ha llegado a un alarmante fenómeno de llegar a tener en México 75 millones de mexicanos que viven en la pobreza y, de éstos, 40 millones en extrema pobreza.

En México se registran 10 mil nuevos casos de cáncer de mama cada año de los cuales a un 90% se les detecta la enfermedad cuando ya esta avanzada. El alto costo de los medicamentos dificulta la recuperación, este mal tiene los aliados del miedo, la ignorancia y la baja autoestima, llegando al 65% de los casos a una muerte con un alto costo social, familiar y económico.

El año pasado, el 2000, en los hospitales del IMSS “uno de cada tres embarazos se resolvió por cesaria” cifra que evidencia que en México, al igual que en el resto del mundo, esta practica quirúrgica se está convirtiendo en una moda que además de imprimir una pesada carga financiera a las instituciones de salud, no se ha demostrado que se disminuya el riesgo de fallecimiento materno o perinatal.

Los daños a la vida saludable indican, según análisis oficiales, que las principales pérdidas se deben a enfermedades no transmisibles y las lesiones, no obstante los daños producidos a las afecciones perinatales, infecciones respiratorias, las cirrosis y la disminución, siguen teniendo una importancia relevante, tal como se enumeran a continuación las 5 causas principales:

- 1) Afecciones Perinatales
- 2) Diabetes Mellitus
- 3) Homicidios y violencia
- 4) Cardipatía isquémica
- 5) Accidentes de vehículos de motor

Las 5 principales causas de mortalidad general generadas por los cambios a la constitución de la demografía (pirámide de la edad) y por la epidemiología en el país características de estos padecimientos de la población envejecida, son:

- 1) Enfermedades del corazón
- 2) Tumores malignos
- 3) Diabetes Mellitus
- 4) Accidentes
- 5) Enfermedades del Hígado

Las víctimas se nos muestran a diario en revelaciones constantes en declaraciones oficiales y en estudios de la medicina y nos proyectan un futuro a tal grado que parece irremediable para millones de mexicanos el que en un momento u otro como si nos atrapara y fuéramos parte de esa estadística de ese análisis, de esa muerte y nos alcanzara para frustrar así aspiraciones, esperanza, horizonte de ilusiones y de realizaciones. Siempre tendremos que morir de algo, pero no antes de su tiempo de haberse formado cada ser, de haberse desarrollado, de haber podido de forjar a otros seres, y de haber cumplido con una labor social para que el mundo sea menos injusto.

Millones de éstos seres afectados por esa pérdida de salud pudieron haber sido evitados, porque se habla del “Factor Social” en salud y se actúa en nombre de ella para remediarlo y en la práctica poco se hace ya que cada año aumentan las estadísticas como “Factor Social” en salud y sigue siendo causa de sufrimientos que nos prometen paraísos utópicos.

Hagamos un alto en el camino y cambiemos ese “Factor Social” en salud por un “Nuevo Modelo de Salud” que se aboque por un lado a sepultar con dignidad el anterior modelo y destacando la esencia de la salud para dignificar al ser humano permitiendo su participación y evitar así remedios y modificaciones al actual modelo que tiene más de 60 años.

Tengamos el valor y afrontemos el desafío del México de hoy para hacer una nueva arquitectura del modelo de la salud para otros 50 años, evoquemos como en los años ‘40 evocando al Dr. Salvador Zubirán para congregar a los diferentes profesionistas comprometidos socialmente con la salud el cual desarrollaba la tesis: el “hospital debe concebirse como una institución por excelencia especializada debe de llevarse al ser humano doliente en busca de alivio a sus males, cuando la institución hospital ha sido concebida y esta en la mente de los organizadores de la salud”.

Hoy estamos en un momento histórico porque la globalización nos ha llevado ahí, a la agudización de la pobreza.

La crisis económica nacional e internacional y agrava la situación en millones de seres humanos, es el momento de afrontar el reto histórico para transformar nuestras debilidades en fortalezas vemos hacia dentro, hacia nosotros mismos, hacia nuestras realidades y nuestra carencias.

Pensemos en el hoy, en el mañana porque ahí vamos a llegar seguramente, hay que prepararnos este día para mañana y esto requiere de “debate, reflexión y trabajo”.

Hoy en día los hacedores de la arquitectura caminan silenciosamente, y se ponen de acuerdo en que hay que generarse hacia dentro hacia cada uno de ellos, y ahí encintraran el silencio para el cambio mas grande que los conduce al resplandor y renacimiento de la arquitectura con sentido social.

De los riesgos a las políticas de salud. Una reflexión crítica

Manuel A. Santillana Macedo
Miguel Romero Téllez

En el espacio académico, de la administración pública y del ámbito político de la salud, son escasos los tiempos para el ejercicio de la reflexión. Los lugares y publicaciones académicas, son entonces vistos como hipercríticos por los políticos y administradores, mientras

que los académicos e investigadores ven a los actores de las políticas de salud pública mexicana como ejemplos de rigidez, cuadratura y burocracia. Sirva este ejercicio ofrecido por un par de actuales administradores públicos como un acercamiento crítico, creativo, franco y, a la vez, recíproco al personal académico para interactuar y conformar intereses y acciones comunes.

Los tres artículos que a continuación comentaremos se ubican, el primero, en el ámbito de la reflexión teórica —siempre tan necesaria y tan poco cultivada—, y los otros dos en el cuestionamiento de las políticas de salud— tema por el contrario siempre cultivado en corrillos y chismes, pero pocas veces tratado con seriedad.

El primer trabajo corresponde a la propuesta de Dafa Feinholz Klip y Héctor Avila Rosas “Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud” que enfoca su interés en cuanto a la conceptualización de lo que es el riesgo en salud. En este trabajo los autores parten de la propuesta ya clásica de Luhman para cuestionar las limitaciones del concepto de riesgo en la epidemiología clásica y considerar la necesidad de ampliar, así como profundizar en la dimensión del riesgo a la salud, ahora en una perspectiva psicosocial y etnoantropológica. O, dicho más claramente, abrir la consideración del riesgo como algo externo, objetivo y medido, hacia el riesgo como también un evento percibido, sentido, interpretado y, en suma, construido dentro de una amplia dinámica social. De tal forma que, atendiendo a los autores, el riesgo no es sólo la posibilidad de ocurrencia de una enfermedad, sino también el “concepto heurístico que sirve para delimitar con un alto grado de comprensión, la posibilidad de un hecho”.

Es decir, no sólo infancia es destino, como escribió el maestro Santiago Ramírez, sino además, familia es destino, colonia y barrio es destino, región y país es destino, pero no sólo como posibilidad: sobre todo como entendimiento del riesgo.

Existen un par de tópicos que es pertinente destacar de este trabajo. El primero se refiere a que a pesar de ofrecer una claridad conceptual a lo largo de todo el artículo, se queda al final en el nivel puramente propositivo. Es decir, al buen sabor de boca del pastel de las reflexiones sobre qué es y representa el riesgo, le falta la cereza del para qué, y del cómo se va a trabajar con esta dimensión hermenéutico heurística del riesgo.

De aquí se desprende el segundo tópico, y es entender que a partir de estas propuestas de riesgo es pertinente reorientar mucho del trabajo de educación y salud. Es decir, considerar críticamente los objetivos, metas y planes de enseñanza, capacitación y educación para la salud y educación para los adultos. Entender así a los actores sociales en su historia y su contexto para, con ello, construir y reconstruir tanto en común como recíprocamente un efectivo y solidario camino de salud pública.

Los otros dos artículos se encuentran ligados por críticas y cuestionamientos a las políticas de salud. Así, el trabajo de Susana Lerner e Ivonne Szas “La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias”, escrito con una prosa muy fina que ayuda mucho a su propia lectura, describe los tres tiempos de las políticas de salud reproductiva en el mundo y, desde luego, con sus asincronías y desencantos, también en México.

Estas tres tendencias desde el campo de la sociodemografía, como lo señalan las autoras, recorren un lapso un poco mayor de treinta años desde una primera tendencia que privilegió la orientación antinatalista como justificación del debate entre población y desarrollo, y que al final resultó falaz. Una segunda tendencia que buscó integrar de manera más incluyente los contextos de los procesos demográficos, sociales y de debate feminista. Y una tercera etapa donde como punto cardinal surge la emergencia de las nociones y defensa de los derechos humanos y de equidad de género. Concluye todo este trabajo con una serie de interrogantes dignas de tomarse en cuenta por todos los interesados en la salud pública y privada.

Es importante subrayar que esta crítica de la forma en que evolucionan las políticas de salud, desde un centralismo medicalizado, antinatal a una dimensión sociopolítica de la salud reproductiva van acompañados de varios procesos. Uno de ellos es la forma en que se operan las políticas; así en el primer caso, el modelo medicalizado, centra su acción en la atención vertical-directiva a la mujer en edad fértil, heterosexual formal, con el mito del control natal previo a un idílico y mesiánico desarrollo. Mientras que en la actualidad, a pesar de que sigue siendo en una gran parte medicalizado, se ha desarrollado una gran conciencia social de equidad de género con mayor respeto a la individualidad y diversidad sexual, que atiende más heterogéneamente. Pero donde se encuentra la discordancia de que sigue siendo predominantemente medicalizado el proceso, pero ahora ya sin ser una prioridad nacional, manifestado por una clara restricción de recursos en todo el ámbito de la salud reproductiva.

Otro aspecto que nos interesa comentar es acerca de la importancia de cuestionar abierta y francamente desde varios espacios, individuos o grupos de discusión, tanto académicos como políticos, públicos o privados y de la administración pública, cuál debe ser en estos momentos de transición, los alcances, limitaciones, objetivos y metas de la salud reproductiva mexicana. Nos parece que este artículo toca a las puertas de estas consideraciones, pero de aquí debe desprenderse toda una serie de propuestas y acciones a ejercer.

Por último nos parece que para el caso de México debe resaltarse que no existe un aparente divorcio entre el discurso de los políticos y directivos de los servicios de salud y la acción cotidiana de las y los prestadores de servicio. En este sentido estamos iniciando —en colaboración con el programa Mujer y salud— un estudio que indague la diferencia de calidad de la atención entre géneros en varios estados de la república. Pero es importante que estos tópicos no queden sin ser estudiados y, en su caso, señalados.

El trabajo de Gustavo Leal y Carolina Martínez, “¿En la ruta del Seattle sanitario? La Organización Mundial de la Salud y su Informe sobre la salud en el mundo 2000”, es un trabajo, de aquéllos que diría un teórico del siglo pasado, debe de ser una crítica despiadada para ser una buena crítica. En este sentido la tesis de este trabajo de los maestros de la UAM Xochimilco es que el apoderamiento de un grupo de financieros/economistas de la salud en la cúpula de la OMS, se encuentra paralelo, en intereses y metodologías, al Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Lo anterior se desprende de la lectura del “Informe de la salud en el mundo 2000”, mismo que hace énfasis en la economía de la salud como la base metodológica que “mide” en apariencia en forma “equitativa” la “natural” injusticia y torpeza administrativa de los países pobres miembros de la OMS. Y por tanto destaca el descontento de estos países, que dada la “natural” globalización económica actual son la mayoría de los países del mundo.

Este aspecto, como bien señalan los autores, olvida todos los procesos que determinaron y continúan ejerciendo un poder económico, que explica el incremento de las diferencias entre países pobres y ricos. Es decir, los autores cuestionan que ahora la OMS se autonombra juez y parte de las formas en que la salud en el mundo es administrada, financiada y ejecutada. Pero para dar recetas de un léxico que se ha hecho patente en latinoamérica desde hace varios años, es decir, planeación estratégica, costo-beneficio, costo-efectividad, financiamiento de la salud, mejora de la calidad, etc.etc.

Resalta de este trabajo la lucidez de los autores para reconocer que el eje crítico de la nueva macroeconomía de la salud se centra más en los métodos que en los resultados. Más en los procesos que en el destino de las acciones. Más en la evaluación del desempeño que en el impacto de las medidas y en el contexto que enmarca estas propias medidas y sus resultados. En suma, un fuerte y valiente artículo, del que, también es justo señalar, es pertinente hacer una crítica al utilizar el recurso teatral de contestar y poner a discutir a unos autores con otros autores. Es decir, es Habermas el que le contesta a la OMS, no Leal ni Martínez.

Comentarios a Patricia Ravelo Sergio Sánchez

Francisco Nava

Agradezco a mi amigo Gustavo Leal que, sobre otras voces autorizadas y más calificadas, me haya invitado a comentar el ensayo: *Trabajadores de la salud y neoliberalismo (episodios de movilización en el IMSS)*, desarrollado por los investigadores Patricia Ravelo y Sergio Sánchez, publicada por la UAM en su revista *El Cotidiano* número 107.

Los autores abordan las movilizaciones de 1989 del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, en la lucha por defender su Contrato Colectivo y democratizar su vida sindical, en una coyuntura de reconversión laboral, que en ese momento empezaba a perfilarse como instrumento favorito de la política laboral salinista.

Una de las virtudes de este ensayo es la de rescatar momentos claves de la historia sindical, como éste, que abrió la puerta a grandes transformaciones al interior de la organización de los trabajadores de la seguridad social. Máxime cuando el trabajo reseñado es sólo una parte (o subproducto, como se le califica) de una investigación más amplia sobre el tema “Democracia sindical y participación en el puesto de trabajo”, que esperamos conocer próximamente.

También debe considerarse un acierto la amenidad de la exposición, que nos lleva de la mano por los vericuetos de un conflicto escasamente documentado y no investigado hasta esta publicación. Con apoyo hemerográfico y el testimonio de algunos protagonistas del suceso, los hechos quedan fijos y la interpretación de los mismos se vuelve posible.

Sin embargo, permitan que un protagonista menor de aquellos hechos, pero en alguna medida documentado, aporte su punto de vista en la reconstrucción de este suceso, en aras de una mejor comprensión del mismo.

Mi intervención se centrará en cuatro aspectos prioritarios: contexto histórico, situación interna del SNTSS, XXI Congreso Nacional Extraordinario y saldos del movimiento de 1989.

Contexto histórico

Carlos Salinas de Gortari tomó posesión el 1º de diciembre de 1988. Lo hizo bajo sospecha de haberlo logrado perpetrando el mayor fraude electoral en la historia reciente de México. Su principal opositor, Cuauhtémoc Cárdenas, y el Frente Democrático Nacional que lo postuló como su candidato, no le reconocieron legitimidad y su impugnación estuvo ligada a numerosos movimientos reivindicativos de inicios del sexenio.

Continuador de la política neoliberal de su antecesor, Salinas ratifica en la Secretaria del Trabajo a Arsenio Farrell Cubillas, para llevar a un nuevo estadio la “modernización” de la planta productiva, situación que requiere de la flexibilización de las relaciones laborales y la depuración de liderazgos que obstaculizaban este proceso.

Se puso en marcha el proceso privatizador de las empresas estatales y paraestatales, como Teléfonos de México, el sistema bancario, la minería, los ferrocarriles y muchas otras en actividades no estratégicas; y a la vez se procedió a la eliminación de líderes sindicales que no obstante haber perdido su representatividad, habían construido en torno suyo un entramado de

relaciones entre la estructura sindical, el poder político y poderosos núcleos económicos, que lo hacían parecer insustituible y por tanto se erigía como obstáculo para la modernización de instituciones y empresas de punta.

En 1989, las baterías gubernamentales se enfilaron hacia Joaquín Hernández Galicia “la Quina”; sin duda “líder moral” del sindicato más poderoso del país, en términos económicos y políticos; y hacia Carlos Jongitud Barrios, quien desde el Senado de la República controlaba al contingente de trabajadores más numeroso del país, el de los maestros, gracias a su liderazgo vitalicio en Vanguardia Revolucionaria y a sus complicidades políticas; por mencionar los casos más sonados.

En el caso concreto del Sindicato del Seguro Social, el Dr. Antonio Punzo Gaona, no compartía el perfil de los líderes mencionados pero en cambio administraba con el IMSS el Contrato Colectivo de Trabajo más grande del país, y por lo mismo se hizo acreedor a una embestida oficial que buscaba “restaurar” el orden al interior del gremio.

Situación interna

En 1987, el Dr. Punzo Gaona recibe de su antecesor, el Dr. Mateo de Regil, una dirigencia sindical caracterizada por la falta de respuesta a las propuestas de democratización interna y atención a las demandas de mejores condiciones de trabajo de los agremiados. Como afirman Patricia Revelo y Sergio Sánchez, la crisis económica de los años de los 80’s motivó el “deterioro salarial, desabasto de equipo y materiales de trabajo y (generó) un profundo malestar entre la base trabajadora.

En 1988, la situación se agrava con la ruptura de consensos internos, que tiene su manifestación más evidente en la salida del secretario de Admisión y Cambios, Melitón Nateras Gómez.

En este contexto las enfermeras, que desde el año anterior venían manifestándose por mejorar sus condiciones de trabajo y retribución económica, logran cohesionar su movimiento a nivel nacional, y se suman a la lucha del movimiento sindical, que en ese momento pugna por romper una política de topes salariales.

La movilización de las enfermeras logra arrancar al sistema, mediante convenio del 14 de agosto de 1987, un histórico incremento del 5 por ciento por su participación en actividades docentes, de enseñanza y de investigación. El logro no es menor: alcanzar aumentos de emergencia fuera de revisiones contractuales, salariales o aumentos generales de emergencia, como los que se dieron en la época, habla de la importancia de la lucha de este segmento de profesionales de la salud.

Por otro lado, los reclamos de democratizar la vida interna del Sindicato van en aumento y se solicita, una y otra vez, una revisión estatutaria de fondo enfocada sobre todo al voto secreto y directo, elecciones en los centros de trabajo, procesos electorales transparentes, cambios en el funcionamiento de los Órganos Nacionales de Gobierno, respeto a la decisión de militar en partidos diferentes al PRI y creación de las secciones sindicales en el Distrito Federal.

Correspondió al XXIX Congreso Nacional Ordinario de 1989, incluir en la agenda la tan esperada revisión del Estatuto sindical. Las expectativas generadas fueron tan grandes que la inmensa mayoría de los 500 congresistas querían estar presentes en la mesa de trabajo correspondiente a este tema, restándole importancia al pliego petitorio que se presentaría al IMSS ese año con motivo de la revisión contractual.

Los resultados de esta mesa fueron catastróficos: no se cambió una sola coma al Estatuto vigente, lo que provocó mayor tensión entre la dirigencia sindical y los líderes de oposición.

De otra parte, un elemento importante en el clima de esa época lo constituye la áspera relación entre el Comité Ejecutivo Nacional y la Administración del Instituto, que durante 1987 requirió la intervención del Secretario del Trabajo y Previsión Social, a petición del Dr. Punzo Gaona por incumplimiento del Contrato Colectivo en lo que se refiere a cobertura de plantillas, exceso de puestos de confianza y dotación de ropa de trabajo entre otros puntos.

La situación interna del Sindicato en vísperas del XXI Congreso Nacional Extraordinario podría resumirse de la siguiente manera:

- Pérdida de confianza de los trabajadores en su dirigencia nacional.
- Fuerte presencia de la oposición en los enclaves que todavía controlaba el cardenismo.
- Escaso control de los comités seccionales sobre sus respectivas bases y con los delegados congresistas.
- Rompimiento de los más importantes sectores de la oposición con el Comité.
- Poca información del Comité Nacional para con la base.
- Todo lo anterior fue caldo de cultivo para propiciar la difusión de cualquier cantidad de rumores.

XXI Congreso Nacional Extraordinario

Todos estos intereses contrapuestos se enfrentaron y dirimieron, hasta cierto punto, en el XXI Congreso Nacional Extraordinario que debía, en principio aprobar o no el informe de actividades del CEN y los términos de la revisión contractual. Por lo anteriormente descrito, el CEN sería evidentemente impugnado; y es así como, al iniciarse el multicitado Congreso, la oposición ya había ganado el primer punto: en el recinto donde se efectuaba el acto sólo estarían los delegados estatutarios y a los “fraternales” se les impediría el acceso.

La elección de la mesa de debates y la aprobación del informe de actividades del CEN se dio sin mayores contratiempos, no así los términos de la revisión contractual. Al llegar a este punto se leen las propuestas de cambio discutidas con la empresa y referidas a incremento salarial del 14.5 por ciento; y los incrementos a las cláusulas económicas entre otras. Por otro lado se presenta una serie de cláusulas que generan rechazo, entre las cuales se encontraban los cambios en la cláusula 11 clasificación de trabajadores; la 22 bis, cobertura y revisión de plantillas; la 38 tiempo de tolerancia; la 23 de la ocupación de plazas vacantes; la 46 descanso diario, semanal y obligatorio y la 47 vacaciones; así como diversas cláusulas transitorias.

La aceptación de los términos de la revisión contractual la determinó el Presidente de la mesa de debates, al solicitar que la reunión se manifestara a favor de la propuesta, y decidir unilateralmente que se aprobaba “por mayoría evidente”, sin el conteo individual de cada uno de los votos. Después abandonó el recinto del evento, en compañía del CEN; lo cual permitió a muchos congresistas organizarse y denunciar la falta de legalidad con que se desarrolló el Congreso.

A partir de este momento las contradicciones entre la dirigencia sindical y los congresistas se agudizaron. El Contrato Colectivo fue registrado el 14 de octubre de ese año y los congresistas lo impugnaron por pérdidas de conquistas laborales.

Tras una serie de manifestaciones de descontento y aún enfrentamientos el Dr. Punzo Gaona presenta su renuncia a principios de noviembre de 1989, siendo sustituido por el Dr. Miguel Ángel Sáez Garza.

La lucha de los congresistas se enfocó entonces a modificar las cláusulas polémicas y a tratar de ganar representatividad con los trabajadores y de esa manera presentarse ante el CEN en condiciones de fuerza. En el primer caso, se logró alguna modificación mediante los convenios del 22 de octubre y 4 de diciembre, ambos de 1989; pero su representatividad se fue diluyendo.

Saldos del movimiento de 1989

Los autores del ensayo, concluyen su revisión de las movilizaciones de 1989 señalando: “una cosa es cierta: el Contrato Colectivo de Trabajo en el IMSS sí experimentó cambios. No todos fueron desfavorables para la base del SNTSS, al tiempo que el IMSS introdujo cambios en algunas cuestiones que le resultaban de importancia. Es decir, la tensa y compleja discusión en los medios sobre el texto del Contrato Colectivo, y su ‘mutilación’, se esclarece si comparamos los Contratos de los años 1987-1989 y 1989-1991 en sus aspectos más polémicos. Sólo haciendo esta comparación podemos llevar a cabo una evaluación realista del movimiento que hemos reseñado”.

Hago la aclaración de que el procedimiento empleado por los autores para extraer conclusiones no considera el Contrato registrado el 14 de octubre y los convenios del 22 de octubre y 4 de diciembre, que modifican la mayor parte de las cláusulas impugnadas.

Es decir, la única forma de reconstruir y apreciar los logros del movimiento y la “mutilación” al Contrato es conociendo el texto original rechazado y los convenios que lo corrigen.

Finalmente quisiera enfatizar la importancia que tiene para el movimiento sindical este tipo de estudios que abordan de una manera objetiva y desapasionada coyunturas que arrojan luz sobre los dilemas que enfrenta la relación de las dirigencias sindicales con sus agremiados.

Para Patricia Ravelo y Sergio Sánchez:

Con el ánimo de contribuir al desarrollo de estas investigaciones, me permito enviarles las siguientes observaciones sobre el contenido de los convenios mencionados, en estos comentarios.

- Por lo que se refiere a la cláusula 11. clasificación de trabajadores: se cambia “mediante exámenes de oposición así como otras técnicas de selección equivalentes elaboradas y convenidas por las partes” por “en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puesto de Confianza “B”. El convenio del 4 de diciembre agrega “pactado por las partes” después de en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza “B”.

- La cláusula 22 bis. Cobertura y revisión de plantillas. Se establece la obligación de cubrir oportunamente las vacantes temporales y definitivas. Se integran la Comisión Nacional Mixta de Revisión de Plantillas y Comisiones Mixtas Delegacionales para verificar plantillas autorizadas, analizar ausentismo y recomendar acciones para su reducción, así como identificar sobrecargas de trabajo o necesidades de reestructuración. El convenio del 4 de diciembre agrega “en los términos de los Reglamentos de Bolsa de Trabajo y de Escalafón vigentes”.

- La cláusula 38. tiempo de tolerancia, el problema fundamental es la disminución del tiempo de tolerancia a la entrada de labores que pasa de 45 minutos a 30.

- La cláusula 23. de la ocupación de plazas vacantes y del ingreso de los trabajadores, se modifica sustancialmente en lo que se refiere al manejo bilateral de la selección de trabajadores de nuevo ingreso, que queda como responsabilidad única de la administración institucional. El convenio del 4 de diciembre agrega: “el sindicato podrá revisar los expedientes que se integren en el proceso de selección de los aspirante de nuevo ingreso y participará en la expedición de los nombramientos”.

- Cláusula 47. vacaciones, mediante convenio del 22 de octubre se establece que para recibir la ayuda para “actividades culturales y recreativas” o disfrutar de un segundo periodo vacacional de hasta quince días hábiles según su antigüedad efectiva, similar trato recibirán los que tengan más de veinte años, y los expuestos a emanaciones radioactivas con su periodo extra.

Comentarios al artículo “Los servicios de salud y la calidad de vida ante el envejecimiento de la población mexicana”

Roberto Lara Arreola

Unidad de organización y calidad

Después de leer el artículo de Rosario Cárdenas y de Alfonso González, quisiera rescatar dos preocupaciones que han señalado tan atinadamente en el análisis que nos presentan hoy:

- Una es, cómo se podrán dedicar los limitados recursos sociales a la satisfacción de las necesidades de los ancianos que no cuentan con esquema de seguridad social y quién debe afrontar esta responsabilidad, el Estado y/o la familia (pág. 11).

- Y la otra preocupación es, si los ancianos aún contando con la protección de la seguridad social, ésta podrá ser efectiva para que la capacidad de ahorro obtenida, logre garantizar un retiro socialmente satisfactorio (pág. 12).

La tercera edad y los servicios de salud a la población abierta

En primer caso, deberá analizarse la posibilidad de la sociedad mexicana de disponer de recursos para el sostenimiento a largo plazo de la población de mayor edad. Aunque el caso más urgente es el de personas de la tercera edad y que hoy no tienen seguridad social y que deben estar bajo la protección de las políticas y los servicios públicos. En 1996 representaba el 58% de la población con 65 años o más.

Dado que la población de la tercera edad se irá incrementado en los próximos años, es útil comparar a esta población respecto al grupo en edad de trabajar, es decir, aquella entre 15 y 64 años. Actualmente hay casi 7 mayores de edad por cada 100 personas en edad de trabajar, y en 25 años el cociente será de casi 15.

Aunado a esto habrá que señalar que la curva de ingresos percibidos para los trabajadores de mayor edad se reduce drásticamente. En México no existen estudios precisos sobre este impacto en términos globales, pero para ejemplificar podría señalar que en Europa y Canadá (Bernard Dessault, 1998) los mayores ingresos en la edad productiva de un individuo los percibe entre los 30 y 35 años, a la edad de 60 recibe sólo el 69% de lo que antaño y alrededor de los 65 años desciende esta proporción al 31%. En el caso de la mujer trabajadora, ésta en su época de mejores percepciones que se ubica entre los 20 y 25 años percibe en comparación con el hombre tan solo el 79% de lo que éste en su cenit laboral, pero al llegar la mujer a los 60 años percibe un 42% y un ínfimo 16% a los 65 años (y las tendencias en 50 años ubican los ingresos en un 11%, esto es, pasará de una proporción del doble al triple comparado con el género masculino en la vejez).

En el caso mexicano las condiciones no pueden ser igualmente alagadoras. Si en países del primer mundo se presenta una brecha tan importante en cuanto a desventaja laboral por género, el caso de las mujeres ancianas mexicanas debe ser mayormente agudo.

Nos enfrentamos entonces a un escenario de recursos sociales e individuales decrecientes y, analizando las necesidades por satisfacer, el escenario se torna aún más crítico.

Para tener un punto de comparación señalaré que en el año 2000, casi 20% de los costos médicos del IMSS (13 mil 100 millones de pesos) se dedicaron a atender a la población mayor de 60 años (353 mil derechohabientes) y se prevé que en algunas ciudades del país, esta proporción podría llegar a ser del 50% en el 2025. Esto se debe a que el grupo poblacional de los 60 años en adelante, pasa en el caso de los hombres de un índice de 8.8 a 13.3 con respecto al grupo etáreo menos costo (de 10 a 14 años).

En el caso de las mujeres esta proporción es aún más elevada, pasa de 11.2 a 18.2; y si bien es cierto que presenta una esperanza de vida mayor, con ingresos de menos de la mitad de lo que perciben los varones (asumiendo esta como la variable explicativa más importante, no la única por supuesto), la repercusión en la calidad de vida se refleja en la demanda de servicios médicos.

La apuesta también se centra en el ámbito de la familia, donde tenemos el debilitamiento paulatino de las redes familiares de apoyo y un número menor de hijos presentes en los hogares, debido a la migración interna y al descenso de la fecundidad.

Pensiones y Calidad de vida

De igual manera, la presión sobre el sistema de pensiones crecerá gradualmente. La población que está próxima al retiro (entre 59 y 64 años) representa en 1999, el 7.8% de los hombres y en el caso de las mujeres el 8.2%, atribuyéndose esta diferencia a la mayor sobrevivencia de la población femenina. Para el año 2025, la población cercana al retiro se incrementará al 16.8% en el caso de los hombres y el 17.4% en el caso de las mujeres.

Desde hace tres décadas las investigaciones sobre transición demográfica han encontrado fuertes evidencias en cuanto a la correlación positiva entre el nivel de ingresos y la longevidad,¹ y estos efectos son mayores que variables como educación y raza étnica.² Esto que a simple vista parecería no aportar mayor problemática, en torno a los sistemas de salud y de

¹ Kitagawa y Hauser (1973), Duleep (1986), Rogers (1992), Wilkinson (1992) y Feinstein (1993).

² Menchik (1993).



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

seguridad social plantea problemas mayores. Esto es, en los esquemas de seguridad social como el nuestro, donde el porcentaje de contribución sobre el ingreso es homogéneo y los beneficios son igualmente otorgados como un porcentaje de los ingresos, entonces en circunstancias donde los trabajadores con ingresos elevados viven más tiempo, la resultante es un sistema que podría ser regresivo.³

El reto institucional ante los cambios demográficos y epidemiológicos

Desde el punto de vista público las reformas de la Ley del Seguro Social deberán considerar estos efectos para garantizar un sistema de seguridad social viable en el largo plazo, así como entrar en la discusión de la obligatoriedad de que

sean todos los trabajadores en activo y no únicamente los trabajadores empleados, los que deban de cotizar al sistema.

El medio ambiente en el cual opera cualquier organización, particularmente en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene un efecto directo sobre sus objetivos generales y específicos así como sobre la manera de que dispone de sus recursos humanos, de infraestructura y financieros para alcanzar su misión en la sociedad.

En el caso de esta institución que provee servicios médicos y sociales, es aún más complejo debido, por un lado, al cambio puramente demográfico, que se traduce en el predominio de la población adulta y, por otro, a varios fenómenos económicos y sociales asociados con la modernización del país.

³ Brown, Robert "Social Security: regressive or progressive?" .32nd Actuarial Research Conference held, August, 1997.

Estos fenómenos hacen que el Instituto Mexicano del Seguro Social enfrente un medio ambiente complejo que le impondrá la manera de ampliar su cobertura ante una creciente población que esta ingresando al mercado de trabajo, así como cubrir los espacios que la familia dejará en la sociedad, sobre todo en el caso de la población de la tercera edad y de las mujeres trabajadoras solteras con hijos.

Finalmente quisiera señalar que coincido plenamente con la conclusión de los autores cuando afirman que *“la escasa investigación que en nuestro país se ha realizado al respecto, puede obstaculizar, por el momento, la toma de decisiones racional, de aquí que este sea un campo que deberá ser estimulado desde ahora”*.

Comentarios al Artículo “Farmacoeconomía : una herramienta potencial para la toma de decisiones”

Roberto Lara Arreola
Unidad de Organización y Calidad

La organización de los servicios médicos tiene que ser dinámica y flexible, con capacidad para responder a los cambios de una población más heterogéneas en cuanto a edades, género y perfil epidemiológico, *especialmente ante el costo creciente de atender a la población*. Como señalaban Alfonso González y Rosario Cárdenas: hace falta investigación que permita ampliar las alternativas de solución al problema de salud donde se presentan recursos limitados con necesidades ilimitadas, aunado al costo creciente de estas necesidades.

La farmacoeconomía ofrece esta posibilidad.

En el caso de la transición epidemiológica, el impacto económico en el IMSS de los cuatro conjuntos de padecimientos más costosos (cáncer, padecimientos cardiovasculares, SIDA, diabetes y nefropatías), absorbe el 25% del gasto en medicamentos, atendándose con ello a tan sólo entre 1 y 2% de la población asegurada.

Quisiera pensar que la farmacoeconomía nos puede aportar mejoras en este campo.

Es más, me atrevería a sugerir que fuese parte de la currícula académica de los que deseen formarse en el campo de la salud, ya que en una organización tan compleja y enorme como lo es el IMSS el reto principal es la modificación de la conducta profesional de médico para que se sensibilice en cuanto a la repercusión presupuestal y financiera que tienen sus decisiones. Especialmente cuando este gremio está bombardeado con el advenimiento de nuevas tecnologías.

Fe de erratas

En nuestro número anterior, por un lamentable error editorial, omitimos, en el artículo “Los socialistas y los sindicatos ante el nuevo siglo (el caso de la coordinadora Intersindical Primero de Mayo) de Sergio Sánchez, el crédito de su autor: Profesor-Investigador, CIESAS D.F.

L a segunda etapa de la transición: el deslinde con el pasado

Miguel Ángel Romero Miranda*

Nuestro seguimiento de la realidad actual nos había indicado con precisión que la aceptación del Presidente Vicente Fox disminuyó ostensiblemente durante los meses de septiembre a noviembre (subperíodo al que llamamos *La Guerra*) y que este fenómeno obedecía a situaciones derivadas del errático funcionamiento que el mandatario y su gabinete habían tenido durante ese lapso.¹ Durante diciembre y enero, la caída en la popularidad del Presidente se profundizó —hasta llegar a niveles preocupantes—, pues incluso hubo quienes aseguraron que el gobierno contaba con estudios que indicaban que solamente el 42% de la población aceptaba o aprobaba la gestión del actual gobierno federal,² porcentaje que, se aseguraba, era similar al que tuvo Ernesto Zedillo en enero de 1995, su momento de menor popularidad, a un mes de haber cometido el error de diciembre que de golpe y porrazo terminó con una parte sustancial de los ahorros de miles de familias mexicanas. Derivado de esta situación, en la entrega anterior del Análisis de Coyuntura, dejábamos entrever la necesidad de que el gobierno federal realizara cambios tanto en las filas de sus más cercanos colaboradores como en su relación con la oposición, y en particular con el PRI por todo lo que éste representa en cuanto al ajuste de cuentas con el pasado.

Cambios en el gabinete

Con relación al gabinete, fue a principios de enero cuando se anunció la realización de cambios en tres áreas claves para

retomar la legitimidad ante la población. En primer lugar, fue removido el responsable de comunicación social de la Presidencia, Francisco Ortiz, y en su lugar puso a Rodolfo Elizondo un experimentado político duranguense al frente de esa difícil tarea. Con ello, se hacía explícito el reconocimiento de que la

* Profesor-Investigador, Departamento de Sociología, UAM-Azcapotzalco.

¹ Véase "Análisis de Coyuntura", en *El Cotidiano* No. 111.

² Véase *Reforma* del 22 de enero del 2002, en particular la columna Templo Mayor. Tres días después el

mismo periódico publicaba el resultado de una encuesta en donde la preferencia por Vicente Fox era del 48%, de todas formas el balance y la preocupación por la caída en la aceptación de la popularidad foxista coincidía en caracterizarlo como grave.

relación con la prensa había sido el “talón de Aquiles” del nuevo gobierno. Baste recordar el enfrentamiento tan fuerte que se dio con los medios de comunicación en su última gira de trabajo por los países de Europa. Los cambios en esta área se han dejado sentir en forma inmediata. Regresó la ortodoxia y el cuidado de la imagen presidencial. Nada de conferencias “banqueteras”, silencio ante problemas altamente politizados (caso PEMEX-PRI), nada de anuncios espectaculares e intentos de coordinación entre las diferentes áreas de comunicación del Ejecutivo.

En el plano de la seguridad pública, una demanda permanente y creciente entre la población que podría señalarse como una de las principales “asignaturas pendientes” que tiene el actual gobierno, la remoción o promoción de Adolfo Aguilar Zinser (depende cómo se le quiera ver) hacia la representación de México ante la ONU, abrió las puertas para impulsar un trabajo más coordinado con los gobiernos estatales. La percepción es que Aguilar Zinser era un impedimento para negociar con las entidades gobernadas por los perredistas, en primer lugar con el gobierno de López Obrador. Su salida explica la aceptación de que la PFP patrulle permanentemente los puntos de mayor incidencia delictiva en la capital del país. Dar resultados en el combate a la delincuencia es tan importante para Vicente Fox que incluso será él mismo quien de aquí en adelante encabece los trabajos para lograr un sistema nacional de seguridad pública.

Otra de las áreas que el propio Fox consideró estratégicas para reforzar a su gobierno fue la política social. En esta área, no se anuncian cambios de personas, pero sí de estrategias y de nombres de programas. Se trata de articular los numerosos programas y recursos con que el gobierno federal apoya a la población que se encuentra situada en la extrema pobreza con los que otorga a los productores del campo y agregar a ellos los que se canalizan a través de la SEP.

Al parecer, son dos las intenciones: por un lado, realizar una contabilidad única que permita presentar en números más impactantes el esfuerzo de combate a la pobreza; por otro, darle un sello personal a la política social. “Contigo” será el nuevo nombre que tendrá la

política social (incluye a SEDESOL, SEP y SAGAP), “Contigo” es el nombre del “nuevo” programa de radio del Presidente Fox y “Contigo” parece destinado a ser un esfuerzo que compita con lo que en su momento fue el exitoso aunque efímero y mediático Programa Nacional de Solidaridad. Sólo que a “Contigo” le falta el principal propósito que animó al ex presidente Salinas: desarrollar, a través de su política social, una política de masas similar a la que en su momento tuvo Lázaro Cárdenas.

Al finalizar este análisis de coyuntura, los rumores sobre eventuales cambios en el gabinete foxista eran insistentes. Se mencionaba la salida de Carlos Abascal de la Secretaría del Trabajo, quedando en su lugar Eduardo Sojo, hasta hoy coordinador de políticas públicas de la Presidencia. También se insiste en la remoción del secretario de educación, Reyes Tamez Guerra, a quien sustituiría José Sarukán Kermez, quien se desempeña como coordinador de política social de la Presidencia; por último, se menciona la destitución de Benjamín González Roaro, del ISSSTE y en su lugar llegaría Fausto Alzati, ahora director de la privatizada Aseguradora Hidalgo y quien en breve quedará desempleado. De concretarse estos cambios, el mensaje es que el Presidente Fox trata de obtener un triple beneficio: reestructurar las áreas que considera sensibles y con pocos logros, insertar a hombres de su total confianza, y terminar con el experimento de “ingeniería gubernamental” en donde las figuras de “super asesores” prácticamente desaparecerían.

Ajuste de cuentas con el pasado

Como hemos insistido en los recientes trabajos publicados en *El Cotidiano*, una discusión presente a lo largo del tiempo que lleva este gobierno tiene que ver con la pregunta ¿qué hacer con el pasado? La respuesta que dé el gobierno foxista a esta pregunta es crucial. De ella depende la relación que se establezca con las oposiciones, con la sociedad civil, con la comunidad internacional. En esa respuesta va en juego el prestigio del actual gobierno, su congruencia entre el decir y prometer y el actuar y ejecutar decisiones. Implica también el

riesgo de mantener o no un equilibrio que permita la gobernabilidad. Es decir, pone en juego el pasado, presente y futuro de este país. De ninguna manera se trata sólo de un ejercicio intelectual o de una discusión bizantina.

En esta discusión, participan todos lo que tienen algo que aportar o decir al respecto. Algunos integrantes del gabinete foxista, los inteligentes y a los que afecta la decisión de tal o cual opción. Las madres de los desaparecidos de la guerra sucia. Intelectuales, como Lorenzo Meyer, que semanalmente analiza la situación política del país. Los ex presos políticos del 68 y los setenta. Los familiares de los muertos derivados de la matanza de aguas Blancas. Las víctimas de la masacre de Acteal. Los dirigentes del PRI, del PAN y del PRD, entre otros muchos. Todos tienen algo que decir respecto al pasado. La inmensa mayoría reclama deslindes o ajustes de cuentas. Ellos han impedido que se eche “borrón y cuenta nueva” a varias de las heridas no cerradas de la historia reciente del país.

En este punto, el gobierno foxista también ha sido fiel a su modo de operar: es titubeante, promete crear una Comisión de la Verdad y después recula; no va a fondo en los temas torales, no tiene compromisos específicos, no entiende el sentido de las demandas históricas, tampoco sus repercusiones. En fin, se ha visto errático. Pero ha tenido que tomar decisiones. Hasta dónde van a llegar, no se sabe con certeza. Y no se sabe porque los principales asesores gubernamentales mantienen posturas diferentes, encontradas, contradictorias.

Santiago Creel, responsable de la negociación con los partidos nacionales y el Con-



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

greso de la Unión, se manifiesta por desahogar los ilícitos del pasado de una manera institucional.³ Su tarea principal es mantener el orden y la gobernabilidad con los principales actores políticos del país: Congreso, partidos y asociaciones políticas, coordinar el gabinete, entre otras. A él le conviene “llevar la fiesta en paz”. Apostó y se propuso mantener una política basada en los Acuerdos Nacionales que permitiera el avance del país en un ambiente armónico. Apostó por el diálogo y el convencimiento, por aplicar el Estado de Derecho. Por avanzar

en la transformación del país a partir de la elaboración conjunta de agendas que dieran prioridad a los temas que interesan a las distintas fuerzas políticas nacionales. En concreto, apostó por avanzar en las reformas estructurales constitucionales a partir de dialogar y negociar con el PRI. Hasta el momento, en las dos decisiones que ha tenido el Congreso (reforma fiscal y Ley Indígena), el saldo en contra del gobierno es muy alto. Podemos asegurar, sin que esto sea definitivo, que la postura de Santiago Creel poco o nada ha contribuido a fortalecer al gobierno de Vicente Fox. En particular, el PRI ha jugado a debilitar la figura presidencial y hasta el momento lo ha logrado.

El canciller Jorge Castañeda, en una postura más reflexiva y situándose en medio de los polos de la polémica, señalaba, en un viaje que realizó a España a mediados del año pasado, que estábamos en el arranque de una

³ Véase *La Jornada* 25-07 2001. En donde Santiago Creel Miranda y Francisco Barrio, secretarios de gobernación y de la contraloría respectivamente, visitaron las instalaciones del PRI para asegurarles que: “Cualquier conducta del pasado que presuponga alguna irregularidad, un hecho ilícito, se tratará y se desahogará por la vía de las instituciones”.

segunda etapa de la transición en donde, anunciaba, se iniciará “el debate sobre contenidos y rumbos: ajuste de cuentas, pactos fundacionales, responsabilidades compartidas”.⁴ Y, agregaba, “esta segunda fase de la transición, se consumará con el mismo éxito que la primera. Pero no queremos resolver este aspecto con el denominado borrón y cuenta nueva ni con la caza de brujas”. El canciller agregaba que, a diferencia de otros países en donde también se presentó la transición, el gran pendiente no se derivaba de actos de represión sino de actos de corrupción.

Por el contrario, Porfirio Muñoz Ledo, en fechas más recientes (diciembre del 2001, aseguraba: “Sin deslinde con el pasado no puede haber transición real) ... la calidad de una transición tiene dos medidas nada más: su deslinde con el pasado, que crea nueva legitimidad, y su capacidad de reinención institucional y política”.⁵ Para el propio Muñoz Ledo, con la creación de la fiscalía especial para investigar violaciones a derechos humanos, el gobierno foxista empieza a encontrar el camino para deslindarse del pasado.⁶

⁴ Véase *La Jornada* 11-05-2001. Jorge Castañeda asegura que “El legado más pernicioso de los últimos años de autoritarismo priísta no es la represión, sino el problema de la corrupción”

⁵ Véase entrevista de Porfirio Muñoz Ledo Concedida al semanario *Proceso* No. 1311.

⁶ En esa entrevista, Muñoz Ledo comenta con amplitud el tema. “ En las reuniones previas a las elecciones, con organismos de la sociedad civil, se llegó a una conclusión: lo más importante en una transición es el deslinde con el pasado. Deslinde quiere decir, primero, transparencia. Es decir, que lo que pasó se sepa. A veces no hay el medio jurídico para castigar, a no ser que se cree un estado de excepción, lo que nadie recomienda... La transparencia quiere decir que se sepa, igual de desaparecidos políticos que sobre grandes crímenes, como los de aguas Blancas: que haya una claridad histórica sobre el tema. Hubo negociaciones en Argentina, por ejemplo, pero hubo esclarecimientos. Para nosotros, esta tarea se divide en dos partes: graves faltas contra los derechos humanos y graves faltas contra el patrimonio de la Nación... Las transiciones más exitosas han tenido deslindes más claros con el pasado, han roto una cadena de complicidades. Es posible que ya no se puedan castigar o que se castiguen simbólicamente.. pero lo que cuenta es la transparencia, las sanciones cuando sean posibles y, desde luego, el deslinde. El deslinde es la ruptura del sistema de complicidades. Una transición no puede ser la continuidad de un sistema de complicidades, que los mismos que estaban en el baile de ayer sigan en el de hoy”

Las tres posturas son claras y sólo queda pendiente conocer por cuál de ellas se inclinará Vicente Fox. Si optara por una postura ecléctica tiene el peligro de no mostrar coherencia ni claridad en su lucha contra el pasado. Lo peor que le puede pasar es continuar mostrando indecisión y dar “un paso adelante y dos atrás”. Por lo pronto, la etérea sociedad civil juega su juego y parece haber obligado al Presidente a crear una Fiscalía especial que investigue lo sucedido durante el 68 y los años posteriores de la llamada “guerra sucia”.

En efecto, en los últimos meses del año anterior y sobre todo en enero del presente año, las acciones emprendidas por el gobierno foxista parecen dirigidas a saldar de alguna forma cuentas con el pasado. La creación de la fiscalía especial para investigar violaciones a los derechos humanos pone en la picota de la justicia a cuando menos dos ex mandatarios de la República, varios ex gobernadores, medios de comunicación, cuerpos policiacos, ejército, secretarías de Estado y, en general, a una parte importante del viejo régimen priísta (que incluye a su aliados incondicionales). Se trata de un episodio viejo (34 años cumple el próximo 2 de octubre) muchos de los actores ya murieron, sin embargo, esclarecer el pasado y, como dice Muñoz Ledo, deslindarse del mismo, será sano para el país.

Si el Presidente Fox va en esta misma dirección, le urge saber con precisión, y a la mayor brevedad, la historia completa de lo ocurrido en esos años: ¿que hicieron? ¿como lo hicieron? y, sobre todo ¿por qué lo hicieron? En el por qué se encontrará la irracionalidad de la medida, la desmesura del hecho y quizá sirva para que nunca más se repita esa acción.

Por lo pronto, el 68 ya es una de las varias pinzas con que el gobierno foxista empieza a sujetar al régimen priísta. Quedan pendientes los saldos de la guerra sucia. ¿En dónde están todos los desaparecidos? ¿quiénes los mataron? ¿donde los mataron? ¿cómo los mataron? Que entreguen sus cuerpos o sus cenizas. Es momento de que descansa el alma de las decenas de madres de hijos desaparecidos que, como fantasmas, deambulan de una oficina a otra sin encontrar solidaridad y, sobre todo, compromisos tangibles con sus demandas.

En este punto, sobresale la reciente resolución de la Suprema Corte de justicia, quien dictaminó que, con relación a lo ocurrido el 2 de octubre de 1968, "Compete al Ministerio público iniciar averiguación previa, practicar y ordenar la realización de todos los actos conducentes para determinar la existencia de los ilícitos que se desprenden de los hechos denunciados".⁷ Con ello da respuesta al amparo que interpuso Raúl Álvarez Garín, líder histórico del 68, a raíz de que en 1998 la PGR se declarara incompetente para realizar las investigaciones que se le demandaban. Con esta resolución, es casi un hecho que se llame a declarar al ex presidente Luis Echeverría Álvarez, con lo cual el escándalo político y el desprestigio del régimen pasado seguramente crecerá.

La otra pinza: la lucha en contra de la corrupción

La otra pinza, con varias agarraderas, es el combate a la corrupción. Hasta el momento una promesa fallida, a pesar de que Vicente Fox la ha venido realizando desde que era presidente electo y la reitera cada que tiene oportunidad. En el subperiodo que hemos llamado "la transición" aseguraba que: "en los primeros cien días de mi gobierno caerán tiburones y algunos peces gordos como resultado del combate a fondo de la corrupción que iniciará en esta administración".⁸ Ha pasado más de un año y aún no cae ningún pez gordo y mucho menos un tiburón. Sin embargo, el gobierno foxista no ha quitado el dedo del renglón y, sin tener pruebas suficientes, ha desarrollado una lucha mediática en la cual se ha deteriorado la imagen de varios ex funcionarios priístas de alto nivel durante el gobierno zedillista, entre los cuales sobresalen tres nombres: Arsenio Farell Cubillas, ex contralor de la federación, Carlos Salomón Cámara, ex director de la Lotería Nacional, y Mayolo Medina, ex secretario del Consejo Nacional de Seguridad Pública. Todos ellos han sido acusados de co-

rrupción sin que a ninguno, hasta el momento, se le haya podido probar ilícito alguno. El balance, en términos jurídicos, es negativo para el actual gobierno; sin embargo, el desprestigio y deterioro de la imagen personal de los señalados y del instituto político al que pertenecen, ha sido constante y en ocasiones demoleedor.

La cuestión alcanza una nueva dimensión con la reciente acusación de corrupción en la que intervienen tres elementos claves del México actual: PEMEX, el PRI y el sindicato petrolero. El supuesto delito es muy sencillo: a través de PEMEX se canalizaron 1100 millones de pesos a la campaña presidencial de Francisco Labastida y, para ello, se utilizó al sindicato petrolero. Vicente Fox vuelve a apostar en grande. Y como lo hizo con el conflicto chiapaneco, también corre el peligro de perder en grande. Por lo pronto ya existen varios damnificados por el escándalo de corrupción más importante de los últimos años: la imagen del PRI, la eficacia del IFE en el cuidado de los recursos, el corporativismo y el sindicato petrolero como uno de sus ejemplos más representativos, el uso discrecional de los recursos en PEMEX, Rogelio Montemayor, ex director de PEMEX, Francisco Labastida y su equipo de campaña, el proceso interno de elección de presidente y secretario general del PRI, el secretario general del sindicato petrolero y actual diputado federal, Carlos Romero Dechams, el ex presidente Zedillo, el ex secretario de Hacienda y Crédito Público, Angel Gurría, el ex secretario de Energía, Luis Téllez, el ex secretario del Trabajo y ex presidente del PRI Mariano Palacios Alcocer y algunos funcionarios de menor rango que laboraban en PEMEX o en la campaña presidencial del PRI en el 2000.

Como se puede observar, las repercusiones son múltiples y este escándalo salpica y enloda tanto a personajes importantes como a instituciones ejemplares (el IFE, por ejemplo). Tiene tantas y tan complicadas aristas, que es difícil realizar un análisis breve. Como siempre, la resolución de este conflicto puede darse por varios caminos y no solamente uno. Hasta el momento, no se han presentado los elementos suficientes para determinar si habrá ganadores de esta batalla o todos saldrán perjudicados (en diferentes aspectos y proporciones). El equipo de El Cotidiano, en una ac-

⁷ Véase *Proceso* No. 1318.

⁸ Podría afirmarse que atrapar un tiburón, o cuando menos un pez gordo durante su gobierno es más que un compromiso una obsesión del Presidente Fox. Véase *Reforma* 07-11-2000.

titud más de seguimiento de la realidad actual que de prestidigitador, sugiere esperar a que las condiciones maduren más. Nuestro propósito es dar cuenta del presente, ordenar la realidad, darle coherencia a los hechos aparentemente aislados y explicar el proceso. Sólo una cuestión es necesario apuntar: el gobierno de Vicente Fox apostó muy grande y lo hizo como parte de una estrategia discutida y comentada entre los hombres inteligentes que hoy toman decisiones, tal y como se desprende de las declaraciones sobre el tema de tres personajes importantes que hemos citado ampliamente. No se trata de una filtración, se trata de una política deliberada, pensada, de la cual el gobierno piensa sacar provecho y recuperar parte de la popularidad perdida.⁹ Sólo el tiempo y la forma en que se maneje la contraparte dirán si fue el camino correcto o nuevamente se equivocó.

¿Reforma o miscelánea fiscal?

Historia de la propuesta

Poco después de haber sido electo Presidente de la República, Vicente Fox, a través de su asesor económico, Eduardo Sojo, dio a conocer la intención de instrumentar una reforma fiscal como uno de los elementos que permitirían que el país alcanzara un crecimiento del 7%. El asesor presidencial aseguró “El compromiso de Vicente Fox de conseguir que la economía crezca 7%, con baja inflación, y cero déficit fiscal, podría alcanzarse mediante una reforma fiscal integral y con la apertura del sector energético a capitales nacionales y extranjeros... no se venderán PEMEX ni la CFE pero si habrá un profundo cambio en sus regímenes fiscales”.¹⁰



FOTO: RAUL RAMIREZ MARTÍNEZ

Poco después, tal y como es la costumbre del equipo gobernante, el propio Eduardo Sojo delineó las principales características que tendría la mencionada reforma fiscal: “En materia de impuesto no habrá sorpresas ni debate, pues no se propondrán cambios a la Ley de Ingresos. No habrá aumentos ni reducciones de gravámenes. El IVA y el ISR se quedarán

como están, y tampoco se rescatarán propuestas impopulares como los impuestos al uso del teléfono, o el 2% al consumo para estados y municipios”.¹¹

Sin embargo, un día después, en una conferencia de prensa ante columnistas y editores de periódicos, el propio Vicente Fox dio

⁹ Para reforzar esta tesis se recomienda leer el artículo de Ricardo Alemán publicado el 29 de enero en *El Universal*, en donde con precisión señala que, desde septiembre del 2001, Miguel Badillo, articulista del mismo diario dio cuenta con datos precisos e idénticos a los actualmente señalados, del fraude que sobre PEMEX habían cometido su director, el sindicato y el PRI... si hubo filtración, ésta ocurrió desde septiembre del 2001 y no en enero del 2002.

¹⁰ Véase *Reforma* 17-07-2000.

¹¹ Véase *La Jornada* 25-07-2000.

a conocer su intención de eliminar la tasa cero del IVA en medicinas y alimentos —excepto los considerados en la canasta básica—, y que los impuestos que esta medida recabe sean destinados al fortalecimiento de programas sociales, tales como el Progreso.¹² Adicionalmente, el presidente electo refrendó su compromiso para impulsar “una profunda reforma fiscal que, además del impuesto a alimentos y medicinas, desaparezca todos los impuestos federales, salvo el IVA e ISR. Los recursos que se dejen de recaudar con esta decisión se recuperarían con una férrea disciplina presupuestal, combate a la evasión y el ordenamiento del comercio informal”.¹³

La respuesta de los legisladores electos no se hizo esperar. Al unísono, tanto panistas como perredistas y priístas advirtieron que una cosa era lo que el Ejecutivo afirmara y otra lo que aprobara el Congreso de la Unión. También coincidieron en señalar la brusquedad con que fue presentada la noticia. La inmensa mayoría de legisladores (diputados y senadores) se manejaba con prudencia ante el tema. Aún quedaba vivo el recuerdo de lo ocurrido al PRI en 1997, dos años después de que aprobaran el incremento del IVA del 10 al 15%, cuando en las urnas el electorado le hizo pagar caro su atrevimiento. Desde julio del 2000 quedaba claro que nadie estaba dispuesto a pagar el costo político de una medida abiertamente impopular.

Entre algunos analistas, el tema central de la discusión fue si el anuncio de la aplicación del IVA a medicinas y alimentos fue oportuno o propició un escándalo que sobrepolitizó el tema y lo volvió inmanejable. Al respecto el mexicanólogo George Grayson, investigador del Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales, aseguró que “el segundo error serio del equipo de transición es el cometido por Luis Ernesto Derbez al anunciar que se incluiría el IVA en medicinas y alimentos... Fue un fracaso total, porque es cierto que México necesita una reforma fiscal y debía ser una prioridad de cualquier administración pero fue más bien una falta de olfato político decir ‘vamos a empezar con IVA en alimentos y medicinas’ ”.¹⁴

¹² Véase *El Universal* 26-07-2000.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Véase *Reforma* 11-10-2000.

También el afamado profesor del Instituto Tecnológico de Massachussets, Rudi Dornbusch, sentenciaba que, en el aspecto económico, “Vicente Fox no tiene idea ni equipo ni un Congreso que controlar. Bajo el próximo gobierno no habrá ni crisis ni colapso, sino decepción... (Las expectativas son enormes) pero veremos lo que siempre vemos: que es fácil ganar pero muy difícil gobernar”.¹⁵

Una vez realizada la toma de posesión, las prioridades económicas se invirtieron. Como siempre, lo urgente ganó terreno ante lo importante. El tema estructural de la reforma fiscal (y la energética) cedieron terreno ante la necesidad de aprobar el primer presupuesto del actual gobierno. Vicente Fox y su gabinete político-económico privilegiaron el consenso y dejaron hasta un nuevo periodo de sesiones la discusión sobre la reforma fiscal. Sólo que los partidos rápidamente dieron muestras de no llevar prisa en discutirlo y durante el primer periodo de sesiones el asunto no formó parte de la agenda legislativa, pese a que el gobierno federal presentó desde abril su propuesta de reforma fiscal.

La propuesta

La propuesta presentada por el Ejecutivo a principios de abril del 2001, tenía como eje central la modificación del IVA. El gobierno federal pretendía eliminar las exenciones y tasas cero. Aseguraba que con ello se recaudarían impuestos provenientes de las familias de mayores ingresos. Existiría una política compensatoria de los grupos de menores ingresos mediante transferencias directas. La medida iría acompañada de una reducción del ISR lo que representaría un alivio parcial para la clase media. Se exceptuaría del pago de ISR a los primeros 50 mil pesos anuales de ingreso. Estimaban obtener 2.2% del PIB, de los cuales el 1.5% sería para la Federación y el resto para estados y municipios,

Adicionalmente el Ejecutivo proponía realizar una reforma al ISR a personas físicas con el propósito de plantear una tarifa única y

¹⁵ Véase *La Jornada* 24-09-2000.

hacer más amplios los escalones. Gravar las prestaciones recurrentes o monetizables como despensas y gasolina y simplificar el ISR.

Terminar con la tasa cero del IVA y eliminar las exenciones significaba gravar alimentos, medicinas, colegiaturas, prestaciones, libros y un sin fin de actividades que no pagaban ese impuesto.

Entre la declaración inicial de las intenciones del gobierno foxista de generalizar el cobro del IVA y la presentación de la propuesta formal ante la Cámara de Diputados, mediaron nueve meses. Lapso que sirvió para generar una discusión que se sobrepolitizó y en la cual salió a relucir la situación de fragmentación y la ausencia de canales en la toma de decisión existentes al interior de los partidos políticos. Los coordinadores parlamentarios del PRI y el PRD rápidamente se vieron cercados, vigilados, observados, y “las bases”, les pusieron una camisa de fuerza, para evitar que pudieran entrar en componendas o negociaciones oscuras con las autoridades federales. Fue prácticamente imposible establecer puntos de acercamiento y mucho menos acuerdos. Por ejemplo, en el caso del PRI la XVIII Asamblea Nacional mandato a sus legisladores a oponerse a la modificación del IVA. De forma tal que desde finales de noviembre la SHYCP sabía que con el tricolor no contaría para desarrollar una reforma fiscal. Por ello, solo les quedó el camino de negociar con el PRD y dejar de lado la reforma “ideal” para sacar la reforma fiscal posible.

La reforma real

El PRD tenía menos posibilidades que el PRI para avanzar en la misma dirección que el gobierno federal proponía. Avalar las modificaciones al cobro del IVA en alimentos y medicinas (y colegiatura, consultas, etc) hubiera sido ir en contra de su esencia misma. El PAN necesitaba aliarse con el PRD y sacar la reforma posible para otorgar a su Presidente los recursos mínimos necesarios para que este país funcione. Así las cosas, el eje de la propuesta del PRD fue reformar el ISR y dejar intacto el IVA. Existía únicamente un problema, los recursos derivados del nuevo ISR empeza-

rían a fluir hasta el 2003. La interrogante era ¿cómo otorgarle recurso adicionales para el 2002?. La respuesta fue a través de los impuestos especiales a los bienes considerados suntuarios y un conjunto de impuestos que forman parte más de la tradicional miscelánea fiscal que año con año se modifica que una real reforma fiscal.

Con estas modificaciones fiscales se espera otorgarle al gobierno federal recurso frescos que van de 50 a 70 mmp. Solo que las medidas tomadas no dejaron satisfecho a nadie o casi nadie. Las protestas se hicieron manifiestas al siguiente día de que se conocieron. No hubo tregua de fin de año. El gobierno federal se manifestó inconforme con el tipo de reforma y con los montos que iba a recibir (esperaban 120 mmp). El Presidente, su secretario de Hacienda y varios funcionarios manifestaron abiertamente su descontento por lo logrado. Los medios de comunicación iniciaron una campaña de descrédito al trabajo que desarrollan los legisladores. Los empresarios protestaron por los nuevos impuesto, ponían especial énfasis en la incertidumbre que ocasiona el cambio de las reglas de juego en materia impositiva que el gobierno mexicano viene desarrollando año con año. Los trabajadores se sintieron ampliamente afectados. Pero en donde el descontento brotó con hondo sentimiento fue en la llamada clase media, la cual percibió (correctamente además) que iba a ser el sector más afectado de nueva cuenta. El razonamiento de este sector medio es muy simple, si el nuevo ISR va a gravar todos los ingresos que perciban una persona física, solo quienes tienen forma de defenderse no se verán afectados, el resto será como siempre el sector cautivo que pagará los costos de las modificaciones.

La disputa por los costos

Ante esta situación de descontento generalizado en contra de la reforma fiscal o la nueva miscelánea (según se vea). Los partidos empezaron a tratar de deslindarse y evitar que el descontento social se materialice en las urnas. El PRI se deslindo de la reforma e incluso se pronunció en contra de la misma. El PAN se presentó como el partido responsable que hizo lo



FOTO: RAÚL RAMÍREZ MARTÍNEZ

que pudo y junto con la postura del gobierno federal crítico la actitud de la oposición. El PRD se adjudicó la paternidad de la reforma y reivindicó, sobre todo, la parte estructural de la misma, modificaciones del ISR, a la que caracterizó como una reforma progresista que grava a quien más tiene y combate la evasión al dotar a la SHYCP de nuevos instrumentos para fiscalizar el pago correcto y justo de los impuestos.

La batalla aún no concluye. Es más en los últimos días se ha venido profundizando y complicando su discusión al agregarse nuevos elementos como el incremento en las tarifas de electricidad a raíz de que los subsidios o disminuyen o desaparecen dependiendo del consumo que se realice. En toda esta vorágine que se ha desatado, no solo el Congreso ha salido desprestigiado, el Ejecutivo ha pagado

con baja en su popularidad y esto se debe a que la sociedad percibe (con razón) que quien promovió la reforma fiscal es el gobierno federal, quien necesita el dinero es el gobierno federal y quien en última instancia es responsable de las consecuencias de esta reforma es el gobierno federal con ello se crea una nueva realidad: si al Presidente y al Congreso les va bien, al país también le va bien. Si al Congreso le va mal, al Presidente y al país les va mal. Y mal le ha ido al Presidente en todo lo que va de enero. Quizá por ello intervino para suspender y revisar la medida de disminuir el subsidio de las tarifas eléctricas.

Las elecciones en los partidos políticos

Ya hemos señalado que los tres partidos más representativos de nuestro país atraviesan por crisis políticas distintas: el PAN de crecimiento, el PRI de pérdida de poder y el PRD de falta de identidad. Por lo que significó

el 2 de julio del 2000 para cada uno de los partidos, no cabe duda que la opinión pública centra su interés en lo que ocurre en el proceso que desarrolla el PRI, sin que pierda interés en lo que ocurre en las elecciones del PRD y PAN.

Hablar con seriedad de las transformaciones por la cuales pasan los partidos requiere de mayor espacio. En la próxima entrega del Análisis de Coyuntura será un tema obligado a tratar, por lo pronto solo se presentan algunos apuntes indicativos que permiten ubicar hacia donde se dirige la tendencia.

Terminada la realización de la XVIII Asamblea del PRI no parecía haber duda alguna de que Roberto Madrazo se enfilaba en "caballo de hacienda" y prácticamente sin oponente visible hacia la presidencia del PRI.

Así lo hacía pensar la dirección que habían tomado las modificaciones estatutarias que el tricolor había decidido. Las crónicas de las distintas mesas presentaban a la corriente madracista como una real aplanadora que arrasaba en todas las votaciones y discusiones existentes en las diversas mesas. Dos meses después ya nada de ello es cierto, la competencia se presenta totalmente pareja y los vaticinios son cautelosos. Ninguna empresa especializada en encuestas se atreve a dar un seguro ganador. Al parecer ello se debió a que en su afán de ganar la XVIII Asamblea el equipo de Madrazo no reparó en golpear y dañar relaciones con representantes de corrientes que tienen peso local, sectorial de relativa importancia regional y ven en la llegada del tabasqueño a la presidencia del PRI un peligro de intolerancia y sectarismo. Por ello se han unido a la fórmula encabezada por Beatriz Paredes y el mundialmente desconocido Javier Guerrero. La campaña del PRI no ha permeado entre la opinión pública, sus propuestas no se distinguen. No se sabe con precisión en que se diferencia una fórmula de la otra y hasta el momento no ha despertado el menor entusiasmo fuera del que tradicionalmente existe al interior del propio partido. Sin duda alguna Roberto Madrazo cuenta con el apoyo y simpatía mayoritaria de las bases priístas, sólo que la elección la definirá la sociedad en su conjunto y las alianzas externas jugarán un papel preponderante. Lo dicho al inicio, nada se encuentra decidido el mayor peligro es la polarización, el enfrentamiento y la inevitable ruptura de un partido que hace mucho pero mucho tiempo se encuentra fracturado.

En el PRD todo parece decidido. Rosario Robles cuenta con el apoyo de los hombres y mujeres de mayor representación y peso político dentro de su partido y se ve como tarea imposible que el senador Jesús Ortega pueda remontar esta desventaja inicial. Existe un peligro para Robles y es el hecho de que el aparato electoral y del partido, se encuentra en manos de la alianza que apoya a Ortega. Esta situación se puede mediatizar a través del fantasma de las elecciones de marzo del 99, cuando los aspirantes a presidir el partido del sol azteca mostraron toda la gama de marrullerías y cochupos de que son capaces. Al igual que ocurre con los aspirantes

priístas, en el caso de los perredistas las diferencias programáticas no se alcanzan a percibir con claridad. Ambos ponen énfasis en el carácter de izquierda del partido y en darle modernidad al mismo. A diferencia del PRI, en esta ocasión el PRD acotó la participación de los votantes, solo podrán hacerlo aquellos que se inscribieron al padrón perredista hésta noviembre del 2001. Con ello pretenden disminuir los costos de un eventual intento de fraude electoral, mismo que de presentarse sería un duro golpe para la credibilidad de ese organismo. Otra diferencia esencial es que no se percibe ninguna posibilidad de fractura. A diferencia de lo que ocurre en el PRI, aquí nadie amaga con salirse del PRD si el resultado le es desfavorable.

La elección del PAN está muy competida. El actual presidente, Luis Felipe Bravo cuenta con el apoyo de los doctrinarios del PAN encabezados por Diego Fernández y Felipe Calderón, coordinadores parlamentarios de las cámaras de senadores y diputados respectivamente. Su contrincante, Carlos Medina Plascencia, cuenta con el apoyo de la enorme mayoría del gobierno de Vicente Fox. En medio de esta disputa se localiza la relación que establecerá el PAN con el gobierno. Hasta el momento la misma no ha dejado contentos a ninguna de las dos partes. El PAN quiere mayor injerencia en decisiones de gobierno y el gobierno quiere mayores apoyos del PAN. Medina Plascencia representa un candidato más a modo con el estilo de los nuevos gobernantes. Con él a la cabeza se garantiza una mejor relación entre partido y gobierno, en donde Fox y sus amigos tengan mayor control e influencia al interior de su partido. Luis Felipe Bravo garantiza el cuidado de los intereses partidistas, la sana distancia, la negociación, el respeto, la independencia y la lucha porque el gobierno foxista cada día se "empanice" más. La forma de elección elegida por el PAN es la más cerrada y ello garantiza que sus riesgos sean menores. Como siempre, la contienda se ha desarrollado en un ambiente de respeto, de gente educada, entre niños bien, provenientes de buenas familias que tienen el lema de que la "ropa sucia" se lava en casa y son enemigos acérrimos del escándalo, más cuando en este participan miembros de la familia. Por supuesto, la posibilidad de una fractura se encuentra totalmente descartada.

Localización industrial en la cuenca Lerma-Chapala-Santiago: el caso del Corredor Industrial de Jalisco

Raquel Partida*

En este documento nos interesa mostrar cuál ha sido el crecimiento industrial en el CIJ en los últimos diez años (de 1990 al 2000). Se parte del supuesto que este corredor ha generado una nueva configuración regional, orientada hacia la apertura, a la especialización productiva, con el objeto de incorporarse a una economía de mercado global. Lo que ha dado pie a la consolidación de nuevas localizaciones industriales, así como a la ampliación del número de sectores potencialmente receptores de inversión extranjera a través de la localización de nuevas ramas productivas y empresas.

En la cuenca Lerma-Chapala-Santiago, se localiza el Corredor Industrial de Jalisco (CIJ). Este corredor nació como parte de una estrategia de descentralización industrial de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), durante los años setenta, ahora aplica programas integrales de desarrollo por rama industrial correspondientes a la industria automotriz, alimenticia, farmacéutica, petroquímica y electrónicas en seis municipios (El Salto, Ocotán, Poncitlán, La Barca, Juanacatlán e Ixtlahuacán de los Membrillos) ubicados, principalmente, a un lado de la cuenca. El principal centro del CIJ se encuentra en municipio de El Salto, a 20 kilómetros de la ZMG, frente al aeropuerto internacional "Miguel Hidalgo". El Salto se ha convertido en un satélite industrial, para dar cabida a nuevas empresas de telecomunicaciones y electrónica. Por ello en 1998, tan sólo en este municipio, se obtuvie-

ron 299.28 millones de dólares en inversiones, lo que representó el 21.8% de los negocios concretados para Jalisco.¹ Otros de los municipios impulsores de la industria alimenticia y mueblera en el CIJ son los de Ocotlán y Poncitlán. Recientemente, ha sobresalido el municipio de Ixtlahuacán de los Membrillos, el cual se ha planeado como un eje importante para la industria electrónica y de telecomunicaciones. Las empresas que operan en el corredor industrial han ejercido cambios principalmente en los sectores de electrónica, telecomunicaciones, automotriz, autopartes y plásticos, entre otros. En el CIJ se ha desarrollado una infraestructura industrial con base en estaciones eléctricas, líneas de ferrocarril, aeropuerto, parques industriales y disponibilidad de agua, para facilitar el proceso productivo.

* Investigadora titular del Departamento de Estudios Socio-Urbanos, Universidad de Guadalajara.

¹ Secretaría de Promoción Económica, Gobierno del Estado de Jalisco, Guadalajara, 1999.

En este documento nos interesa mostrar cuál ha sido el crecimiento industrial en el CIJ en los últimos diez años (de 1990 al 2000). Se parte del supuesto que este corredor ha generado una nueva configuración regional, orientada hacia la apertura, a la especialización productiva, con el objeto de incorporarse a una economía de mercado global. Lo que ha dado pie a la consolidación de nuevas localizaciones industriales, así como a la ampliación del número de sectores potencialmente receptores de inversión extranjera a través de la localización de nuevas ramas productivas y empresas. Así, se ha generado en el CIJ un concepto de complejos y parques industriales nuevos con una eficiente infraestructura industrial, lo cual ofrece una ventaja comparativa y competitiva del resto de las regiones de la entidad. El texto muestra cuál ha sido ese crecimiento industrial en los diferentes municipios de la zona y, finalmente, presenta algunas conclusiones, que dan cuenta del crecimiento industrial del CIJ.

Los municipios en el Corredor Industrial de Jalisco

En 1970 el gobierno del estado de Jalisco planteó la necesidad de prever la descentralización industrial fuera de la ZMG. El lugar idóneo para dicho proyecto fue el municipio de El Salto, hoy llamado Corredor Industrial de Jalisco, localizado en la carretera Guadalajara-Chapala y que se compone a su vez de los municipios de Ocotlán, Poncitlán, La Barca, Juanacatlán e Ixtlahuacán de los Membrillos.

El proyecto del Corredor Industrial de Jalisco tuvo el apoyo de los sectores sociales claves en la entidad: el Estado, la iniciativa privada y las centrales obreras. Entre estas partes se comprometieron a asegurar un ambiente favorable tanto para los inversionistas nacionales como para los extranjeros, con el fin expreso “de que vengan los capitalistas a instalar sus factorías”.

Por otro lado, desde sus inicios, el CIJ permitió la diversificación de ramas y actividades industriales tales como: químicas, textiles, alimenticias, metal mecánicas, productos de hule y electrónicas, pero con una clara

orientación a la gran industria.² Igualmente, captó un gran número de empresas transnacionales donde predominó el capital norteamericano, alemán, japonés y español. Sin duda, la industrialización del municipio de El Salto fue el proyecto que tuvo un gran impacto dentro de la política de industrialización de la región desde los años setenta, ochenta e incluso en los noventa.

La instalación industrial en el CIJ ha sido un proceso de crecimiento significativo en la región, que puede subdividirse en tres áreas de actividad: una que se puede denominar industrial, otra combinada que desarrolla actividades agrícolas e industriales y una exclusivamente centrada en las tareas agrícolas.

El municipio de El Salto, es sin duda, de las regiones más *industriales* del CIJ. De acuerdo con los censos industriales de Jalisco de 1988, tan sólo este municipio tenía 41 establecimientos, los cuales generaban 6,437 fuente de empleos; de esas empresas, 15 estaban dedicadas a la rama de productos metálicos, de los que se generaban 2,808 puestos de trabajo (INEGI, 1988). Para 1993, en El Salto se triplicó el número de empresas hasta alcanzar 184 unidades con 10,010 puestos de trabajo. Resalta la de los productos alimenticios, con 64 establecimientos y 1,331 puestos ocupados. Otra de las ramas importantes fue, de nueva cuenta, la de productos metálicos, maquinaria y equipo, con 60 unidades económicas y 5,777 plazas de trabajo. Siete años más tarde, en el 2000, el mismo municipio fue censado con 85 unidades, las cuales ofrecieron 27,893 trabajos. Se distingue la industria electrónica, pues con tan sólo ocho empresas generó alrededor de 15,430 puestos de trabajo. Le sigue, en orden de importancia, la de transformación, con cinco establecimientos y 3,185 puestos de trabajo. Luego la de autopartes y automotriz con seis plantas y 1,881 puestos de trabajo. El cuarto lugar lo ocupa la industria alimenticia con el mayor número de establecimientos, pero con 1,807 trabajadores asalariados; este total, de acuerdo al Sistema de Información Empre-

² Este dato es importante porque los parques industriales más exitosos en la actualidad son aquellos realizados para la pequeña y mediana empresa. Estamos hablando de El Alamo y Los Belenes.

sarial.³ Desde un principio, El Salto se perfiló como la jurisdicción que surgió, a diferencia de las otras poblaciones, con una infraestructura de vías de ferrocarril, pavimentación, agua potable y alumbrado público. Contó con una superficie de 1'000,000 de metros cuadrados a disposición del uso industrial de Jalisco.

De los municipios *agrícola-industriales* se encuentra Ocotlán, el cual ha mostrado un crecimiento industrial considerable. Ocotlán cuenta con una localización estratégica y por ello se han establecido algunas empresas importantes como Celanese Mexicana y Nestlé. Se encuentra al sureste de Guadalajara y está conectado a esta ciudad por autopistas de considerable flujo vehicular, lo que permite una amplia interrelación, factor trascendente para el desarrollo de esta zona.⁴ Para 1988 tenían 173 unidades, resaltan en primer lugar la industria alimenticia, en segundo la industria maderera y mueblera, en tercero los productos metálicos, maquinaria y equipos, en cuarto la industria textil y del vestir; entre todas generaban 1,851 puestos de trabajo. Para 1993 la cantidad se triplica a 424 industrias con 4,038 trabajadores. Aquí resaltan los establecimientos de la industria alimenticia con 127 y 835 puestos de trabajo. También se muestra un incremento de la industria maderera y mueblera con 121 fábricas y con 1,793 empleos; luego la industria de productos metálicos, maquinaria y equipo; en cuarto lugar, por el número de establecimientos pero en segundo por los puestos de trabajo; se ubica la industria textil y prendas de vestir con 901 puestos de trabajo y 38 empresas. En el 2000 hay censados por el SIEM 89 establecimientos, de los cuales dan trabajo aproximadamente a 2,451 personas, las actividades que sobresalen en este periodo son: alimentos con 57 establecimientos y fabricación de muebles con 27; entre las dos generan alrededor de 2,433 puestos de trabajo. Es decir, en tan sólo dos actividades se concentran el mayor número de empleos donde se ha dado un crecimiento considerable.

³ Sistema de Información Empresarial, www.siem.com.mx, 200.

⁴ Rodríguez. "Zacoalco y Ocotlan: Transformación empresarial con visión global y performance local" Dinámica regional y competitividad industrial, JUSUNAM, México, 1999.

Ahora Ocotlán se ha convertido en el centro de producción mueblera más importante del occidente del país, pues cuenta con más de 300 fábricas que integran un consolidado grupo, el cual impulsó la creación del primer parque industrial mueblera de Jalisco y la consolidación de un centro de exposiciones sobre 81 mil metros cuadrados. La especialidad es la fabricación de muebles de aglomerado.⁵ Esta industria representa el motor de la economía en Ocotlán, ya que genera aproximadamente diez mil empleos, cifra cercana al número de trabajadores que emplea la industria mueblera asentada en la ZMG: 14,878.⁶ Esta actividad es variada, pues se fabrican desde salas, comedores, recámaras, centros de juego, cocinas, closets, escritorios, alacenas, etc. Se trata principalmente de pequeños empresarios, pero también se encuentran empresas grandes que emplean a más de 100 trabajadores. Aquí se obtienen activos de capital considerable y la tecnología más moderna. De hecho, ciertas industrias maquilan tableros para uso automotriz, lo que ejemplifica una transferencia de tecnología exitosa entre una compañía transnacional y las empresas locales.

Otro de los municipio que se puede denominar agrícola-industrial es Poncitlán. En este periodo resalta, en primer lugar, por el número de establecimientos y empleos, la industria alimenticia. En segundo, la industria elaboradora de sustancias químicas, por el número de puestos de trabajo, pero por los establecimientos, la industria de productos metálicos, maquinaria y equipos con 11 establecimientos y 23 fuentes de trabajo. En tercero, se encuentra la industria textil y de prendas de vestir, con 6 unidades industriales y 18 empleos. Para el periodo siguiente del censo industrial de 1993, se encontró que la población industrial aumentó a 115 establecimientos y a 2,790 empleos. Resalta por el número de trabajos la industria química, con 6 establecimientos y 1,886 puestos de trabajo; por número de establecimientos se encuentra en primer lugar, con 55 unidades, la industria de alimentos con 645 puestos de trabajo; en tercero los productos metálicos, maquinaria y equipos con 18 unidades y 50 puestos de trabajo; en ese mismo rango se encuentra la industria de la madera, con 9 establecimientos.

⁵ Idem.

⁶ Véase *Público*, agosto 13 de 1999.

tos y 166 empleos. En el año 2000 se encuentran registrados 34 establecimientos y 1,556 empleos. Las industrias de alimentos y muebles son las más importantes, pues tan sólo estas dos actividades han generado 836 puestos de trabajo con 27 establecimientos. Siguen en orden de importancia, los empleos generados por la industria de la transformación y después, la química con 114 plazas.

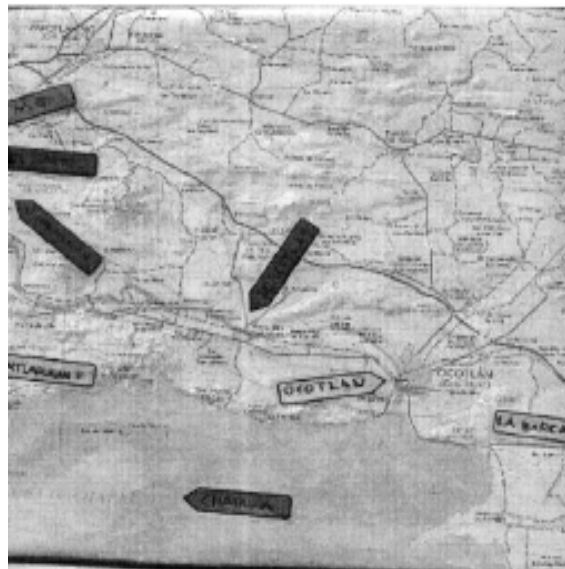
Un caso interesante de localización *agrícola-industrial* es Ixtlahuacán de los Membrillos, que en 1988 contaban con tan sólo 14 establecimientos y daba empleo a 35 trabajadores. Para 1993, las unidades aumentaron a 61, y generaron aproximadamente 343 empleos; resalta la producción de alimentos y los productos metálicos, aunque el 2000, se contabilizaron tan sólo 11 establecimientos de los cuales se generaron 160 puestos de trabajo, exclusivamente de la rama alimenticia. Ahora, este municipio ha realizado inversiones considerables para la creación de un parque industrial (Parque Industrial San Jorge), en donde se impulsa la instalación de la industria electrónica como la planta Dovatron y la empresa química Cytec. Además, se construyó una planta de la bebida Gatorade con inversión de 28 millones de dólares. En menos de una década, pasó del trabajo agrícola al trabajo industrial.

Uno de los municipios *agrícolas* del CIJ es sin duda La Barca. Para 1988 se tenían 47

unidades con 455 puestos de trabajo, dedicados principalmente a la industria alimenticia, productos metálicos y productos minerales no metálicos. Esta misma población es por tradición una importante zona productora de granos principalmente del maíz. No obstante, en 1993 logró la localización de 128 industrias, en donde sobresale en primer lugar las industria alimenticia, luego los productos metálicos, maquinaria y equipo y por último, se encuentra la industria maderera y mueblera con 16 establecimientos. Aunque para el 2000 este municipio no juega un papel activo en la instalación industrial, pues de acuerdo al SIEM se contabilizaron 18 empresas con 88 puestos de trabajo, en donde resalta la industria alimenticia en un 80% de los casos.

Finalmente *Juanacatlán*, otra de las poblaciones en la región que no ha mostrado crecimiento industrial a diferencia de los otros, pues en 1988 sólo contaba con 10 establecimientos industriales, los cuales otorgaban tan sólo 25 puestos de trabajo. En 1993, el incremento fue de nueve establecimientos más, los cuales daban 240 puestos de trabajo, en donde resalta principalmente la industria de alimentos, le sigue la industria de productos metálicos, maquinaria y equipo. Aunque para los datos del 2000 se sabe que en este año, se contabilizaron seis establecimientos, los cuales generan sólo diez puestos de trabajo, ubicados en la industria alimenticia.

Mapa 1
Las poblaciones del CIJ



El crecimiento industrial del Corredor Industrial de Jalisco

Al realizar el análisis del CIJ, se pueden plasmar algunas inferencias interesantes como lo muestra el cuadro 1. En donde se expone claramente que desde 1988 los municipios más dinámicos en el crecimiento industrial de la zona, fueron El Salto, Ocotlán y Poncitlán. Mientras que La Barca, Juanacatlán e Ixtlahuacán, fueron los menos activos en las tareas industriales.

Cuadro 1 Región el Corredor Industrial de Jalisco 1988				
Municipio	Unidades	Personal	Producción	Valor Agregado
El Salto	41	6437	1319368	370809
Ixtlahuacán	14	35	24.5	
Juanacatlán	10	25	382	135
La Barca	47	455	2471	9956
Ocotlán	173	1851	13808	51879
Poncitlán	54	1361	121109	313535
Total	339	10164	1457162	746314

Fuente: Elaboración Raquel Partida con base a los Censos Industriales del INEGI 1988.

A partir de la década de los noventa, hay un gran crecimiento de industrias en el CIJ, de las cuales destacan la grande y mediana empresas. Como antecedentes se puede señalar que desde las dos décadas anteriores, se había caracterizado por incorporar a la industria textil, química, autopartes, cartón y electrónica. El comportamiento es el siguiente, la localización industrial se sigue centrando en el municipio de El Salto, inclusive, el mayor número de empleos generados en la zona son de El Salto. También lleva la delantera en la producción en el valor agregado como se muestra en el cuadro 2. Ocotlán, ocupa el segundo lugar en el orden de importancia y le sigue Poncitlán. Los municipios que continúan en el nivel de agrícola son La Barca, Juanacatlán e Ixtlahuacán.

De acuerdo con los resultados oportunos del Estado de Jalisco, en 1998 operaron 227 mil 995 establecimientos, con un millón

Cuadro 2 Región el Corredor Industrial de Jalisco 1993				
Municipio	Unidades	Personal	Producción	Valor Agregado
El Salto	184	10010	3980024	1257709
Ixtlahuacán	61	343	46473	18200
Juanacatlán	19	240	26297	15904
La Barca	128	527	97823	43538
Ocotlán	424	4038	645485	268864
Poncitlán	115	2790	810934	253760
Total	931	17948	5607036	1857975

Fuente: Elaboración Raquel Partida con base a los Censos Industriales del INEGI 1993.

175 mil 467 personas ocupadas. Comparados con 1993 hay una incorporación de 50 mil 868 unidades económicas y 265 mil 770 puestos de trabajo. En 1998, El Salto se sitúa en el sexto lugar por la cantidad de personal ocupado, que es de 26 mil 048 y presentó una incorporación de 11 mil 902 personas y un crecimiento del 84%. En cuanto a establecimientos, tan sólo El Salto mostró un incremento de 2,425 unidades económicas; incluye industria, comercios y servicios.

Para el año 2000, el crecimiento de puestos de trabajo es un indicador de que el CIJ se convierte en un polo de desarrollo industrial de la ZMG, como se muestra en el cuadro 3. El Salto lleva de nueva cuenta la delantera junto con Ocotlán y Poncitlán. Lo que es interesante señalar, es que en esta nueva década, las ramas industriales varían y tan sólo la electrónica capitaliza el mayor número de puestos de trabajo y de inversiones.

Cuadro 3 Número de establecimientos y fuentes de trabajo El el Corredor Industrial de Jalisco 2000		
Municipio	Unidades	Personal
El Salto	85	27,873
Ixtlahuacán	11	160
Juanacatlán	6	10
La Barca	19	88
Ocotlán	89	2451
Poncitlán	35	1556
Total	237	32151

Fuente: Elaboración Raquel Partida con base a la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Sistema de Información Empresarial 2000.

En efecto, las modificaciones más sustanciales en las actividades industriales del CIJ se encuentran en una industria electrónica pujante, una de autopartes, la fabricación de muebles y la de alimentos. Esta última, a pesar de los procesos de reestructuración productiva y de la globalización, tiene una participación considerable en la región. De las ramas productivas más afectadas han sido la textil y la química, las cuales no presentan grandes transformaciones, parecen ser las actividades más estancadas en la región, como se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4 Número de establecimientos por rama en el Corredor Industrial de Jalisco			
<i>Ramas industriales</i>	1988	1993	2000
Alimentos	172	282	151
Textiles	18	52	1
Madera y muebles	53	146	34
Papel		9	2
Químicas		19	5
Minerales no metálicos	15	106	14
Maquinaria y equipo	58	195	8
Otras industrias		4	32
Total	316	813	237

Fuente: Elaboración Raquel Partida con base a los Censos Industriales del INEGI y datos del SIEM.

Lo mismo se refleja en el número de puestos creados, pues sobresa en todos los aspectos la electrónica, en este le sigue la de alimentos, la producción de muebles y papel. Es importante resaltar que en el rubro de otros, se concentra a la industria de plásticos y de la transformación, las cuales han tenido un interesante repunte en la generación de empleos en la región, como se ve en el cuadro 5.

Cuadro 5 Número de empleados por rama en el Corredor Industrial de Jalisco			
<i>Ramas industriales</i>	1988	1993	2000
Alimentos	2963	3476	3121
Textiles	1741	2009	14
Madera y muebles	1031	2084	2238
Papel	376	857	1540
Químicas	630	2942	621
Minerales no metálicos	238	508	1268
Maquinaria y equipo	1324	6288	1543
Otras industrias		7	7919
Total	8303	18164	3215

Fuente: Elaboración Raquel Partida con base a los Censos Industriales del INEGI y datos del SIEM.

El municipio de El Salto se colocó como el de mayor atracción de inversión en el estado en 1998, al acumular 21.8% de las inversiones concretadas para Jalisco. El Salto obtuvo 299.28 millones de dólares, de los 1,371.07 millones que llegaron a la entidad durante este año, de acuerdo con un informe de la Secretaría de Promoción Económica.⁷ Por ejemplo, se ejercieron inversiones en sectores de electrónica, telecomunicaciones, automotriz, autopartes y plásticos, entre otros. Algunas de estas inversiones se iniciaron en 1997 y terminaron este año; otras se ejercieron en su totalidad durante 1998, y otras más comenzaron este año, para concluir en 2000.

Se encuentra una generación de empleos muy importante como se mostró en el cuadro 6, pues tan sólo en siete años casi se

Cuadro 6 Número de Trabajadores en el Corredor Industrial de Jalisco			
<i>Municipio</i>	1988	1993	2000
El Salto	6437	10010	27893
Ixtlahuacán de los Me.	35	343	160
Juanacatlán	25	240	11
La Barca	455	527	86
Ocotlán	1851	4038	2445
Poncitlán	1361	2790	1556
Total	10164	17948	32151

Fuente: Elaboración Raquel Partida con base a los Censos Industriales del INEGI y datos del SIEM.

duplicó la fuerza de trabajo en el CIJ. Lo que ha generado, sin duda, son problemas socio-ambientales en la región, tales como un crecimiento poblacional en el municipio de El Salto, generación de centros habitacionales, asentamientos irregulares, requerimientos de centros de salud, seguridad pública, agua potable, entre otros. Pues el número de establecimientos no ha aumentado considerablemente como se ve en el cuadro 7.

Por otro lado, un elemento que ha favorecido la instalación exitosa de industrias en la región, es la adecuación de una infraestructura industrial pujante, como la construc-

⁷ Secretaría de Promoción Económica, Gobierno del Estado de Jalisco, Guadalajara, 1999.

Cuadro 7
Número de establecimientos en el
Corredor Industrial de Jalisco

<i>Municipio</i>	<i>1988</i>	<i>1993</i>	<i>2000</i>
El Salto	41	184	85
Ixtlahuacán de los Me.	14	61	11
Juanacatlán	10	19	6
La Barca	47	128	11
Ocotlán	173	424	89
Poncitlán	54	115	34
Total	339	931	237

Fuente: Elaboración en base a los Censos Industriales del INEGI y datos del SIEM.

se dedica a la industria manufacturera y el resto a otras actividades económicas. Le sigue al anterior municipio El Salto, donde operan 397 unidades económicas en tres desarrollos industriales, que son el Corredor Industrial El Salto con 296, el Parque Industrial El Salto con 74 y el Parque Guadalajara Industrial con 27; de las cuales en su conjunto, 88 se dedican a la industria manufacturera.⁸ Recientemente se construyó el Parque Industrial San Jorge. véase cuadro 8.

El Corredor Industrial El Salto, y también el Parque Guadalajara Industrial, registran 22,048 personas ocupadas en 1998; es

Cuadro 8
Parques y complejos industriales del
Corredor Industrial de Jalisco 2000

<i>Nombre</i>	<i>Ubicación</i>	<i>Superficie</i>	<i>Infraestructura</i>
Parque Industrial Guadalajara	Cruce carretera Chapala y Gobernador Curiel	620,000 mts.2	Electricidad, transporte urbano, venta y renta de naves industriales alumbrado público, <i>agua potable</i> , bomberos, teléfono.
Parque Industrial Aeropuerto	Carretera Chapala cuatro kilómetros adelante del aeropuerto	40,000 mts.2	Electricidad, alumbrado público, renta y venta de naves industriales, <i>agua de pozo</i> , teléfono.
Parque Industrial Jalisco	Carretera Guadalajara-Chapala	1'698,928 mts.2	Electricidad, alumbrado público, renta y venta de naves industriales, <i>agua</i> , teléfono.
Corredor Industrial El Salto	Carretera Guadalajara-El Salto	100'000,000 mts.2	Electricidad, alumbrado público, bomberos, ferrocarril, transporte concesionado, <i>agua</i> , teléfono.
Parque Industrial San Jorge	Carretera Guadalajara-Chapala	60 hectáreas	Electricidad, telefonía de fibra óptica, <i>agua de pozo</i> .

Fuente: Elaboración Raquel Partida en base al Consejo Estatal de Promoción Económica CEPE.

ción de los parques industriales al interior de los municipios. En todo el estado de Jalisco se cuenta con 13 desarrollos industriales donde operan mil 853 unidades económicas, de las cuales 88 se dedican a la industria manufacturera y el resto a otras actividades económicas. La ZMG cuenta con algunos desarrollos que albergan unas 600 unidades económicas, de las cuales 237 se dedican a la manufactura como la Zona del Alamo Industrial con 691 establecimientos, donde 178 orientan a dicho sector. Es decir, de mil 297 unidades económicas asentadas en este municipio, el 32%

decir, el 27.5% del total en los parques industriales del estado. Estos desarrollos establecidos en el municipio tienen, junto con los anteriores, su actividad económica basada principalmente en la industria manufacturera, incluso entre ambos municipios concentran el 92% de personal ocupado en dicho sector.⁹ Por ejemplo, la firma electrónica Dovatrón apadrina la instalación de empresas en el Parque

⁸ INEGI, Resultados Oportunos de Jalisco, Aguascalientes, 1999.

⁹ INEGI, Resultados Oportunos de Jalisco, Aguascalientes, 1999.



FOTO: HÉCTOR HERNÁNDEZ

Industrial San Jorge. Con una inversión inicial de doce millones de dólares, la firma ensambladora de tarjetas electrónicas arranca con una nave industrial en una superficie inicial de 23 mil metros cuadrados. Esta industria generará cuatro mil empleos más a la región.¹⁰

Consideraciones finales

Dos cosas se pueden concluir en este ensayo. La primera que está relacionada con la descentralización industrial de la ZMG, lo que obligó a que algunas regiones aledañas se involucraran al desarrollo industrial, y algunas poblaciones pasaron de ser agrícola a industriales, como Ocotlán y Poncitlán. El caso de El Salto no es el mismo, pues esta población ha tenido una fuerte tradición industrial con la instalación de la fábrica textil Río Grande, a finales del siglo XIX, la cual estuvo vigente hasta los años noventa. Ocotlán contó desde los cuarenta con la instalación de una gran industria agroalimenticia como la Nestlé, posteriormente se instaló la textil Celanese, de cierta forma existía un antecedente industrial. Mientras que en el resto de los municipios, pasaron de la producción agrícola a la industrial, Otra conclusión que se puede

apuntar, es que sin duda el crecimiento industrial de la zona aquí mostrado, ha dado lugar, a que se instalen nuevas actividades económicas, como ahora la electrónica y la industria mueblera, en décadas anteriores el desarrollo estaba concentrado en la industria alimenticia y química, ahora esto se ha diferenciado. Además, que se ha consolidado una infraestructura industrial de parques industriales muy considerable. Sin duda, se puede considerar que el CIJ es un importante satélite de desarrollo para la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Bibliografía

- Censos Industriales 1988. INEGI, Aguascalientes.
- Censos Industriales 1993. INEGI, Aguascalientes.
- INEGI, 1999. Resultados Oportunos de Jalisco, Aguascalientes.
- Véase *Público*, agosto 30 de 1999.
- Véase *Público*, agosto 13 de 1999.
- Rodríguez, (1999). "Zacoalco y Ocotlán: transformación empresarial con visión global y performance local" en *Dinámica regional y competitividad industrial*. JUS-UNAM, México.
- Secretaría de Promoción Económica (1999). Gobierno del Estado de Jalisco, Guadalajara.
- Sistema de Información Empresarial, www.siem.com.mx, 2000.
- Secretaría de Promoción Económica, Gobierno..., 1999.

¹⁰ Véase, *Público*, agosto 30 de 1999.

Observatorio laboral sindical

Trabajo elaborado por el Centro de Investigación Laboral y Asesoría Sindical, S.C.*

Al concluir el año e iniciar el 2002, ocurrieron varios hechos significativos en el ámbito laboral, sindical y de política laboral, que tienen que ser analizados para evaluar su impacto real sobre problemas que afectan a las y los trabajadores como son el salario, el empleo, la libertad sindical y otras deudas sociales.

Economía

En este ámbito es conveniente hacer una evaluación de los resultados socioeconómicos a partir de las cifras disponibles. En primer término, se puede observar la pronunciada caída de las tasas de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB). Usualmente una economía se considera en recesión cuando se registra un decrecimiento por dos trimestres consecutivos. Este fue claramente el caso del tercer trimestre (-1.6%), no así del segundo cuando el crecimiento que de 0.0%, esto es, en el límite. Si aceptamos esta última cifra como decrecimiento esto quiere decir que técnicamente la economía mexicana está en recesión.

Por otro lado también se observa una disminución de la riqueza por habitante. Según cálculos de la UNITE con datos del INEGI, el PIB per capita en septiembre del 2000 ascendía a 57.642 pesos anuales, mientras que para septiembre del 2001, bajó a 55.848 pesos

* Colaboraron en la elaboración de este artículo, en la recopilación informativa, Martha Guadalupe Gómez Rojo, Alejandra Muñoz Trejo, Juan Ramón Carrillo Rodríguez; en la redacción, Luis Bueno Rodríguez, Luis Antonio Bonifaz M. y Alejandro Vega García.

anuales, que implica una reducción de producción de riqueza por habitante de —3.1%¹. Este empobrecimiento adquiere características dramáticas si nos colocamos en una perspectiva de más largo plazo: en 1984, el 80% de la población se quedaba con el 48.72% de la riqueza y para el 2000, ese mismo sector se queda con el 43.49%; en contrapartida, los sectores más ricos que antes obtenían el 52.8% de la riqueza, ahora disfrutaban del 59.96%²

La inflación fue la más baja de los últimos 37 años, pero con los salarios deprimidos y la economía en recesión, en la cual más de medio millón de trabajadores perdieron su empleo y en la que 49.5% de la fuerza laboral empleada en el sector formal percibe hasta dos salarios mínimos.

Desempleo

Del primero de diciembre del 2000 al 30 de septiembre 2001 (según los últimos datos disponibles) debieron crearse un millón de em-

¹ Márquez Ayala, "Reporte Económico" en *La Jornada*, 3 de diciembre del 2001, 28.

² Proceso 1315, 13 de Enero de 2002, pp. 40-41.



FOTO: CLAUDIA HERNÁNDEZ RAMÍREZ

pleo formales sólo para satisfacer la demanda de nuevas personas que se incorporan al mercado de trabajo; en vez de ello, según cifras del IMSS, en ese periodo se perdieron 465 mil plazas. De lo cual se puede decir que el saldo ocupacional de los primeros 10 meses de este gobierno es, por consecuencia, deficitario en casi millón y medio de empleos. Sin embargo, dado que “todas las promesas se están cumpliendo”, tal vez en la semántica foxista la oferta fue crear un déficit de 1 millón 350 mil empleos y la falla se encuentra en nuestra excesiva falta de entendimiento. El último dato oficial de desempleo corresponde a diciembre del 2001, y ubica un desempleo abierto de sólo 2.46%, cifra poco creíble.

El sector estrella, la industria maquiladora de exportación, bajó 15.9% en octubre

respecto al mismo mes del año pasado, de acuerdo con las estadísticas del INEGI. La ocupación en dicho sector ha descendido durante el año, debido al impacto de una menor demanda de los productos mexicanos en los Estados Unidos, al cual se destina el 85 por ciento de las exportaciones nacionales. El total de personal ocupado se redujo a un millón 126 mil 120 personas en el mes de octubre. Entre enero y octubre, el empleo en las maquiladoras cayó 4.3% comparando con el mismo periodo del 2000.

Incremento a los salarios mínimos

La Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CNSM) acordó un incremento promedio de 5.78% a las percepciones mínimas generales y profesionales, mismo que entró en vigor el 1º de enero de 2002. Así, para el área geográfica A el aumento al salario mínimo es

de 4.5%, por lo que quedó en 42.15 pesos diarios; para la B, de 5.7%, lo que lo lleva a 40.10 pesos, y para la C, de 6.9 por ciento, con lo que llega a 38.30 pesos. Al finalizar el primer año de gobierno del presidente Fox, los minisalarios habrán tenido una recuperación de 1 a 1.2% respecto al nivel que tuvieron en el 2000. De 1964 a la fecha, el salario mínimo ha sido rebasado por la realidad y acumula aproximadamente una pérdida de 66 por ciento.³ Otro de los indicadores del deterioro de la capacidad adquisitiva es el dado a conocer por Felipe Torres del IIE-UNAM: en 1990 la Canasta Normativa Alimentaria se adquiría con 3.5 salarios mínimos, mientras que actualmente se adquiere con 5.62 salarios; igualmente el

³ *La Jornada*, 27 de diciembre del 2001.

número de pobres en miseria extrema ha crecido: en 1990 casi 2 400 000 personas no tenían capacidad para adquirir la canasta normativa alimentaria y para el 2000 esta cantidad creció a 8 millones 600 mil personas.⁴

¿Reforma fiscal o miscelánea fiscal 2002?

Ni las reuniones sostenidas entre el Presidente Vicente Fox y los representantes de los partidos de oposición (PRI, PRD), ni las presiones de los gobernadores priístas hacia los diputados de sus estados, sirvieron para sacar adelante la Reforma Fiscal enviada por el Ejecutivo a la Cámara de Diputados. Tampoco funcionaron en tal sentido las reuniones entre los coordinadores de las fracciones del PAN, PRI y PRD con la Secretaría de Gobernación; la iniciativa no prosperó y sólo se aprobó una miscelánea fiscal, por lo que quedará pendiente la reforma de carácter integral.

La miscelánea fiscal aprobada excluye al IVA como principal elemento recaudatorio y deja al ISR (impuesto sobre la renta) y a otros gravámenes especiales como los mecanismos que permitirán al gobierno federal aumentar su recaudación en 48 mil millones de pesos. Entre los elementos novedosos que afectarán a los trabajadores se pueden mencionar los siguientes: se aprobó un aumento del 5% al IVA para los refrescos que utilizan fructuosa, para cigarrillos sin filtro, bebidas alcohólicas y aguas envasadas. Con esto el gobierno obtendría unos 17 mil millones de pesos en el 2002. Por otra parte, también se aprobó trasladar el costo de crédito al salario a las empresas.

La miscelánea fiscal aprobada resultó molesta para los empresarios, porque consideran que esta vez se les cargó a ellos la mano con mayores impuestos, como el referido al crédito al salario. También consideraron que la existencia de mayores impuestos desestimulará las inversiones y será difícil crear más empleos. Para el presidente Vicente Fox la reforma es insuficiente y consideró que el único camino para el gobierno federal es "hacer más con menos".

Algunos juristas se sumaron a la protesta empresarial acusando a la reforma o miscelánea de errores técnicos, falta de concordancia e inconstitucionalidad. Estas y otras protestas motivaron que los diputados y senadores tuvieran que hacer algunas modificaciones como las siguientes:

— El sistema de crédito al salario quedó en una tasa de 3% y se aplicará sobre el monto de las erogaciones que por concepto de salarios y demás prestaciones paguen los patrones a sus empleados; se elimina la exención general de que gozaba la enajenación de acciones en bolsa de valores: sólo aplicará la exención respecto de acciones bursátiles, esto es, cuando más de 35 por ciento de las acciones está ofertada por la bolsa y ha estado así por más de cinco años; las prestaciones que quedarán exentas del ISR serán: seguridad social, guarderías infantiles, becas educacionales, fondos y cajas de ahorro, tiempo extraordinario, primas vacacionales y primas dominicales.

Presupuesto de egresos de la federación 2002

La iniciativa de presupuesto que envió el presidente Vicente Fox a la Cámara de Diputados contemplaba una reducción de recursos en áreas prioritarias como educación, salud y el campo, mientras preveía un incremento en tareas burocráticas. Lo anterior fue frenado el 1º. de enero cuando la Cámara de Diputados aprobó el decreto de Presupuesto de Egresos, que establece un gasto neto total por un billón 463 mil 334 millones de pesos, de los cuales mil 674 estarán a disposición de la Presidencia. Los sectores que se vieron favorecidos al crecer su presupuesto fueron: el de educación, al cual le otorgaron 110 mil 526 millones 540 mil 576 pesos, es decir, casi 9 mil millones más de lo previsto; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación obtuvieron 35 mil 580 millones 230 mil pesos, casi 3 mil 500 pesos más; la Secretaría de Salud obtuvo 21 mil 995 millones, mil 800 millones más de lo contemplado en la iniciativa; la Secretaría de Seguridad Pública contará con mil 500 millones de pesos adicionales a lo presupuestado originalmente por el Ejecutivo. A

⁴ Proceso 1315, 13 de Enero de 2002, pp. 40-41.

las secretarías de Hacienda, Gobernación y Derechos Humanos los diputados destinaron menos presupuesto. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social recibió 3 mil 565 millones, 150 mil pesos menos.

Conflictos laborales y sindicales

Conflicto en SICARTSA

El 19 de diciembre 300 granaderos arremeten contra los trabajadores en plantón de la Sección 271 del Sindicato de Trabajadores Mineros y Metalúrgicos de la República Mexicana (STMMRM) en las instalaciones de SICARTSA (Siderúrgica Lázaro Cárdenas Las Truchas, S. A.), con un saldo de varios heridos. Sin embargo, ello no bastó para detener a los trabajadores, los cuales colocaron las banderas rojinegras de huelga como medida de presión para que SICARTSA, ATBSA, ASSSA e IMEXSSA reconocieran a los representantes de esa sección, electos el pasado 23 de octubre, luego de que destituyeran a los anteriores líderes. En los siguientes días se organizaron dos marchas con apoyo de familiares y residentes de Lázaro Cárdenas, así como un Foro del sector minero. En este movimiento, tanto las empresas SICARTSA e IMEXSA de Lázaro Cárdenas, como el gobierno de Michoacán y las autoridades laborales han hecho diversos intentos por obstaculizar las actividades de la sección. Sin embargo no han podido detener la lucha por su libertad sindical. En este conflicto se ha involucrado el líder nacional del gremio, Napoleón Gómez Urrutia, finalmente reconocido por las autoridades laborales; si bien este personaje enarbola ahora banderas de libertad sindical, no puede olvidarse que heredó de manera oscura el cargo. El 17 de enero se levantó la huelga, con la intervención de Gómez Urrutia, al firmar los convenios en los cuales los trabajadores aceptaron el 10% de incremento directo al salario, 50% de los salarios caídos, y el cumplimiento de las prestaciones especificadas en el CCT. En el aspecto sindical, las empresas finalmente se comprometieron a reconocer la personalidad jurídica del Comité Ejecutivo de la sección 271. Así mismo se retiraron las demandas penales contra los mineros activistas.

Paro patronal en la empresa euzkadi

Durante 2001 se cerraron diversas plantas de la industria llantera. Con ello se perdieron 850 empleos en Uniroyal que se suman a los mil 358 en Goodyear Oxo que cerró en abril pasado. Ahora la empresa de capital mayoritario alemán, Euzkadi, decretó de manera ilegal un paro patronal, con el cese definitivo de sus operaciones en El Salto, Jalisco. Son 1,164 trabajadores despedidos por el cierre en Euzkadi, 22 mil empleos indirectos afectados, así como los ingresos de 40 mil pobladores. La respuesta de los trabajadores ha sido un rechazo a las liquidaciones ofrecidas, la demanda de reapertura de la fábrica y la reinstalación, respeto al contrato-ley del sector y a la LFT. El sindicato señala que el argumento de presunta falta de flexibilidad sindical no es causa del cierre. Como medida de presión para la empresa, que se mantiene en su posición de cerrar definitivamente, el Sindicato Nacional Revolucionario de Trabajadores de Euzkadi declaró a la empresa en huelga el 22 de enero, para protegerse jurídicamente del cierre y busca configurar una serie de alianza con diferentes organizaciones laborales y civiles.

Sin pago de aguinaldo 20 millones de personas

El pago de aguinaldo a fines del pasado año y principios del actual significó una derrama económica de aproximadamente 50 mil millones de pesos, considerando a todos los trabajadores tanto del sector formal como informal. A pesar de que este pago es una obligación establecida por la ley, no se cumple en su totalidad pues de acuerdo con las estadísticas del INEGI, al menos 20 millones de trabajadores no reciben esta prestación. Por su parte, las estimaciones del Congreso de Trabajo señalan que las empresas del sector privado pagan a sus trabajadores por concepto de aguinaldo 21 días en promedio, lo que significa que con un salario promedio de 112.70 pesos, el gasto que tuvieron que hacer los empresarios por este rubro suma 25 mil 632 millones de pesos. En el caso del sector público, donde el pago es de 40 días y el salario medio de 75.14 pesos, las estimaciones del IMSS hablarían de una erogación para el gobierno de 6 mil millones de pesos.



FOTO: MARIO PALACIOS LUNA

Adicionalmente se puede señalar que del 100% de las personas que trabajan en el país (alrededor de 41.3 millones), 51% no recibe ninguna prestación o percibe alguna distinta al aguinaldo o vacaciones.

Procesos al interior del movimiento sindical

Futbolistas agremiados de México

En septiembre de 2001, el sindicato *Futbolistas Agremiados de México* (FAM) presentó ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la solicitud de su registro contando con el apoyo de 118 jugadores del país y el respaldo de una parte importante del sindicalismo mexicano (UNT, SME, entre otros). La STPS acusó recibo de la documentación necesaria para el registro, señalando que procedería a estudiar la proposición y en unas semanas daría la respuesta.

Sin embargo, las dependencias encabezada por el ex empresario Carlos Abascal Carranza negó el registro sindical a FAM, a pesar de que ya existía un precedente del mismo; para ello argumentó que estaba fuera de su competencia conocer y resolver el asunto, porque los integrantes de la agrupación no encuadraban en alguno de los casos de excepción de la fracción 31 del apartado A del artículo 123 de la Constitución y su relativo 527 de la Ley Federal del Trabajo". Ante esta situación, FAM decidió utilizar el recurso de revisión ante la propia STPS, a sabiendas de que las razones reales de

la negativa provenían de presiones de la Federación Mexicana de Fútbol, por lo cual se desconocía incluso que los documentos presentados por FAM cumplen con todos los requisitos y siguen todos los procedimientos que exige la STPS para el registro de un sindicato de futbolistas, unas semanas después la STPS volvió a negar la apelación presentada por FAM, argumentando que este proceso sobrepasaba sus capacidades institucionales, dejando todo en manos de la Suprema Corte de

Justicia de la Nación ante la que el sindicato ha tramitado el recurso de amparo.

FAM cuenta con el apoyo de la Federación Internacional de Futbolistas Profesionales (FIFPro), de la que ya forma parte al ser aceptada su afiliación durante el congreso anual de este organismo realizado en diciembre de 2001 en Marne-la Vallée, Francia.

Demandan bomberos el registro de su sindicato

Los mil 300 integrantes del H. Cuerpo de Bomberos de la ciudad de México, carecen de derechos laborales, falta de pago de prestaciones y equipo de trabajo, por lo que 400 de ellos solicitaron a la Junta de Conciliación y Arbitraje (JLCA) el registro legal de su sindicato. El secretario general interino del gremio, Peregrino Rojas, señaló que los directivos ya habían manifestado que el gremio no tiene derecho a la sindicalización; asimismo denunció la falta de protección laboral en esa institución, donde se dan "los compadrazgos" en el otorgamiento de plazas y ascensos; dicha situación, afirmó, terminará al legalizarse la existencia del sindicato.

Conflictos de revisión en el sindicalismo universitario

Entre el mes de noviembre pasado y febrero de 2002, se dará en el sector del sindicalismo

universitario y de educación superior el grueso de revisiones salariales y contractuales. En ese marco más de setenta gremios de diversas instituciones emplazan a huelga por diversas demandas. En esta ocasión el sindicato cabeza de sector, el de trabajadores administrativos de la UNAM, pactó un incremento salarial de 8.7 por ciento. A diferencia de otras ocasiones tal aumento no se ha hecho extensivo a otras agrupaciones, por lo que se ha venido configurando la amenaza de una huelga generalizada. A mediados de enero solamente se habían resuelto 5 emplazamientos, mientras que por falta de acuerdo se encontraban en huelga los trabajadores de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

Definiciones gubernamentales en el terreno de la política laboral

Reformas a la ley del IMSS

Durante mucho tiempo los jubilados y pensionados han sufrido penurias por las raquílicas pensiones que les paga el Gobierno Federal.

Aún cuando hace dos años la Cámara de Diputados les otorgó una bonificación anual de 1600 pesos en promedio, en los hechos no todos la reciben.

La Cámara de Senadores aprobó el 6 de diciembre de 2001, el proyecto para reformar la Ley del Seguro Social, la cual establece mejoras económicas a los pensionados y jubilados de dicho instituto. Esta disposición sólo benefició a los individuos que tienen pensiones por vejez y cesantía en edad avanzada, al aprobar que obtengan un incremento de 10%; que como mínimo reciban un salario mínimo al mes; que se indexen sus percepciones a la inflación (INPC); y que las personas que reciben una pensión bajo el régimen de viudez pasen a recibir el 100% del total, ya que antes recibían sólo el 90%. Sin embargo, dejan sin incremento a quienes se hayan retirado por invalidez. Por otra parte, sin embargo, otros asuntos que se aprobaron en esta reforma fue otorgarle el estatuto de organismo fiscal autónomo, que da cobertura jurídica para el inicio del Fondo Nacional de Salud, aspecto criticado porque —según señalan algunos analistas— permitirá una especie de privatización de los servicios médicos.⁵

Indicadores básicos de orden económico laboral

Perdida de poder adquisitivo del salario mínimo e incremento necesario, 1983-2001								
Año	Inflación anual	Inflación acumulada	Salario nominal	Incremento anual	Crecimiento porcentual salario	% poder adquisitivo conservado	Pérdida poder adquisitivo	Incremento necesario
1990	29.93	5926.04	10.79	18.03	3389.42	57.20	42.80	74.84
1991	18.79	7039.55	12.08	12.03	3797.11	53.94	46.06	85.39
1992	11.94	7880.07	12.08	0.00	3797.11	48.19	51.81	107.53
1993	8.01	8511.26	13.06	8.08	4103.78	48.22	51.78	107.40
1994	7.05	9111.31	13.97	6.97	4389.73	48.18	51.82	107.56
1995	51.97	13846.45	18.43	31.93	5791.17	41.82	58.18	139.10
1996	27.70	17681.92	24.30	31.85	7635.68	43.18	56.82	131.57
1997	15.72	20461.52	24.30	0.00	7635.68	37.32	62.68	167.97
1998	17.41	24023.87	27.99	15.19	8795.17	36.61	63.39	173.15
1999	12.32	26983.61	31.91	14.01	10026.93	37.16	62.84	169.11
2000	8.96	29401.34	35.12	10.06	11035.60	37.53	62.47	166.42
2001*	5.39	30986.07	37.57	6.98	11805.45	38.10	61.90	162.47
2002**	5.16	32584.95	41.33	10.00	12985.99	39.85	60.15	150.92

* Inflación hasta octubre del 2001.

** Estimados de inflación y 10% de incremento en los salarios mínimos.

⁵ La Jornada, 2 de enero de 2002.

Índice nacional de precios al consumidor		
<i>Periodo</i>	<i>Inflación acumulada</i>	<i>Canasta básica alimentaria</i>
Enero-Oct del 2001	3.87	2.92
Nov/2000 a Oct/2001	5.89	5.3
Enero-Nov del 2001	4.26	3.77
Nov/2000 a Nov/2001	5.39	4.58
Enero-Dic del 2001	4.40	3.38
Dic/2000 a Dic/2001	4.40	3.38

Fuente: INEGI.

Ímpacto de la reforma fiscal 2002 en diversas prestaciones sociales y económicas	
<i>Prestación</i>	<i>Situación</i>
Aguinaldo	Queda exento hasta 30 días de salario mínimo
Ayuda de gastos en aparatos de ortopedia	Exento de gravación fiscal
Ayuda de renta	Exento de gravación fiscal
Ayuda de transporte	Exento de gravación fiscal
Ayuda en gastos dentales y hospitalarios	Exento de gravación fiscal
Ayuda en gastos médicos	Exento de gravación fiscal
Ayuda para gasto en útiles escolares	Exento de gravación fiscal
Ayuda para la compra de anteojos	Exento de gravación fiscal
Ayuda por matrimonio	Exento de gravación fiscal
Ayuda por nacimiento de hijos	Exento de gravación fiscal
Ayuda y reembolsos en gastos funerarios	Exento de gravación fiscal
Cuotas sindicales	Exento de gravación fiscal
Participación en utilidades	Quedará exenta hasta en 15 días de salario mínimo.
Prima de seguros médicos	Exento de gravación fiscal
Prima Dominical	Cuando se calcule sobre el salario mínimo y no exceda de 25% no se grava; exenta hasta un límite de un salario mínimo por cada domingo laborado.
Prima Vacacional	Cuando se calcule sobre salario mínimo y no exceda de 25% no se grava
Primas por seguro de vida	Exento de gravación fiscal
Seguro social	Exento de gravación fiscal
Tiempo extra	Cuando se calcule sobre el salarario mínimo y hasta 50%, sin que exceda de 5 salarios mínimos a la semana, no se grava.
Vales de despensa	Exento de gravación fiscal

Revisiones salariales y contractuales a nivel nacional, 1992-2001

Periodo	Nacional		Tipo de jurisdicción			
	Número de revisiones	Incremento salarial directo al tabulador (%) 1	Federal		Local	
			Número de revisiones	Incremento salarial directo al tabulador (\$) 1	Número de revisiones	Incremento salarial directo al tabulador (%) 1
1996	34,940	18.7	3,686	21	31,254	14.3
1997	34,220	19	4,074	19.5	30,146	17.9
1998	35,170	17.4	4,525	17.7	30,645	16.8
1999	38,747	16.6	4,671	16.5	34,076	16.9
2000	38,611	12.8	5,358	12.4	33,253	13.5
2001 p/	31.723	10.6	4,745	10.1	26,978	11.1

1/ Promedio ponderado por el número de trabajadores.

p/ Preliminar al mes de septiembre

Fuente: JLCA y JFCA.

Impacto de la reforma fiscal 2002 en diversas prestaciones sociales y económicas

Autores	Ficha
Autores:	Luis Antonio Bonifaz M. Luis Bueno Rodríguez Alejandro Vega García
	Martha Guadalupe Gómez Rojo Alejandra Muñoz Trejo Juan Ramón Carrillo Rodríguez
Organización	Centro de Investigación Laboral y Asesoría Sindical A.C.
Dirección:	Tabasco 262, desp. 402, col. Roma, México D.F. c.p. 06700.
Teléfono:	52 07 41 47
Correo electrónico:	cilas@laneta.apc.org
Título:	<i>Observatorio Laboral y Sindical</i> Diciembre del 2001-Enero del 2002
Disciplina:	Sociología, Sociología del Trabajo, Ciencia Política