

*LAS CONDICIONES DE REALIZACION
DEL TRABAJO
DE ENFERMERAS Y MEDICOS DEL IMSS
EN EL PERIODO 1982 A 1992*

MARIA TERESA CASTILLO VASQUEZ

Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social

*Dirección de la tesis Maestra Carolina Tetelboim H.
Asesora externa Maestra María Elena Ortega H.*

*Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
Maestría en Medicina Social*

Ciudad de México, invierno de 1995

Los proyectos son posibles de materializarlos en la medida que se realizan con otros y junto a ellos. Para todos los que en este camino de buscar una sociedad diferente han estado junto a mí; mi agradecimiento y mi compromiso:

En México, tierra entrañable:

A mi familia adoptiva, por su cariño, generosidad y apoyo permanente.

A Gaby, por su compañía, amistad y cariño constante.

A Malena, por su generosidad y compromiso.

A Ricardo, por compartir generosamente su conocimiento sobre el IMSS.

A Juan, por su ayuda en este camino a veces difícil que es una tesis.

A mis profesores y amigos de la Maestría, por su apoyo y confianza.

A las trabajadoras y trabajadores del IMSS, por compartir su experiencia y permitir que conociera su realidad cotidiana.

En mi tierra:

A mis amigas y amigos siempre generosos en cariño y apoyo.

En algún lugar donde ahora se encuentren:

A mi madre, a mi padre y a Sergio porque siempre están conmigo.

I N D I C E

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCION GENERAL..... | 1 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 8 |
| 2. HIPOTESIS..... | 13 |
| 3. ANTECEDENTES..... | 15 |
| Un Intento de Aproximación a la Solidaridad y la Justicia Social..... | 15 |
| El Seguro Social en América Latina..... | 21 |
| <i>Hechos relevantes en el desarrollo del IMSS.....</i> | <i>22</i> |
| Los trabajadores del IMSS en la historia de la fuerza de trabajo..... | 23 |
| <i>A modode sintesis.....</i> | <i>25</i> |
| Bibliografía del capítulo..... | 26 |
| 4. CONTEXTO INMEDIATO DEL PROBLEMA..... | 28 |
| LaPropuestaNeoliberal..... | 29 |
| Las Políticas del Ahorro..... | 32 |
| <i>La composición del gasto público.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Lapolíticasalarial.....</i> | <i>35</i> |
| Algunos Resultados del Proyecto Modernizador..... | 37 |
| <i>Desempleo abierto y subempleo.....</i> | <i>37</i> |
| <i>¿Mejores condiciones de vida?.....</i> | <i>38</i> |
| la distribución de la riqueza..... | 38 |
| la canasta básica..... | 40 |
| <i>Repercusiones del modelo en el ámbito sindical.....</i> | <i>41</i> |
| El Proyecto Modernizador en el Sector Salud..... | 43 |
| <i>Reducción del gasto en salud.....</i> | <i>44</i> |

| | |
|--|----|
| <i>Los cambios legales y jurídicos</i> | 46 |
| ¿Tendencia Privatizadora en la modernización sanitaria? | 49 |
| <i>A modo de síntesis</i> | 51 |
| Bibliografía del capítulo | 52 |
| 5. UNA APROXIMACION TEORICO METODOLOGICA PARA EL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE ATENCION MEDICA | 54 |
| <i>Una Reflexión Totalizadora</i> | 55 |
| El Proceso de Trabajo: categoría general de análisis | 56 |
| <i>El proceso de trabajo bajo la lógica capitalista</i> | 58 |
| El proceso de valorización..... | 59 |
| El proceso laboral..... | 59 |
| El proceso productivo y el Estado..... | 61 |
| <i>El Estado liberal</i> | 62 |
| <i>El Estado social</i> | 63 |
| <i>El Estado neoliberal</i> | 64 |
| El Proceso de Trabajo del Sector Servicios | 65 |
| El Proceso de Trabajo del Sector de Atención Médica | 67 |
| <i>La atención médica bajo la lógica de la valorización</i> | 67 |
| <i>El trabajo médico y sus cuatro componentes básicos</i> | 69 |
| El objeto de trabajo..... | 70 |
| Los medios de trabajo..... | 72 |
| La Organización del Trabajo Médico | 74 |
| <i>El modelo médico hegemónico</i> | 78 |

| | |
|---|-----|
| <i>Las instituciones de atención médica.....</i> | 83 |
| Las Condiciones de Realización del Trabajo..... | 86 |
| <i>La relación laboral.....</i> | 87 |
| <i>La flexibilización laboral.....</i> | 87 |
| 5.1 ASPECTOS METODOLOGICOS DEL ESTUDIO..... | 90 |
| Bibliografía del capítulo..... | 105 |
| 6. EL IMSS: LA INSTITUCION EMPLEADORA..... | 107 |
| Políticas del IMSS: Incoherencia entre el Discurso y la Acción..... | 110 |
| Política de Financiamiento: ¿Solvencia Económica o restricción de Recursos?..... | 111 |
| <i>Las transformaciones de sus fuentes de ingresos.....</i> | 113 |
| <i>El seguro de enfermedad y maternidad.....</i> | 114 |
| <i>El seguro de IVCM.....</i> | 115 |
| <i>Masa salarial de los cotizantes.....</i> | 117 |
| <i>Aporte del Estado.....</i> | 119 |
| El presupuesto del IMSS: contención de gastos en áreas estratégicas..... | 119 |
| <i>Cómo distribuyó su presupuesto el IMSS en los últimos doce años?.....</i> | 122 |
| Descapitalización del IMSS: Menos Ingresos y Deficiente Administración..... | 125 |
| Política de Cobertura y Prestación de Servicios..... | 128 |
| <i>Prestación de servicios de atención médica.....</i> | 133 |

| | |
|---|------------|
| Uso intensivo de los recursos institucionales: una estrategia con doble objetivo..... | 136 |
| Política de Personal del IMSS..... | 141 |
| Variaciones de enfermeras y médicos del IMSS..... | 142 |
| A modo de síntesis..... | 151 |
| El deterioro salarial en el IMSS..... | 154 |
| En relación a las prestaciones..... | 154 |
| En relación al salario integrado..... | 155 |
| ¿Productividad y Calidad?..... | 159 |
| Cambios al contrato colectivo de trabajo: una propuesta institucional no consolidada..... | 161 |
| CONCLUSION DEL CAPITULO: ¿MODERNIZACION PRIVATIZADORA PARA EL IMSS?..... | 163 |
| Bibliografía del capítulo..... | 166 |
| | |
| 7. LAS CONDICIONES DE REALIZACION DEL TRABAJO DE ENFERMERAS Y MEDICOS DEL IMSS..... | 168 |
| | |
| Flexibilización "Modernizadora" de la Relación Laboral en el Sector de Atención Médica del IMSS..... | 169 |
| Las Transgresiones al contrato colectivo de trabajo..... | 170 |
| Incompetencia de la comisión nacional de seguridad e higiene..... | 171 |
| Las deplorables condiciones físico ambientales..... | 172 |
| ¿Que sucede con las precauciones universales?..... | 176 |
| Los recursos materiales..... | 177 |
| La insuficiencia de medicamentos..... | 179 |

| | |
|--|------------|
| El incumplimiento de la cláusula 22bis..... | 180 |
| Otras cláusulas incumplidas..... | 181 |
| <i>Deterioro de la imagen de los trabajadores.....</i> | <i>182</i> |
| <i>La Sobrecarga de Trabajo.....</i> | <i>183</i> |
| <i>Las particularidades de la sobrecarga de trabajo.....</i> | <i>187</i> |
| <i>Flexibilización Salarial y Desvalorización profesional social.....</i> | <i>199</i> |
| <i>Las Relaciones de Poder de la Atención Médica y la conflictividad laboral.....</i> | <i>200</i> |
| CONCLUSION DEL CAPITULO..... | 207 |
| Bibliografía del capítulo..... | 210 |
| 8. LA ORGANIZACION DE LOS TRABAJADORES..... | 212 |
| <i>El Corporativismo Sindical del Seguro Social Ante el Proceso de "Modernización" Nacional e Institucional.....</i> | <i>214</i> |
| <i>La estructura sindical v/s la estructura de atención médica.....</i> | <i>225</i> |
| <i>Las Transformaciones del Contrato Colectivo de Trabajo en el Periodo 1982-1993.....</i> | <i>229</i> |
| Manejo del CCT en el periodo 82-93..... | 231 |
| Cláusulas creadas..... | 231 |
| Cláusulas relacionadas con prestaciones en dinero..... | 234 |
| Cláusulas relacionadas con prestaciones condicionadas..... | 237 |
| Cláusulas no modificadas..... | 238 |
| Los Trabajadores de Base: Una Respuesta a la Crisis Sindical..... | 241 |

*Los movimientos de trabajadores del IMSS en la
década 80-90.....*242

CONCLUSION DEL CAPITULO

**UNA NEGOCIACION DESVENTAJOSA: EL COSTO DE CONSERVAR
UN ESPACIO DE PODER.....**248

Bibliografía del capítulo.....250

CONCLUSIONES GENERALES.....252

ANEXOS.....269

INTRODUCCION GENERAL

La investigación que se expone en el presente texto obedece en primer término a un objetivo de carácter académico, que coincide con la preocupación por satisfacer una necesidad social como lo es el problema de las condiciones en que realizan su proceso laboral las enfermeras y médicos que están en contacto directo con el usuario o paciente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En este estudio se analizan los cambios que han ocurrido en estas condiciones de organización de una particular actividad laboral de servicios como es la atención médica, en el contexto de un proceso de transformaciones económicas, políticas y sociales implementadas en México a partir de 1982. Cuando se habla en este estudio del trabajo de atención médica, se refiere a la actividad que realiza no solo el médico sino también a la de las enfermeras, en el entendido que se trata de un proceso de trabajo desarrollado por un colectivo diverso de trabajadores que involucra a personal técnico y profesional.

Los resultados de esta investigación nos aproximan a ese complejo mundo que es la atención médica institucionalizada, donde su fuerza de trabajo es uno de los factores esenciales para llevar a cabo en lo concreto, la prestación de servicios que involucra esta actividad social. Son las enfermeras, los médicos y otros trabajadores de este sector los que reflejan a través del contacto interpersonal y subjetivo con el derechohabiente o usuario, la calidad de funcionamiento y desarrollo de la institución;

de esta forma las condiciones en que se realiza el trabajo de atención médica tiene siempre una repercusión directa en la calidad de los servicios que se presten. Esta aseveración cobra mayor relevancia cuando el contexto en que se desenvuelven las condiciones de realización de la atención médica, tal como se señaló, corresponde a una etapa de transformación del modelo económico que dirige la conducción del país y orienta el papel del Estado y el carácter de las políticas económicas, sociales, laborales y de todo orden a nivel nacional.

Por lo tanto, se trata de un análisis crítico, donde se establece en **primer lugar** cuales son las **principales transformaciones que se han dado en la organización del proceso laboral de atención médica en el IMSS** y en **segundo término**, cual ha sido el **carácter del impacto que en dichos cambios ha tenido el proceso de modernización implementado en el IMSS en este periodo de estudio**; así como también cual ha sido el **papel del Sindicato de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) frente a estas transformaciones**.

Este carácter crítico, implica realizar un análisis de la participación y de las respuestas de cada uno de estos componentes; sin pretender juzgar a unos y justificar a otros, lo que se persigue como propósito del estudio, es establecer a través de información sistematizada, la magnitud y alcances de los cambios en las formas de organización del trabajo de atención médica, como una forma de enriquecer la discusión que hoy se da en torno a la calidad de los servicios que presta el IMSS y otras instituciones

similares. La presentación del estudio se ha organizado en nueve capítulos a través de los cuales se da cuenta en primer término del planteamiento del problema, para presentar a continuación las hipótesis, que se definen como propuestas de trabajo que permiten fundamentalmente orientar la investigación, pero que no obedecen a la necesidad de una comprobación para afirmarlas o rechazarlas en el sentido metodológico estricto.

Los siguientes dos capítulos están destinados a proporcionar los antecedentes más relevantes relacionados con el objeto de estudio; para fines de una mejor comprensión son ordenados en: antecedentes mediatos, que se refieren en términos generales a caracterizar la situación económica y política del país bajo el modelo económico conocido como de sustitución de importaciones y, antecedentes inmediatos o contexto, donde se da cuenta de las características más destacadas del nuevo modelo económico implementado a partir de 1982 y que se le ha denominado proyecto de modernización nacional. Ahí se muestran algunos indicadores considerados importantes para mostrar las repercusiones que estas transformaciones han tenido sobre las condiciones de vida de los trabajadores en general.

En el capítulo cinco, se expone la aproximación teórico-metodológica del estudio donde a partir de una reflexión sobre el sentido que tiene la reproducción social para explicar y dar cuenta de los problemas relacionados con la base material y económica de una formación social, se propone como categoría general de análisis el proceso

de trabajo desde la visión que proporciona la teoría del materialismo histórico; desde esta perspectiva se reconoce la organización del trabajo como un componente relevante del proceso junto con el objeto, los medios y el trabajo propiamente tal.

A partir de este marco explicativo general se analiza específicamente el proceso de trabajo de servicios de atención médica, destacando el elemento de la organización como la herramienta teórica que permite explicar las condiciones de realización del trabajo que lleva a cabo un colectivo de trabajadores.

El siguiente capítulo da cuenta del proceso de modernización del IMSS implementado a partir de 1982, donde se destaca el análisis de su política financiera, de cobertura y de personal de lo cual se concluye que **la modernización del IMSS se ha caracterizado principalmente por una política de intensificación de trabajo y utilización de los recursos materiales bajo un esquema de menores ingresos a la institución**, como producto del deterioro salarial de los asegurados y de la disminución del apoyo económico del Estado.

Una vez analizada la importancia del IMSS como institución empleadora y factor determinante de las condiciones de realización del trabajo en el sector de atención médica, en el siguiente capítulo y como producto de una observación a algunos centros laborales, se analizan las formas características que muestran las condiciones en que realizan la práctica médica cotidiana las enfermeras y los médicos, desde la

perspectiva de la organización del proceso. Del análisis se concluye, que al igual que en otros sectores laborales, **en el IMSS también se ha producido, aunque con expresiones particulares propias del trabajo de atención médica, un proceso de flexibilización laboral como estrategia de la política de "hacer más con menos"**. Dicha flexibilización ha significado un serio y progresivo deterioro en las condiciones de realización del trabajo de médicos y enfermeras en estos últimos doce años.

A continuación se da cuenta en el capítulo subsecuente del papel que ha tenido el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), frente al proceso de modernización nacional y del IMSS y cómo **la respuesta de la estructura sindical ha impactado de manera determinante en las condiciones de realización del trabajo de atención médica**. De acuerdo con este análisis se puede concluir en términos generales que **el modelo sindical corporativo en el que se enmarca la estructura de esta organización ha significado que el sindicato esté mas cerca en sus acciones de conservar su espacio de poder en el Estado que de la lucha por reivindicar el notable deterioro de las condiciones en que realizan su trabajo los casi 300 mil afiliados al sindicato, de los que el colectivo de atención médica constituye aproximadamente un 60 por ciento**.

Entre las conclusiones generales de la investigación se hace una reflexión sobre **la desprofesionalización de la fuerza de trabajo como una de las repercusiones mas importante de este proceso de deterioro de las condiciones en que se**

organiza el trabajo cotidiano de enfermeras y médicos en el IMSS, situación que además de afectar a los propios trabajadores pone en serio riesgo la calidad de atención a los derechohabientes, los modelos de formación de futuros trabajadores de la salud y, en definitiva el funcionamiento de la propia institución.

En otro aspecto, es necesario hacer notar que dado el carácter dinámico y controvertido del problema a estudio así como el enfoque crítico planteado para su análisis, el proceso investigativo no estuvo exento de problemas que significaron algunas limitaciones en cuanto al acceso y calidad de la información, la observación de los centros laborales y en cuanto a la evolución de la propia problemática.

En cuanto a la información, se reconoce que trabajar con datos de fuentes secundarias, en este caso y principalmente de documentos oficiales, implica hacerlo con las limitaciones que tienen los registros de este tipo en cuanto a agregación de datos, subregistros y/o modificaciones a las formas de recopilar la información, todo lo cual dificulta el análisis del problema; sin embargo, a pesar de esta limitación, la utilización de cifras oficiales permite comparar datos o criticar las explicaciones que se hacen sobre el problema planteado a partir de la utilización de las mismas cifras.

En este mismo sentido y dada la necesidad de comparar a lo largo del análisis diversos datos relacionadas con presupuesto, gastos u otras similares, se utilizan cifras deflactadas, es decir, convertidas en cifras reales tomando en este caso como

valor de referencia el año 1982. El procedimiento se especifica en la metodología y en el anexo N°6. Finalmente cabe señalar que como producto del proceso investigativo se originó una serie de información que se compiló en anexos dispuestos en la segunda sección de esta tesis.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información cotidiana transmitida principalmente por los diferentes medios de comunicación escritos, ha dado cuenta en estos últimos años de diversos y complejos problemas al interior del IMSS, la institución históricamente más importante de la Seguridad Social del país. Dichos problemas apuntan de manera preponderante al financiamiento institucional y a la calidad de los servicios que presta el Instituto, particularmente los de atención médica.

A través de estos mismos medios de comunicación masiva, se ha sostenido muchas veces de forma mas o menos directa, que los trabajadores del IMSS, son responsables de los problemas financieros de la institución, por el gasto que representa para la institución los salarios y prestaciones que establece el Contrato Colectivo de Trabajo; de la misma forma se sostiene que son "culpables" del detrimento de la calidad de la atención que se proporciona. Los trabajadores por su parte, afirman que el deterioro de los servicios de atención médica ocurrido en los últimos años en el sector de atención médica se debe fundamentalmente a la falta de recursos materiales, a deficiencias de gestión administrativas y a la insuficiencia de personal para cumplir con la demanda de atención.

Mas allá de las responsabilidades adjudicadas a unos u otros protagonistas, parece haber coincidencia general sobre el deterioro que han experimentado los servicios de atención médica del IMSS, hecho que reviste gran trascendencia entre otras cosas

por ser ésta la institución que posee el volumen más alto de atención y cobertura de población asegurada del país y que históricamente se ha destacado por la calidad y excelencia de atención. En este estudio se sostiene que debido a las particulares características que tiene el proceso de trabajo de atención médica, existe una estrecha relación entre las condiciones de realización de este trabajo y la calidad de los servicios médicos.

En efecto, el proceso de trabajo de atención médica posee rasgos que hace de ésta, una actividad diferente a cualquier otra del sistema de producción de bienes y/o de servicios y que se pueden sintetizar en dos aspectos: el primero de ellos tiene que ver con el objeto de trabajo, que en el proceso de atención médica se refiere al propio ser humano ya sea en su dimensión individual o colectiva, hecho que le otorga una connotación de carácter interpersonal y sitúa al o los hacedores de esta actividad, es decir a sus trabajadores, como la expresión materializada del funcionamiento de la institución donde se desarrolla este proceso.

La otra característica que sintetiza la particularidad de este proceso de trabajo se refiere al producto final del mismo, que no corresponde a un objeto material, sino que se trata de la prestación de un servicio como respuesta a algún problema de salud-enfermedad, ya sea de tipo preventivo, curativo y/o de reparación, es decir instancias especialmente sensibles en la vida de las personas. Parece claro que las características que muestran en un momento dado las condiciones de realización del

trabajo de médicos y enfermeras impacta de manera directa en la calidad de la atención a los derechohabiente, por lo tanto el estudio de estas condiciones de realización de esta actividad pasa a constituir desde esta perspectiva, una necesidad.

Tomando en cuenta lo anterior, esta investigación se plantea analizar las condiciones de realización del trabajo de los médicos y las enfermeras del IMSS, desde 1982 hasta 1992. Sin embargo, en el transcurso de la investigación el problema planteado generó la necesidad en algunas ocasiones de extender el análisis más allá del periodo formal; por ello, cuando la información estuvo disponible se recopilaron datos hasta el año de 1994. Así ocurrió con el análisis del IMSS, con algunos aspectos de la organización sindical y con la propia observación a los centros de atención médica.

El objetivo principal que persigue este estudio es el de caracterizar y analizar las condiciones de realización del trabajo, estableciendo con certeza de que forma el proceso de modernización del IMSS, así como los cambios en la organización sindical han determinado una serie de transformaciones en las formas de organización del proceso laboral que realizan enfermeras y médicos del Instituto.

Ahora bien, el concepto de condiciones de realización del trabajo de atención médica se ha definido como un conjunto de elementos que permiten dar cuenta de las características que asume en una realidad particular y concreta la organización social de este trabajo, es decir esta investigación se sitúa desde la perspectiva de las

relaciones sociales de este particular proceso laboral y a partir de ahí, da cuenta de su comportamiento en un momento determinado así como también de las formas en que tanto la institución empleadora como la organización sindical determinan la organización del proceso y por lo tanto al trabajo de atención médica en su conjunto.

De acuerdo a esta definición, las condiciones de realización del trabajo, significan una expresión muy concreta, es decir, la materialización de una forma particular de organizar el trabajo de atención médica, a través del cual se pueden reconocer las características comunes o de mayor regularidad de las condiciones en que un colectivo de trabajadores realiza este proceso de atención médica conformado por una heterogénea gama de actividades.

Finalmente es importante señalar que el periodo de estudio se seleccionó porque se trata de una etapa del país donde se ha producido una transformación importante a nivel económico, político y social, con consecuencias negativas para el sector asalariado nacional, entre las que destaca el deterioro salarial y la pérdida progresiva por parte de los trabajadores representados por las organizaciones sindicales, del control de sus procesos de trabajo.

El modelo que subyace al proceso de transformaciones implementadas en el país, muestra importantes contradicciones con los principios de solidaridad y de aproximación a los principios de justicia social en los cuales se sustenta el Seguro

2. HIPOTESIS DE TRABAJO

Dado el carácter cuali-cuantitativo de esta investigación donde el problema planteado corresponde a un proceso social, se proponen a manera de supuestos explicativos las siguientes hipótesis de trabajo que permitirán guiar el conjunto de la investigación:

Hipótesis General

Aproximadamente desde 1982, se ha producido en el sector de atención médica del IMSS; un proceso de deterioro de las condiciones de realización del proceso de trabajo de enfermeras y médicos de dicha institución, mismo que coincide con un periodo crítico en el financiamiento del IMSS.

Hipótesis particulares

1. El proceso de desfinanciamiento del IMSS, aparece como uno de sus cambios más determinantes en el deterioro de las condiciones laborales de médicos y enfermeras.

1a) Ante la contradicción entre la disminución de sus fuentes de ingresos y el incremento de la demanda de atención, el IMSS ha respondido con una estrategia de uso intensivo de los recursos materiales existentes y una sobrecarga de trabajo tanto de los médicos como de las enfermeras.

2. Las vías de deterioro de las condiciones de realización del trabajo de médicos y enfermeras, se relacionan con un proceso de flexibilización de la relación laboral - fenómeno inédito de pérdida paulatina de los derechos adquiridos por los trabajadores como producto de las negociaciones colectivas - que produce un grave desequilibrio en la relación laboral entre el sindicato y el IMSS.

2a) La contracción del sueldo tabular y la recomposición del salario integral, expresan la flexibilización salarial en este período.

2b) La sobrecarga de trabajo, como una de las expresiones de flexibilización, adquiere características particulares en los tres niveles de la atención médica.

2c) El incumplimiento permanente y sistemático del Contrato Colectivo de Trabajo, constituye una expresión materializada de la flexibilización laboral en el IMSS.

3. El impacto del proyecto modernizador sobre la organización sindical, se expresa en: una pérdida de legitimidad frente a sus afiliados; en una capacidad negociadora limitada en lo esencial; en una despreocupación por las necesidades sentidas de los trabajadores y en una profundización de los tradicionales mecanismos de control de sus asociados.

3a) Las escasas reivindicaciones conseguidas por enfermeras y médicos en este período son producto de movilizaciones de los mismos, más que una acción surgida de los dirigentes nacionales.

3. ANTECEDENTES

Este capítulo está destinado a presentar la información necesaria a modo de antecedentes del problema planteado, mismos que dicen relación con las características de la formación social mexicana desde aproximadamente mediados del presente siglo y hasta 1982. Aquí se incorporan aquellos datos que desde nuestra perspectiva resultan relevantes, toda vez que el periodo de análisis del objeto de este estudio corresponde a una etapa de importantes transformaciones (que serán revisadas en el capítulo siguiente); este hecho que se señala genera la necesidad de saber lo que sucedía en el país antes de este proceso iniciado a comienzos de los ochenta, tanto en lo económico como en lo político y cuales son a grandes rasgos los hechos que determinan esta transición. Estos antecedentes así definidos incluyen los aspectos políticos, económicos y sociales más importantes del país; a nivel de la política social centraremos nuestra atención específicamente en la seguridad social y en los antecedentes relacionados con la fuerza de trabajo de este sector.

1940-1980: Un Intento de Aproximación a la Solidaridad y Justicia Social

En la última mitad del presente siglo, pueden diferenciarse en América Latina, con las peculiaridades propias de cada país, dos modelos económicos con sus correspondientes expresiones políticas y sociales. El actual, corresponde a un modelo de corte neoliberal con un tipo de Estado asistencialista en lo social y propiciador del libre mercado en lo económico. El patrón económico previo a éste es al que dedicamos la atención en adelante.

México inicia poco antes de la década de los cuarenta, específicamente bajo el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940), lo que se ha llamado un proceso de transformaciones (fenómeno que también se da en muchos países de América Latina), esto es, un proceso donde se pretende que los países crezcan en términos de sus economías y de mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Esto se hace bajo un patrón de acumulación de capital que tiene como estrategia económica, la industrialización con sustitución de importaciones y como expresión política a un Estado fuertemente proteccionista y con una participación directa en la economía del país (1).

Este periodo que se prolonga por aproximadamente cuarenta años, es posible dividirlo a su vez en dos etapas: una primera, que se considera de auge, donde el país experimenta crecimiento económico y un relativo mejoramiento de las condiciones de vida de la población, características que duran hasta los inicios de la década de los setenta, cuando se inicia una segunda etapa en que este modelo desarrollista (como lo denominó la CEPAL), empieza a dar muestras de una crisis de agotamiento del mismo, que finalmente se hace evidente e insostenible al comenzar los años ochenta(2).

El mejoramiento de las condiciones de vida durante ese periodo se expresa por ejemplo en el incremento de la disponibilidad por persona de los principales productos agrícolas, así como la de proteínas y calorías; de la misma forma se reduce en cifras

globales el analfabetismo entre la población mayor de 15 años, de un 54 por ciento a un 16.6 por ciento en 1980 (3). Es en esta etapa cuando se crean las principales instituciones de Seguro Social (IMSS en 1943 y el ISSSTE en 1959); el Estado se transforma en el principal empleador del sector salud, constituyéndose la fuerza de trabajo femenina la predominante. De forma más exacta, es necesario decir que el principal sector de la economía donde se empieza a registrar la presencia de la mujer es el terciario^{*}, ejemplificado en las trabajadoras domésticas, oficinistas, comerciantes, trabajadoras de la educación y del sector público de salud(4).

En lo político, el modelo se expresa en un tipo de Estado que se ha denominado como "benefactor", porque lo social es ubicado en un lugar preponderante, expresándose entre otras cosas en la implementación de un pacto laboral, mediante el cual la relación capital-trabajo, con la intervención del Estado, mantiene una base sólida para la creación sistemática de empleos como parte del rol que le correspondía a los empresarios; un crecimiento sostenido de los salarios y mecanismos de protección del mismo (creación de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos), conforman un conjunto de los hechos más relevantes de dicho pacto laboral. Los aumentos salariales se determinan en función del aumento de precios y del de productividad. Así, desde 1962, el salario mínimo crece sin interrupción hasta 1976 (5), lo que significa que el resto de los salarios siguen igual comportamiento.

*.- La economía distingue tres sectores dentro de la producción económica; el sector primario, que se refiere a las actividades del sector agropecuario, el sector secundario a las de tipo industrial y el terciario al de los servicios.

El concepto de Estado de Bienestar, referido a la región de América Latina, es considerado inexacto, toda vez que las condiciones económicas y sociales de subdesarrollo que muestran los países que la conforman, no permiten establecer comparaciones con los conceptos de Estado de Bienestar dado en formaciones sociales de capitalismo avanzado.

Sin embargo y tal como lo expresa Laurell,(6) teniendo en cuenta las particulares características de los países Latinoamericanos, e incluso lo propio de cada nación, se puede hablar de "Estados de Bienestar restringidos", donde están presentes elementos como el reconocimiento en su legislación del concepto de derechos sociales, eligiendo el seguro o la seguridad social pública como forma institucional de garantizar atención médica, pensiones y jubilaciones, compensación de la pérdida de ingresos debido a accidentes, enfermedad o maternidad; pero donde problemas como la cobertura universal y la protección económica en caso de desempleo, no han sido resueltos. Sin embargo, a este señalamiento habría que agregar que más allá del debate sobre los matices del carácter benefactor de los estados latinoamericanos, los acontecimientos sociales y políticos posteriores a dicho periodo permiten sostener que lo que en ese tiempo parecía insuficiente como preocupación por lo social en la actualidad es visto con añoranza.

.- Para profundizar en estos conceptos, se sugiere revisar artículos como el de: Esping-Anderson, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*; Princeton University Press. Princeton, 1990. y el de Pierson, C. *Beyond the Welfare State?*. Polity Press. Cambridge 1991.

Sin detenerse a analizar en profundidad sus causas, a mediados de los setenta, el modelo desarrollista o de crecimiento hacia adentro, comienza a dar signos de agotamiento frente al cual los países de la región (México incluido), adoptan la estrategia de solicitar préstamos externos, mas aún cuando ellos les fueron ofrecidos por los países centrales a bajo interés. Aún los países que, como Venezuela y México, tienen los recursos del petróleo, con lo que intentan un viraje en su estrategia económica, especializando su economía en la exportación de hidrocarburos.

En efecto, en los setenta, cuando la crisis en América Latina se agrava, en México se incrementan las exportaciones de petróleo en un 443.5 por ciento entre 1978 y 1981 (7), creciendo así la economía mexicana a una tasa promedio anual de 8.4 por ciento, muy diferente a lo que sucede en el resto del subcontinente, donde la tasa de crecimiento promedio es en ese momento de aproximadamente de un 2.3 por ciento e incluso en los países centrales donde existe un crecimiento negativo de las economías.

En medio de esta abundancia de recursos, se incrementa notablemente el gasto público, adquiriendo cada vez una mayor participación en el producto interno bruto (PIB), mismo que pasó de un 31 por ciento en 1978, a un 46.5 por ciento en 1982, lo que da origen a un déficit financiero. La abundancia petrolera lleva igualmente a la política gubernamental de persistir en el endeudamiento, incrementándose éste, de 33.400 millones de dólares en 1987 a 87.600 en 1982.

Pero esta coyuntura de aparente bonanza dura poco tiempo viéndose estos países en definitiva fuertemente afectados por la crisis del modelo de acumulación, cuando el auge petrolero cae, al derrumbarse los precios internacionales; así para comienzos de la década de los ochenta, la situación económica en México se vuelve extremadamente difícil; todo esto en el contexto de una crisis generalizada "en un mundo capitalista dinamizado o estancado en función del comportamiento de un puñado de empresas y un número menor de gobiernos"(8).

Por su parte, la inflación de un 98 por ciento, sin precedente histórico, la devaluación del peso frente al dólar, (equivalente a un 62 por ciento), la cancelación de los flujos de recursos externos y la pérdida de las reservas financieras, conforman algunos de los indicadores de esa coyuntura. La crisis culmina con la suspensión temporal del pago de la deuda externa por parte de México, con la posterior renegociación de la misma; esta operación incluye la imposición de un severo programa de ajuste dictado por el Fondo Monetario Internacional(9).

Así, el año 1982, se considera el punto de inflexión en el desarrollo histórico del capitalismo mexicano (10 y 11)), cerrándose un modelo de reproducción capitalista orientado hacia la producción interna e iniciándose un proceso económico de apertura comercial, de fomento a las exportaciones y de desregulación económica, para favorecer el ingreso de capitales foráneos; modelo que tiene notorios precedentes en el continente americano (Chile y Estados Unidos) y en Europa (Inglaterra).

El Seguro Social en América Latina

La seguridad social encuentra sus raíces en las iniciativas que sobre la materia nacen en la Alemania de Bismarck (1893) y más cercanamente en el informe Beveridge, de los años cuarenta, sobre el concepto global de la seguridad social(12). Se considera asimismo como la política fundamental del llamado Estado de Bienestar, la que no sólo significa una mayor disponibilidad de recursos para "lo social", sino que también se trata de una reforma del Estado donde se producen cambios en la distribución del poder en la sociedad. Los países de América Latina son dueños de una extensa y rica trayectoria en lo que a seguros sociales se refiere; baste recordar a modo de ejemplo, que Argentina, Chile y Uruguay, introducen la seguridad social entre los años veinte y treinta, incluso antes que lo hiciera Estados Unidos(13).

El seguro social ha sido definido como el instrumento jurídico del derecho obrero, por el cual una institución pública queda obligada mediante una cuota que pagan los patrones, los trabajadores y el Estado, o sólo algunos de estos, a entregar al asegurado o beneficiarios, que deben ser elementos económicamente débiles, una pensión o subsidio, cuando se realice alguno de los riesgos profesionales o siniestros de carácter social(14).

En México, en 1942, se consigue conformar un proyecto de Ley que envía el Ejecutivo Federal, para su discusión y aprobación por parte del Poder Legislativo, hecho que se concreta en enero de 1943, cuando finalmente se crea el Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS), como un servicio público nacional de carácter obligatorio y descentralizado. El mismo cubre dentro de su sistema, los siguientes riesgos: accidentes y enfermedades profesionales/ enfermedades no profesionales y de maternidad/ y el de invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada. La ley de 1943, es un hecho relevante en la historia del derecho mexicano, pues con ella se inicia una nueva etapa en la política social del país, dando origen a nuevas formas e instituciones de solidaridad colectiva.

Hechos relevantes en el desarrollo del IMSS (1943-1980)

El IMSS, se ha destacado en su trayectoria como una institución activa en el contexto de la seguridad social de América Latina, impulsando con diferentes iniciativas el mejoramiento y ampliación de los servicios. Así, en diciembre de 1947, se llevan a cabo las primeras modificaciones a la Ley del Seguro Social, en virtud de la necesidad de optimización del servicio, extendiéndose la cobertura a los familiares de los trabajadores y ampliándose las prestaciones a enfermedades no profesionales y maternidad. De la misma forma, en 1956, se crean las condiciones para extender el régimen de seguridad social a los ejidatarios, pequeños agricultores, aparceros, y medieros del sector rural; también se amplía este beneficio a los artesanos, pequeños comerciantes y profesionales libres en el medio urbano(15).

En su desarrollo, crea en 1958, el departamento de prestaciones sociales, ampliando así el marco tradicional de los seguros clásicos, su creación es expresión del valor

concedido en México a la ley del seguro social; en este contexto nacieron los Centros de Seguridad Social para el Bienestar familiar, los que impartían conocimientos de promoción de la salud, manualidades y servicios, destinados todos a elevar los niveles de vida(16).

En la década de los setenta, aparecen nuevas iniciativas para extender la atención de salud a través de los programas de solidaridad social, con el fin de incorporar a grupos de población campesina al IMSS, bajo un esquema de medicina simplificada, lo que se hace efectivo en mayo de 1979, con la firma del convenio IMSS-COPLAMAR^{*}, para establecer y operar 2 mil unidades médicas rurales en regiones desatendidas; esto, a través de un programa denominado Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria(17). El objetivo del programa era el de consolidar un sistema de cooperación comunitaria, hasta alcanzar la meta de 10 millones de habitantes como sujetos de solidaridad social.

Los trabajadores/as del IMSS en la historia de la fuerza de trabajo del sector de atención médica.

La organización de los trabajadores del IMSS, nace prácticamente a la par que la propia institución, al amparo del artículo 138 de la propia Ley del Seguro Social, el 6 de Abril de 1943. La necesidad de agruparse surge como "un instrumento para la

^{*} COPLAMAR, corresponde a las siglas de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

defensa colectiva de sus intereses de clase y para una cooperación más efectiva y mejor planeada"(18). Las características generales de las primeras dirigencias sindicales de la institución fueron las de cooperación e identificación con los objetivos de la institución. El sindicato poco a poco va adquiriendo relevancia tanto por el incremento de sus asociados, como por su participación en acciones sociales (campañas de alfabetización, etc); pero sin duda la mayor significación que alcanza es de tipo político, dada su estrecha relación con el partido de gobierno, que inicia a pocos años de su nacimiento.

Así es como en junio de 1952, por primera vez, el Secretario General del sindicato, es elegido Diputado Federal por el partido gobernante (Partido Revolucionario Institucional), hecho que se ha mantenido a lo largo de la trayectoria de la organización sindical del Seguro Social. Esta decisión de la cúpula sindical de la época, de actuar por primera vez como grupo político organizado, permitió a juicio de los propios dirigentes que "... el sindicato lograra mayor fuerza y consistencia política teniendo un sitio de relevancia dentro del régimen"(19).

De esta forma, el sindicato se transforma de manera definitiva en una organización oficialista, que crece al amparo de la relación corporativa que establece con el gobierno, característica que se reconoce en casi toda la organización sindical mexicana.

Otra singularidad que registra esta organización, se refiere a la destacada participación de trabajadores médicos en las distintas dirigencias nacionales de este sindicato; en términos cuantitativos, desde su nacimiento hasta la gestión actual (1994), con excepción de uno, todos los secretarios generales han sido médicos. De la misma forma el Comité Ejecutivo Nacional ha estado conformado mayoritariamente por estos profesionales; en contraste con ello, la participación de las mujeres se puede calificar de francamente minoritaria, más aún si se considera que la fuerza de trabajo de la institución es predominantemente femenina.

A modo de síntesis se puede sostener que a los antecedentes del problema de este estudio, presentados hasta aquí permiten mostrar una etapa en la historia de México, que más allá de las críticas que puedan plantearse sobre ella, es necesario reconocer que se trata de un largo periodo durante el cual se da una aproximación a mejores condiciones de vida de grandes sectores de la población, en una sociedad clasista y con importantes desigualdades entre los diferentes grupos que la conforman. Esta afirmación se ve reforzada cuando se observa el carácter negativo que han tenido los cambios a nivel nacional iniciados en 1982, principalmente sobre los sectores asalariados y los más depauperados. A esto se refiere el siguiente capítulo.

BIBLIOGRAFIA

3. ANTECEDENTES

1 Sotelo, A. **La crisis estructural en México.** *Revista El Cotidiano UAM- Azcapotzalco.* 1993; marzo-abril (53):110-118.

2 Novelo, Federico. **La Sociedad Mexicana en los Ochenta;** cambio estructural hacia el retroceso. México: UAM- Xochimilco; 1989.

3 *Ibidem*, p 18.

4 Martínez, Griselda. **La mujer en el proceso de modernización en México.** *Revista El Cotidiano UAM- Azcapotzalco.* 1993; marzo-abril(5):17-24.

5 Garavito, Rosa. **Impacto laboral para la productividad.** *Revista El Cotidiano UAM- Azcapotzalco.* 1990; noviembre-diciembre (38):3-9.

6 Laurell, Cristina. **Avanzar al pasado; La política social del neoliberalismo.** En: Cristina Laurell (Coord) **Estado y políticas sociales en el neoliberalismo.** México, Fundación F.Ebert; 1992:125-146.

7 Novelo, *op cit*, p 22.

8 Novelo, *op cit*, p 24.

9 *Ibidem*, p 24.

10 Sotelo, *op cit*, p 110.

11 Novelo, *op cit*, p 24.

12 Mesa-Lago, Carmelo. **La crisis de la Seguridad Social y la atención a la salud.** México: Fondo de cultura económica; 1986.

13 Malloy, J. 1986:32. Capítulo 1: **Statecraft, política y crisis de la Seguridad Social.** En: Mesa-Lago, Carmelo. **La crisis de la Seguridad Social y la atención a la salud.** México: Fondo de cultura económica; 1986:29-68.

14 Arce, Gustavo. **Los Seguros Sociales en México.** Ediciones Botas. México. 1944.

15 Ley del Seguro Social. México, Ed. Alco. 1992:10

16 García, Margarita. **La Seguridad Social y la Población Marginada en México.** UNAM.1989.

17 México, Coplamar. **Necesidades Esenciales en México. Volúmen 4 "Salud".** Capítulo 4: **La Respuesta Social al Proceso de Salud-Enfermedad.** Ed.Siglo XXI 4ª ed. 1982:113-194.

18 **Crónica de 27 años de Lucha Sindical al Servicio de los Trabajadores del Seguro Social.** Secretaria de Prensa del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. México,1970:17

19 SNTSS, *op cit*, p. 110.

4. CONTEXTO INMEDIATO DEL PROBLEMA Y LAS TRANSFORMACIONES DE MEXICO A PARTIR DE 1982.

El contenido de este capítulo se refiere a las características del nuevo modelo de acumulación de capital de capital dado en México aproximadamente a partir de los primeros años de la década de los ochenta y de las repercusiones más relevantes que dicha transformación ha tenido en las condiciones de vida, entre otros grupos, de la población asalariada. De manera específica, se da cuenta de la expresión que este proceso ha tenido en el ámbito de las políticas sanitarias. El presente estudio ubica su objeto, en el periodo que se inicia en 1982, hasta 1992; como ya se señalaba a comienzos de los ochenta se da comienzo en México a un proceso de transformaciones nacionales de carácter económico, político y sociales, las que se denominan en esa oportunidad como "políticas de ajuste" y se presentan como la estrategia para responder a la crisis del modelo económico vigente hasta ese momento, mismo que como ya se dio cuenta experimentaba una crisis de agotamiento.

Sin embargo y luego de una década de puesta en marcha del proyecto, son muchos los que coinciden en que más que tratarse de un conjunto de medidas económicas para superar una situación crítica, se está frente a un proyecto de reorganización general de la sociedad y por lo tanto, las políticas sociales implementadas no tienen un carácter transitorio sino por el contrario están articuladas, es decir obedecen a un proyecto de carácter global internacional, que tiene un nuevo carácter y que se llama neoliberal(1). Al igual que en la época desarrollista, ahora se habla de un proyecto

modernizador; en este último caso, dicha expresión aparece como una propuesta de avance y superación de tipo económica, que permita superar la condición de país subdesarrollado.

La propuesta neoliberal

Así entendida la modernización, en los siguientes apartados se hace una síntesis del significado y alcances de este proceso, dando énfasis a las contradicciones que el mismo tiene con el esquema de la seguridad social, como principal política nacida y desarrollada bajo un patrón económico diferente. Desde lo ideológico, el neoliberalismo constituye una visión que otorga supuestas bondades del mercado, afirmando que éste asegura una utilización plena y eficiente de los recursos económicos. De la misma forma, este modelo aseguraría un crecimiento más rápido de la producción, así como estabilidad económica y una justa distribución del ingreso; esto, claro, cuando el mercado está libre de interferencias que obstaculizan el libre juego que ahí supuestamente se da; por lo tanto el Estado debe abandonar su papel de interventor activo en lo económico y responsable de lo social.

Desde lo político y económico, el neoliberalismo se propone como "la alternativa" a la crisis económica de los países, de acuerdo al diagnóstico que de ésta se hace; esta opción se resume en: eliminar la intervención del Estado en la economía, disminuir sus funciones relacionadas con el bienestar social y en tercer lugar, desregular y flexibilizar la relación laboral, reduciendo las conquistas alcanzadas en otra época como producto de la negociación colectiva. Esta última medida es

indispensable para la consolidación del proyecto, toda vez que el neoliberalismo plantea la necesidad de reconstruir el mercado, la competencia y el individualismo para lo que requiere consecuentemente, romper con el igualitarismo que significa la negociación colectiva de los intereses de la fuerza de trabajo (2).

Valenzuela (3), sostiene que en América latina lo que se ha dado, desde una perspectiva económica, es la aplicación de un patrón de acumulación secundario-exportador, pero deformado, ya que no cumple los requisitos de éste, al no darse dos de sus aspectos fundamentales: uno de ellos se relaciona con la profundización del proceso de industrialización hacia una fase de carácter más pesada y compleja y el otro, se refiere a la imprescindible y activa participación estatal (regulando el capital externo, estimulando la inversión privada y favoreciendo el capital industrial sobre el de préstamo, entre otras acciones) en el sentido de guiar y dinamizar el crecimiento económico. Por el contrario, el Estado ha asumido en este periodo, un papel de privilegio para los sectores dominantes del capital financiero nacional e internacional, así como para las ramas exportadoras que gozan de ventajas comparativas; todo esto, en perjuicio de los sectores del capital industrial nacional.

Finalmente en relación con la distribución de la plusvalía entre intereses y beneficio empresarial, este modelo se caracteriza por un claro predominio del capital

Para fines de una mejor comprensión, entenderemos como "intereses al capital", al dinero de préstamos y por beneficio empresarial a la ganancia proveniente de la actividad productiva. Esto, de acuerdo a Marx, tiene que ver con la diferenciación de los tipos del capital entre capitalistas de dinero, cuyo papel se limita a prestar el capital a capitalistas industriales, que es quien emplea el capital productivamente (Valenzuela,1992:24).

financiero sobre el productivo; dicho de otra manera, este modelo, subordina el capital al de la ganancia sin inversión productiva; los resultados de esto son el estancamiento de los procesos productivos, en beneficio de la ganancia fácil. De ahí que sea adecuado la denominación de "variante parasitaria" que se le ha dado al modelo en América Latina(4). En el ámbito del bienestar social, este proyecto aparece claramente contradictorio con los principios de la solidaridad colectiva que sustentan los seguros sociales, cuando sostiene que lo social pertenece al ámbito de lo privado, siendo en consecuencia sus fuentes naturales, la familia, la comunidad y los servicios privados. De esta premisa se desprende su propuesta social de neobeneficencia(5), destinada a garantizar un mínimo para los sectores más depauperados que comprueben su situación de indigencia.

Uno de los ejemplos mas claros en relación a lo sostenido en el párrafo anterior es el programa nacional de solidaridad (Pronasol), creado en el sexenio 1988-1994. En efecto, se trata de un programa de carácter asistencialista basado en la participación de la comunidad (organizados en los comités de solidaridad) a la que el Estado le proporciona recursos para la realización de obras públicas de poca envergadura. Está dirigido a sectores mayoritariamente campesinos, los que coincidentemente se ubican entre los llamados de extrema pobreza. El Pronasol funciona con la lógica dual de este modelo neoliberal, donde se otorga ayuda a modo de beneficencia, a aquellos sectores que no están en condiciones para acceder al mercado; de acuerdo a esto, la asistencia es de tipo coyuntural y requiere de acreditación de la calidad de "pobre",

para tener posibilidad de recibirla (6). De esta forma, se trata de una política social que no tiene como propósito atacar las causas estructurales que originan realmente la precariedad en las condiciones de vida de importantes sectores de la población, sino únicamente persigue resolver lo mínimo necesario en cuanto a necesidades sociales, para evitar o contener los posibles brotes de descontento por parte de los sectores señalados; de paso, es utilizado ideológicamente como el instrumento tal vez más importante de legitimación social del gobierno.

Las políticas del ahorro

Las consecuencias de este proyecto de transformación nacional es necesario mirarlas en relación al crecimiento económico del país y a las políticas del gasto público, específicamente a las del gasto social, al comportamiento salarial y a la distribución de la riqueza nacional. En términos generales, se puede observar en el periodo 1982-1988, un comportamiento negativo en las cifras y un mejoramiento relativo en algunas de ellas entre 1989 y 1992. En efecto, en el sexenio 82-88, el crecimiento del país, expresado en el producto interno bruto (PIB) fue muy bajo, e incluso en algunos años las cifras se hicieron negativas; la inflación tuvo un promedio sexenal de 91.4 por ciento; el pago de intereses y comisiones derivados de la deuda pública entre 1980 y 1987, correspondió a un 17.7 del PIB y el déficit de las finanzas públicas era equivalente a un 12.5 por ciento. por su parte el gasto social cayó en términos reales en un 47 por ciento, en seis años (7). A partir de 1989, hay un cambio en las condiciones económicas de la nación; así es como el crecimiento promedio anual

entre 1989 y 1992 fue de un 3.4 por ciento; la inflación disminuyó en un 20 por ciento, el porcentaje del PIB destinado al pago de la deuda bajó a un 4 por ciento en 1993 y las finanzas públicas se mantuvieron con un excedente equivalente a un 3.4 por ciento del PIB(8).

La composición del gasto público en este periodo 89-92, ha experimentado una mejoría en sus cifras, llegando el gasto social a representar un 8.5 por ciento del PIB.

Si se extiende un poco más la tendencia de los datos, se observa que en 1994, último año del sexenio, se observa un cambio estructural en la composición del gasto público. En efecto, en el año señalado el gasto social representa un 10.2 por ciento del PIB, mientras que el gasto no social por primera vez en estos últimos seis años fue equivalente a un 9.0 por ciento del PIB. En el mismo sentido, en 1993, el gasto social corresponde a un 51.7 por ciento del total del gasto programable, contra un 48.3 por ciento que se destinó a gasto no social.

Estas cifras señaladas, que evidentemente muestran incrementos de recursos destinados a lo social, es necesario matizarlas, dándoles una ubicación más exacta en el contexto de todo el periodo que aquí se explica*. En primer término, las mejores condiciones económicas, significaron una posibilidad real de incrementar los recursos para el sector social, aún cuando ellos no son aún suficientes para equiparar el rezago producto de una situación deteriorada por mucho tiempo.

* Las cifras que se señalan en los dos últimos párrafos corresponde a información del Sistema de Cuentas nacionales de México y Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

En efecto, el gasto social, recién en 1993, logra superar el nivel que tenía en 1982 (9.12 por ciento del PIB), llegando a la cifra de un 9.4 por ciento; pero, no debe olvidarse que el decremento de estos recursos, experimentó una caída que se mantuvo por diez años consecutivos en cifras aproximadas a un 45 por ciento, sólo con respecto al año 82 (9).

CUADRO 4.1
VARIACIÓN PIB/GASTO SOCIAL/GASTO EN SALUD TOTAL Y PERCAPITA/GASTO EN SALUD DE SEGURIDAD SOCIAL TOTAL Y PERCAPITA

| | 1982 | | 1992 | | variación promedio en 10 años |
|------------------------------|---------|------------|---------|------------|-------------------------------|
| | nominal | porcentual | nominal | porcentual | |
| PIB | 9797.8 | 100 | 13083.5 | 135.0 | 11681.7 19.2% |
| G. SOCIAL | 894.1 | 100 | 1114.4 | 124.6 | 799.8 10.5% |
| G. SALUD | 186.1 | 100 | 274.5 | 147.5 | 201.9 8.5% |
| G. SALUD PERCAPITA | 255.0 | 100 | 309.1 | 127.8 | 245.6 (3.7%) |
| G. SALUD S. SOCIAL | 141.9 | 100 | 190.8 | 134.6 | 144.0 1.5% |
| G. SALUD S. SOCIAL PERCAPITA | 438.1 | 100 | 414.0 | 94.7 | 349.3 (20.3%) |

▣ cálculo en base a cifras deflactadas

▣ las cifras corresponden a millones de nuevos pesos

Fuente: Elaboración propia con datos del V Informe de Gobierno, 1993. pp: 239, 281, 578 y 582.

En el cuadro 4.1, se puede observar un incremento de las cifras porcentuales de 1992 con respecto a las que existían en 1982 para el PIB, el gasto social, el gasto total en salud y el gasto en salud para la seguridad social. Las mismas cifras sin embargo

también permiten observar que la variación promedio en diez años, de los mismos rubros muestran incrementos mucho más pequeños y en el caso del gasto total en salud per cápita y del gasto en salud por persona para la seguridad social, las cifras son negativas, es decir, en 1992 se disponía de menos recursos en relación a la población existente, que los que se asignaban en 1982 para el sector salud(10).

En cuanto a **la política salarial**, las características de este periodo 82-92, ha sido el deterioro del salario real, en magnitud sin precedente, la característica de estos últimos diez años. Esta política está estrechamente relacionada con las estrategias de concertación expresadas en los llamados Pactos de Solidaridad Económica, mismos que desde 1987 y con distintos nombres, se han venido celebrando entre el gobierno, las cúpulas sindicales y los sectores empresariales. Por medio de estos pactos, los salarios mínimos y contractuales quedaron subordinados a los incrementos porcentuales fijados en la realidad unilateralmente por el gobierno y signados formalmente por los sectores ya mencionados. Los alcances de lo anterior, son por una parte, la sujeción de los salarios contractuales a los salarios mínimos y por otra, la desaparición de la frontera entre los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, tendiendo a eliminar con esto, la negociación salarial(11). Las cifras del cuadro 4.2, muestran con claridad lo señalado:

CUADRO 4.2
VARIACIÓN DEL SALARIO MÍNIMO REAL
1982-1992

| AÑO | PESOS MENSUAL | | VARIACIÓN |
|------|----------------|------------|------------|
| | n\$ corrientes | n\$ reales | porcentaje |
| 1982 | 95.4 | 95.4 | 100 |
| 1983 | 137.7 | 80.3 | 84.17 |
| 1984 | 215.7 | 85.7 | 89.83 |
| 1985 | 332.4 | 83.8 | 87.84 |
| 1986 | 673.2 | 91.1 | 95.49 |
| 1987 | 1760.1 | 106.9 | 112.05 |
| 1988 | 2175.9 | 59.3 | 62.15 |
| 1989 | 2741.7 | 62.3 | 65.30 |
| 1990 | 3236.1 | 58.0 | 60.79 |
| 1991 | 3625.2 | 47.7 | 50.00 |
| 1992 | 3625.2 | 41.3 | 43.29 |

Fuente: Datos V Informe de Gobierno, 1993, pp 502.

Como vemos, el salario mínimo hasta 1992 había perdido casi un 60 por ciento de su valor en términos reales, con respecto a 1982; unido a esto se ha producido un lento crecimiento de la productividad del trabajo. Con relación a la participación de los salarios en el ingreso nacional, los datos registrados en el V Informe de Gobierno, señalan que mientras en 1981, estos representaban un 35.21 por ciento del PIB, diez años más tarde, la cifra cayó en casi diez puntos, lo que equivale tan sólo a un 25.77 por ciento del PIB.

Algunos de los resultados del proyecto modernizador en México

Bajo este modelo, la política salarial en México, ha tenido como propósito fundamental el abaratar el precio de la fuerza de trabajo y emplear diversas fórmulas de contratación en los que el precio de la fuerza de trabajo ya no está en función de su reproducción, sino que subordinado a las exigencias del capital y del mercado. Por ello, el impacto no ha sido únicamente sobre los salarios; las cifras en cuanto al **desempleo abierto y subempleo**, también expresan este deterioro; así vemos que mientras en 1982, las cifras de desempleo abierto y subempleo se calculaban en un 9.1 por ciento de la población económicamente activa (PEA), la misma se elevaba a un 30.7 por ciento en 1992 (12).

En el mismo sentido, la revisión de series históricas al respecto, vemos por ejemplo que en los años setenta, en promedio, un 80 por ciento de la PEA, se ubicaba en el sector formal de empleo; a partir de 1983, dicha cifra inicia un descenso sostenido, llegando en 1992 a representar tan sólo un 68.1 por ciento de la PEA. En el sector informal mientras tanto, la situación era inversa; así, en los setenta, el promedio de personal con empleo en el sector informal era de 7.2 por ciento de la PEA; a partir del año 1983, la cifra se incrementa a 10.8 por ciento, continuando en alza sostenida, para llegar en 1992 a ser equivalente a un 23.1 por ciento en relación a la PEA. En relación al **desempleo**, la misma fuente citada en el párrafo anterior, refiere que la tasa de desempleo abierto en la década de los setenta, oscilaba entre 9 y 11 por

.- Cifras del proyecto macroeconómico del CIEMEX-WHARTON, preparadas para el centro de investigaciones de México. Varios años.

... tanto, cifras que se mantienen a lo largo de los ochenta y hasta 1992. Por su parte, la tasa de desempleo encubierto muestra un incremento importante de un 12.3 por ciento en 1981 a un 21.6 por ciento en 1985. Las cifras presentadas en el último Informe de Gobierno del sexenio 88-94, señalan la creación de un millón de puestos de trabajo en ese periodo; por su parte, habría que recordar que la demanda de trabajo se calcula, de acuerdo al crecimiento demográfico, en el mismo millón de ocupaciones pero.. **anualmente**; esto implica que el déficit de empleos tan sólo en el último sexenio, asciende aproximadamente a seis millones de ocupaciones**(13)**.

¿Mejores condiciones de vida?

La siguiente información se ha seleccionado para mostrar que los resultados del nuevo modelo en términos del mejoramiento de las condiciones de vida resultan cuestionable en sus logros. En primer lugar, con relación a la *distribución de la riqueza* que produce el país, los datos son elocuentes. En efecto, mientras en 1980, al capital le correspondía un 50.5 por ciento del ingreso nacional, la cifra para el trabajo equivalía a un 48 por ciento; en 1989, el capital había incrementado su participación llegando a un 65 por ciento del ingreso nacional, mientras el trabajo había deteriorado notoriamente su acceso a la riqueza, correspondiéndole en ese año tan sólo un 27.7 por ciento de todo el ingreso del país**(14)**. El balance al respecto, al mes de noviembre de 1994, se puede resumir en que: 24 personas poseen aproximadamente el 14 por ciento del PIB y el capital en general, participa del 64 por ciento de los ingresos nacionales; en contraste, aproximadamente 45 millones de

personas, sobreviven en condiciones de pobreza o miseria(15). Para dejar aún más claro la magnitud del *deterioro salarial*, resulta importante revisar algunas cifras en relación a los alcances que el mismo ha tenido en las condiciones de vida de la población y sus variaciones en relación con la *jornada laboral*; en efecto, como consecuencia de la política salarial extremadamente regresiva, los asalariados trabajan más tiempo en relación al valor de los productos básicos.

CUADRO 4.3
VALOR DE ALGUNOS PRODUCTOS BÁSICOS
(en horas de trabajo)

| TIEMPO DE SALARIO MÍNIMO enero de 1988 | PRODUCTOS BÁSICOS | TIEMPO DE SALARIO MÍNIMO enero de 1994 |
|--|----------------------|--|
| 6h.41m | 1kg. carne de res | 10h.17m |
| 16m | 1kg. de tortilla | 23m |
| 1h.44m | 1kg. de huevos | 2h.18m |
| 6m | transp. público* | 12m |

* se refiere al Metro y al transporte Ruta-100

Fuente: elaboración propia con datos
estimados por el Instituto de Investigaciones Económicas
de la UNAM y publicados en La Jornada del 8/2/94.

Como muestran las cifras (**cuadro 4.3**), en 1994 la fuerza de trabajo necesita laborar un mayor número de horas para obtener la misma cantidad de productos básicos que obtenía en 1988; es decir, en la realidad concreta y debido a la política de contracción salarial, en la actualidad, los trabajadores deben gastar más tiempo de salario mínimo de trabajo para obtener los mismos productos a los que accedían al comienzo del sexenio 88-94.

A manera de ejemplo, en la actualidad, el tiempo de salario mínimo para obtener 1 kg de carne de res se ha incrementado en 58.6 por ciento; para obtener un kg de tortilla, el incremento equivale a un 43.7 por ciento y el tiempo para comprar un kg de frijoles, en un 51.3 por ciento.

Con relación a la *canasta básica*, uno de los efectos más impactantes de la política salarial se puede evidenciar en relación al deterioro en la capacidad del salario mínimo para adquirir algunos productos básicos de alimentación; dicho de otra manera, en la actualidad, los trabajadores no sólo necesitan de más tiempo de salario mínimo para comprar algunos productos básicos sino que además dicho salario les cubre un menor porcentaje de los mismos (cuadro 4.4).

| CUADRO Nº 4.4 CANASTA BÁSICA Y SALARIO MÍNIMO | | |
|---|----------------------|---------------------------------------|
| SALARIO MÍNIMO 1988 | PRODUCTOS BÁSICOS | SALARIO MÍNIMO 1994 |
| n\$ 77/día | 1kg. carne de res | N\$ 15.27/día |
| n\$ 233.1/mes | 1lt. leche | n\$ 458.1/mes |
| | 1kg. tortilla | |
| COSTO CANASTA BÁSICA n\$ 13.85/día | 5 pzas. pan | COSTO CANASTA BÁSICA n\$ 40/día |
| n\$ 415/mes | 250gr azúcar | n\$ 1200/mes |
| | 500gr frijol | |
| | 10lt gasolina | |
| | 4 viajes | |
| Cobertura del salario mínimo para estos productos (porcentaje) | | |
| 56.5% | | 38.2% |

* las cifras están en nuevos pesos comientes

Fuente: elaboración propia con datos del Instituto de Investigaciones Económicas publicados en La Jornada del 8 de febrero de 1994.

En 1988 el salario mínimo alcanzaba para cubrir poco más del 50 por ciento del valor de la canasta básica señalada en este cuadro; en 1994, el salario mínimo, alcanza tan solo para cubrir un 38 por ciento de la misma canasta. De acuerdo a esto, podríamos suponer con bastante certeza que en la actualidad sectores importantes de la población han deteriorado la cantidad y calidad de los alimentos que consumen. Recordemos que lo señalado se refiere únicamente a productos básicos comestibles, no se considera la renta, la educación, los servicios médicos, los servicios de luz, agua y gas, el transporte y menos aún el esparcimiento.

Los datos señalados en los cuadros precedentes, constituyen una muestra seleccionada del impacto que el modelo económico neoliberal, ha tenido sobre las condiciones de vida de los trabajadores. Diversos organismos internacionales regionales, como la CEPAL y la OEA, han reconocido la gran afectación social producida en el continente, en la década (y no superada aún en lo que va de la presente década), a la que han denominado la "década perdida", en referencia al precario e incluso negativo crecimiento de sus economías y al deterioro de las condiciones de vida de amplios sectores de la población.

Repercusiones del modelo en el ámbito sindical

Bajo el modelo neoliberal, se rompe el pacto laboral dado en el período desarrollista, arremetiéndose contra los salarios de los trabajadores como uno de los hechos de mayor relevancia de la política salarial a la que ya se ha hecho referencia; el proyecto

Se dinamizar la economía por medio del crecimiento de las exportaciones, transformando en una variable residual el ingreso de los trabajadores, otrora, mejor valorado; así mismo pierden efectividad en su acción los mecanismos de protección al salario como ocurre por ejemplo con la comisión nacional de salarios mínimos (CNSM), apareciendo otras instancias que en los hechos permiten al Estado y a las cúpulas empresariales determinar los niveles salariales al margen de los intereses del sector asalariado.

Frente a este proceso modernizador de carácter nacional, el sindicalismo corporativo, carece de la autonomía necesaria para formular demandas diferentes al proyecto político del cual forma parte; de esta manera su estrategia de refuncionalización frente al proceso transformador es la de aceptar los términos de los pactos y controlar las demandas de los trabajadores, para asegurar a cambio de ello, la permanencia en la estructura del poder político así como la administración de los cuantiosos recursos económicos que manejan.

La formulación de pactos implementados a partir de 1987 (a la que ya se ha hecho referencia), en aras de garantizar el crecimiento y la estabilidad económica, para futuros tiempos de bonanza de las condiciones de vida, tienen un carácter muy diferente a los acuerdos mantenidos en décadas anteriores; en la actualidad, se da una subordinación de los sectores asalariados a la dominación del capital. De la misma forma, estos acuerdos tripartitos (Estado-capital-cúpulas sindicales y obreras),

han sido ubicados por encima de los contratos colectivos de trabajo, con lo que estos últimos han visto disminuidas de manera muy importante su capacidad negociadora.

Por todas estas razones, aún cuando el sindicalismo corporativo, mantiene el control de grandes sectores de trabajadores, se encuentra en una situación difícil para seguir conteniendo a una masa de asalariados que, unidos a otros sectores de la sociedad civil reclaman, cada vez con más fuerza, una transformación profunda del modelo político-económico vigente, que pasa por la democratización de la organización sindical. Estos son los rasgos considerados centrales en lo que se puede considerar la crisis del movimiento sindical nacional; su refuncionalización no parece haber sido suficiente para mejorar las conquistas laborales obtenidas a lo largo de su desarrollo histórico; lo máximo que se ha logrado en este período, es intentar perder las menos conquistas posibles, ganadas en épocas pasadas. Esto, obliga a la organización sindical a un replanteamiento profundo y crítico de la relación sindical con los diferentes sectores sociales, a riesgo de que si no lo hace, aquellos sectores dominantes modelen una alternativa que no sea precisamente beneficiosa para los trabajadores.

EL Proyecto Modernizador en el Sector Salud

El proyecto de modernización nacional en su vertiente sanitaria, resulta especialmente importante, toda vez que este puede considerarse como uno de los sectores más sensibles y especialmente importantes en cuanto a las estrategias a adoptar para

lograr a través de él, una legitimación social del Estado y por otra implementar las medidas necesarias para la modernización de dicho sector. Sin embargo, bajo este nuevo proyecto nacional, la redefinición de la política sanitaria enfrenta una contradicción entre el incremento de los costos para la atención médica y el decremento de los recursos del sector; su opción es entonces optar por una propuesta eficientista(16).

Reducción del gasto en salud.

Este es sin duda el hecho de mayor trascendencia y afectación sobre el sector público de salud. El adelgazamiento del Estado como una de las medidas centrales de ajuste económico, que se tomaron en 1982, tuvo en el decremento del gasto social global su herramienta de acción mas elocuente. Para ejemplificar lo antes dicho destacamos cómo en el período 1980/1988, la participación del gasto en salud y seguridad social, disminuyó de 2.5 por ciento a 1.3 por ciento como proporción del PIB.

CUADRO 4.5
RELACION GASTO EN SALUD Y SALUD PARA LA SEGURIDAD SOCIAL TOTAL Y PERCAPITA
1982-1992

| AÑO | SALUD | | | SALUD PARA LA S.SOCIAL | | |
|------|---------|---|---------------------------|------------------------|---|---------------------------|
| | G.TOTAL | POBLACION TOTAL miles de personas | GASTO PERCAP nuevos \$ | GASTO TOTAL | POBLACION DERECHOHA miles de personas | GASTO PERCAP nuevos \$ |
| 1982 | 186.1 | 72.967 | 255.0 | 141.9 | 32.400 | 438.0 |
| 1983 | 168.1 | 74.634 | 225.0 | 130.1 | 32.588 | 400.0 |
| 1984 | 188.3 | 76.300 | 247.0 | 140.0 | 35.468 | 395.0 |
| 1985 | 186.2 | 78.000 | 239.0 | 134.7 | 37.976 | 355.0 |
| 1986 | 163.1 | 79.500 | 206.0 | 112.3 | 38.019 | 296.0 |
| 1987 | 174.6 | 81.200 | 215.0 | 124.1 | 41.693 | 298.0 |
| 1988 | 186.0 | 82.700 | 225.0 | 132.3 | 42.481 | 311.4 |
| 1989 | 203.5 | 84.300 | 241.0 | 140.0 | 45.058 | 311.0 |
| 1990 | 221.1 | 85.800 | 258.0 | 157.3 | 46.877 | 336.0 |
| 1991 | 253.9 | 87.300 | 291.0 | 178.8 | 47.460 | 377.0 |
| 1992 | 274.5 | 88.800 | 309.1 | 190.8 | 46.108 | 414.0 |

Calculo en base a cifras deflactadas y en millones de nuevos pesos

Datos de poblacion total tomados de Conapo-Inegi en miles de personas

Poblacion derechohabiente IMSS e ISSSTE en miles de personas

Volumen de Gobierno, 1993. Anexo pp: 576-580

En el cuadro 4.5, vemos que el gasto total en salud tiene decrementos durante algunos años del periodo (83,86,87 y 88); sin embargo cuando se revisan las variaciones con relación al incremento de la población vemos que entre 1983 y 1989 se produce un sostenido deterioro de los recursos sociales destinados al sector salud. Recién en el año 90 se inicia una recuperación de dichas cifras. En cuanto al gasto en salud para la seguridad social, en el mismo cuadro podemos ver que tanto el gasto global como per cápita sufren un decremento sostenido a partir de 1983, mismo que

experimenta una recuperación a partir de 1990 para el gasto total, sin embargo hasta el año 1992, aún el gasto per cápita se mantiene por debajo de lo que se destinaba para cada derechohabiente en 1982.

Los cambios legales y jurídicos en el sector salud.

De forma paralela a las variaciones del gasto público y en salud, el Estado mexicano lanza al inicio de los ochenta, una propuesta para reorganizar el sector salud, bajo los principios de la modernidad y de la eficiencia. Esta reforma se expresa en cinco estrategias: modernización administrativa, sectorización, coordinación intersectorial, descentralización y participación comunitaria. Todas ellas tienen el propósito de conformar un Sistema Nacional de Salud con el fin de coordinar y hacer más eficiente los servicios, utilizar racionalmente los recursos, incluyendo los llamados recursos humanos y con ello lograr una cobertura nacional de los servicios de atención médica. Para llevar a cabo este proyecto, se necesita en primer término un ordenamiento jurídico y legal que lo sustente, de tal manera que en el año 1983, se incorpora al artículo 4º Constitucional el derecho a la protección a la salud como una "garantía social"; lo cual significa que a diferencia de las garantías individuales, aquí se determina que es el Estado quien tiene la responsabilidad de proveer lo necesario para dar a este derecho una efectividad creciente.

A fines de ese mismo año, el Congreso de la Unión aprueba la Ley General de Salud; la misma se trata de un instrumento jurídico que define las bases y modalidades de

acceso a los servicios de salud; establece también la separación de competencias entre la federación y los estados y define los rubros específicos de la Salubridad General. De acuerdo a estos cambios, la Secretaría de Salud asume la competencia para dictar las normas técnicas en materia de salubridad general.

La influencia del sistema nacional de salud, afectó de una manera formal a las instituciones de la seguridad social, toda vez que las modificaciones con respecto a ellas significaron la incorporación del Secretario de salud en los respectivos consejos técnicos del IMSS y del ISSSTE. Otro de los cambios importantes llevados a cabo en este contexto, fue la transformación de los Institutos Nacionales (cardiología, neurología, etc) en entidades paraestatales, que en definitiva liberan al Estado de la responsabilidad financiera, trasladando ésta a los patronatos, lo cual se puede considerar una forma de privatización (17).

Las estrategias

El propósito de las estrategias antes mencionadas fue la conformación de un sistema nacional de salud, difícil empresa si se considera que históricamente, la política sanitaria en México generó una variedad de instituciones de atención médica para los diferentes grupos de la población; es así como existe la Secretaría de Salud, las instituciones de la Seguridad Social (IMSS e ISSSTE), los servicios médicos de PEMEX y los de las fuerzas armadas, entre otros.

De esta manera nos encontramos en los ochenta con un sistema nacional de salud altamente estratificado, donde se pueden diferenciar claramente tres subsectores que son: el de población abierta destinado a atender en los hechos a la población sin seguridad social y que no tiene poder adquisitivo para acceder a la atención privada y que corresponde a la Secretaría de salud y a los servicios del Departamento del Distrito Federal; por otra parte, está el subsector de la seguridad social, representado fundamentalmente por el IMSS y el ISSSTE y que agrupa a los trabajadores asalariados del sector formal y a los trabajadores al servicio del Estado. Finalmente, tenemos al sector privado de atención médica, que aún cuando se advierte muy diverso, se puede decir que a él accede un sector reducido de la población que cuenta con poder adquisitivo para pagar los altos costos, sobretodo de la hospitalización y exámenes de laboratorio y gabinete.

Una de las estrategias que en los hechos adquiere la mayor importancia, es la descentralización; esto, por considerársele la opción que permitiría democratizar la vida social y hacer mas eficientes los servicios **(18)**. Dicho proceso sin embargo, si bien alcanza a implementarse en algunos estados de la República, se ve enfrentada a diversos problemas, entre los que se destacan los de carácter financiero, laborales, de recursos materiales y gestión administrativa, que significa finalmente, no consolidar dicha estrategia. Una explicación para ello, puede encontrarse en el hecho que el proceso no se produce como producto de una demanda proveniente desde los estados y regiones, sino que es impuesto desde el nivel central.

Más que tratarse de un propósito democratizador, parece subyacer al mismo, el propósito de "traspasar" la responsabilidad de una política sanitaria, que pretende "hacer más con menos" a los niveles estatales y municipales y de esa forma la impopularidad de tales medidas de alguna forma no recae de forma global en el jefe del ejecutivo federal, sino que se distribuye en varios niveles. En definitiva, la consolidación del sistema nacional de salud, ha tenido un avance precario, abarcando únicamente los servicios de población abierta. La coordinación es muy limitada con los subsectores de la seguridad social, expresándose más bien en aspectos puntuales como pueden ser los programas preventivos de vacunación y de planificación familiar.

Tendencia Privatizadora en el Proyecto de Modernización Sanitaria

Este es una de las características destacadas del proyecto, por lo que es necesario identificar los indicadores que dan cuenta de ello, teniendo en consideración que no se trata de una privatización de la gran infraestructura con que cuenta el sector público y/o para estatal; lo que se observa hasta ahora es más bien una serie de acciones aparentemente aisladas que sin embargo confluyen hacia el objetivo que la iniciativa privada acceda a los espacios rentables dentro de la atención médica pública. En ese sentido, ya se mencionaba la transformación de los institutos regionales de especialidades, en entidades para estatales; a ello hay que agregar el incremento de las cuotas de recuperación de los servicios de atención médica estatales y federales, así como también la privatización de la producción de biológicos y vacunas.

Otro indicador destacado de esta estrategia se refiere al crecimiento de los seguros médicos privados; esto, por una parte como plataforma financiera para la expansión de las instituciones privadas y por otra, como una forma de ir generando en un sector cautivo de población asegurada (la de ingresos más altos) la necesidad del seguro privado, que por el momento es otorgado a los trabajadores en algunas instituciones, de forma paralela con la cotización del seguro social(18).

La iniciativa privada, ha propuesto diversas alternativas para su participación en espacios de la actividad de atención médica pública, como lo son por ejemplo una política de subrogación de servicios médicos, donde los derechohabientes de la seguridad social puedan atenderse en hospitales privados; así, argumentan, se solucionaría el problema de saturación que presentan los servicios públicos(19). En este sentido existe otro indicador relevante que se refiere a la transferencia de valor generado por los servicios de atención médica, ello revela el interés de la iniciativa privada, como ya decíamos en los espacios rentables de la actividad de atención médica. Así el sector privado incrementa su ganancia como producto de la atención médica, de un 44 por ciento, en 1980 a un 54 por ciento en 1988, mientras que el sector público ve disminuido el mismo rubro de un 56 a un 46 por ciento. La proporción del aporte para el gasto en salud, se mantuvo sin variaciones en este periodo (3/4 partes el público y 1/4 parte el privado) (20).

A modo de síntesis y de acuerdo a la información aquí presentada, se puede sostener que lejos de alcanzarse el objetivo de homogeneizar los servicios, expresado en el Plan Nacional de Salud, lo que ha sucedido en los hechos, es la profundización de las diferencias históricas entre los mismos. Por otra parte, la estrategia más importante como lo es la descentralización, no se consolida, ya que siendo la meta inicial de llevar a cabo este proceso en veintidós entidades federativas, en el sexenio 82-88, sólo se alcanzó a hacerlo en doce, siendo las limitaciones presupuestales uno de los factores de mayor peso en este aspecto. La política de incremento de cobertura de población iniciada en los años setenta y mantenida en los sexenios siguientes, unida al adelgazamiento del Estado en materia de gasto social, ha significado en los hechos una política sanitaria eficientista, donde se pretende "hacer más con menos".

Lo anterior ha contribuido de manera determinante al deterioro que presentan los servicios de atención médica del sector salud, del cual es frecuente escuchar o leer en los periódicos, los reclamos de los usuarios. Es justamente este deterioro de la calidad de atención médica que se advierte en las instituciones del sector público, provocado en gran parte por el desfinanciamiento de las mismas, lo que constituye un elemento importante que permite legitimar la intervención del sector privado en este ámbito particular de lo social.

BIBLIOGRAFIA

4. CONTEXTO

- 1 Laurell, C. **Avanzar al pasado; La política social del neoliberalismo.** En: Cristina Laurell (Coord) Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México, Fundación F. Ebert; 1992:136.
- 2 *Ibidem*, p. 134.
- 3 Valenzuela, José. 1992:18. **El estilo neoliberal y el caso mexicano.** En: Estado y Políticas Sociales en el neoliberalismo. Cristina Laurell (coordinadora). México, Fundación F. Ebert 1992:9-42.
- 4 *Ibidem*, p. 25.
- 5 López, Oliva. **La Selectividad en la Política de Salud.** En: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. Cristina Laurell (coordinadora). México, Fundación F. Ebert 1994:33-60.
- 6 Bartra, A. **Modernidad, miseria extrema y productores organizados.** *Revista El Cotidiano.* UAM- Azcapotzalco. 1990; julio-agosto (36):28-33.
- 7 Zárate, R. García, A y Orozco, M. **Gasto Social en México.** *Revista Economía Informa UNAM.* 1993; agosto (220):47-52.
- 8 *Ibidem*, p. 48.
- 9 Datos del V Informe de Gobierno. 1993
- 10 *Idem.*
- 11 Ortega, M. **Neoliberalismo y política salarial.** *Jornada Laboral*, noviembre de 1993.
- 12 Pradilla, Emilio. **Corporativismo y Democracia.** La Jornada marzo, 2 de 1994
- 13 Fernández, Vega. **La Macroeconomía y Costo Social.** En: La Jornada del 5 de noviembre de 1994.
- 14 López, O y Blanco, J. **La Modernización Neoliberal en Salud.** México, UAM_Xochimilco. 1993.

15 Fernández, *op cit*,

16 López,O y Blanco,J. *op cit*, p. 41

17 Blanco,J *et al.* **Política Sanitaria en los Ochenta.** Centro de Estudios. En: Salud y Política Sanitaria. México s/año; Ed. Fin de Siglo.

18 Soberón,Guillermo. En:López,O y Blanco, J. **La Modernización Neoliberal en Salud.** México, UAM-Xochimilco,1992:42.

19 Laurell,C. y Ortega, M.E. **El proceso de privatización en salud en México.** Apunte para el curso monográfico Políticas de salud, Estado y mercado. Maestría en Medicina Social. UAM- Xochimilco.1992:22pp.

20 Soria. En: López y Blanco, *op cit*, p.63

21 López y Blanco *op cit*, p 64

5. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA EL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE ATENCIÓN MÉDICA

(referido a las enfermeras y médicos del IMSS)

El objeto de estudio que se abordará en la presente investigación se refiere al análisis de las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos del IMSS en un periodo determinado de tiempo. Este concepto se ha definido como un conjunto de elementos que permiten dar cuenta de las características que asume en una realidad particular y concreta, la organización social de esta particular actividad laboral que es la atención médica, desde el ámbito de las relaciones sociales de carácter laboral dadas entre el IMSS como institución empleadora y el Sindicato de trabajadores de la institución como organización formal representativa de la fuerza de trabajo señalada.

Así definido, el objeto de estudio requiere de ser abordado teóricamente desde categorías analíticas sociales que permitan dar cuenta del comportamiento y de las relaciones que determinan dichas condiciones, así como también del propio proceso de trabajo, a partir de su particular forma de organización social laboral de esta actividad laboral.

Esta construcción teórica tiene como propósito, a diferencia de otras aproximaciones construidas para objetos de estudio similares¹, explicar las afectaciones que el

¹ Se sugiere revisar por ejemplo las propuestas teórico-metodológicas que sobre el estudio del proceso de trabajo se han realizado desde la Medicina Social; las del método Lest y el abordaje psicofisiológico de Gardel y Frankenhauser.

proceso de transformación del patrón de acumulación de capital y de recomposición del Estado implementado en México desde 1982, ha tenido sobre las condiciones en que este grupo de trabajadores realiza el proceso de atención médica.

Una Reflexión Totalizadora

El análisis del objeto de estudio definido, corresponde a un problema que se relaciona de manera directa con la reproducción social, entendida desde el materialismo histórico, como un concepto con carácter totalizador que permite dar cuenta tanto de la base técnica y económica de la sociedad así como de las relaciones sociales que ésta genera en un determinado periodo histórico(1). La reproducción social así entendida permite ubicar de manera global el objeto de estudio en términos de identificar cuales son los elementos que organizan la sociedad en lo político, en lo económico, en lo ideológico, en su base técnica, es decir, en los diferentes momentos que conforman la totalidad social, mismos que se irán analizando a lo largo de este marco teórico.

Dicha totalidad que en definitiva tiene una coherencia interna que está dada por el proyecto económico; es éste el que preside la dinámica que adquiere la reproducción social en una formación social histórica, determinando así el mundo de relaciones, donde lo económico influye lo político, éste a su vez ejerce una determinación sobre lo ideológico, elemento que también se interrelaciona con lo económico.

El Proceso de Trabajo como Categoría General de Análisis

Desde esta perspectiva analítica, el trabajo, se puede pensar como una actividad natural y social a la vez, donde el ser humano se relaciona y se apropia de la naturaleza, transformándola para su beneficio y, en ese proceso, transformándose a sí mismo **(2)**. De acuerdo a lo anterior se propone como categoría general de análisis el proceso de Trabajo, entendido como la actividad fundamental del ser humano, en tanto es el medio a través del cual éste produce bienes para satisfacer sus necesidades, que van desde la producción de bienes industriales o agropecuarios, hasta la producción de servicios, de ideas o de expresiones artísticas **(3)**. De acuerdo con esto, el ejercicio del trabajo debería ser sinónimo de desarrollo de la creatividad y de las capacidades humanas en general, así como del establecimiento de relaciones sociales **(4)**.

En la dinámica interna del trabajo, se identifican clásicamente tres elementos simples, a saber: el objeto de trabajo, los medios y el trabajo propiamente dicho **(5)**. Por objeto de trabajo, se considera al material sobre el cual se actúa para transformarlo en producto final; esta definición general permite hacer todos los matices necesarios en cuanto a caracterizar dicho objeto; se habla así, por ejemplo, de materias primas, materias brutas, o de sujeto-objeto (como es el caso de los servicios de atención médica).

Por su parte, los medios de trabajo corresponden a todos aquellos elementos que se utilizan para transformar el objeto y, que pueden ir desde aquellos más simples hasta los de una gran complejidad, incluyendo además de herramientas, equipos y maquinarias, las instalaciones, mobiliario y demás elementos del centro laboral.

En relación al trabajo mismo, éste se trata de la actividad humana, esencial en todo proceso de trabajo y en el cual se involucra la corporeidad, las capacidades y las habilidades físicas y mentales de los trabajadores **(6)**; actividad que requiere de alguna forma mas o menos básica de organización (división de tareas, horarios, tiempos de elaboración de un producto, entre otras cosas), para poder llevarse a cabo. De esta forma se puede considerar al trabajo propiamente tal como la materialización del proceso, donde confluyen y se relacionan los elementos simples ya mencionados; es este el elemento teórico central del proceso, toda vez que es donde está presente el ser humano, como artífice de la materialización de una actividad previamente pensada.**(7)**

Dentro del trabajo propiamente tal, la organización del mismo cumple un papel ordenador de las tareas a realizar, diferenciándose en el proceso para fines de análisis una dimensión social y una técnica de organización del proceso. La primera, es decir, la organización social del trabajo se refiere a las relaciones sociales que involucra el desarrollo del mismo y la segunda, o sea, la dimensión técnica del trabajo, tiene que ver con las formas como están organizados los procesos en su

dinámica interna y en un espacio físico determinado(8). Esta conceptualización del trabajo resulta transhistórica en tanto es válida para cualquier sociedad; sin embargo adquiere verdadero significado y capacidad explicativa cuando se le ubica en situaciones históricas concretas.

El proceso de trabajo bajo la lógica capitalista

Si bien bajo este modo de producción, al igual que en otros, los seres humanos generan productos para que ellos sean consumidos; aquí se da una diferencia fundamental que hace de él, un proceso que trastorna profundamente el sentido que el trabajo debería tener para las personas, tal como se veía en los apartados precedentes. En este modo de producción, la prioridad está en función de la generación de ganancias y no de la satisfacción de las necesidades humanas, las que quedan subordinadas al objetivo de la producción de plusvalor.

Esta diferencia, que además constituye la esencia del modelo, produce una separación entre aquellos que poseen el capital y los medios y aquellos que cuentan solo con su fuerza de trabajo para venderla como mercancía. El trabajador pierde así el control sobre su proceso laboral, sobre lo que produce y cómo lo hace, viendo atomizada así sus posibilidades de desarrollo a través de esta actividad vital.

Reconocida esta característica inherente a cualquier forma que adquiriera históricamente el modelo, es posible desdoblar analíticamente este proceso

productivo, en una unidad conformada por dos procesos (como las dos caras de una misma moneda) a saber: el proceso de valorización del capital, que imprime la lógica del funcionamiento global de la sociedad y, el proceso laboral, que constituye la expresión material que hace posible la valorización. El proceso de valorización: visto como el aspecto social del proceso productivo, es una construcción teórica que permite explicar la transformación del valor-dinero- en capital que se valoriza a sí mismo, extrayéndose más valor del que se invirtió en la producción de los bienes; para ello, el capitalista necesita producir lo máximo posible al menor costo, ésta es la lógica del modelo; ella, permea todo el proceso productivo así como también a toda la sociedad y sus formas de relación.

La forma o estrategia aplicada para lograr la generación de ganancia, es a través de una mayor explotación de la fuerza de trabajo; de esta manera, los trabajadores son la fuente de valor e incluso de más valor del que ellos mismos tienen, en cuanto mercancía. Este valor, al igual que el de toda otra mercancía, se determina por el tiempo de trabajo necesario para la producción, y en este caso, también para la reproducción. De esta forma, el valor de la fuerza de trabajo estará en relación con el valor de los medios de subsistencia necesarios para la conservación del trabajador y de sus sustitutos, en tanto factor que hace posible la valorización del capital (9).

El proceso laboral: como la otra cara del proceso productivo, corresponde a la materialización del proceso de valorización, es decir, sin la existencia de éste, no es

posible que se dé el primero. Las formas características que adquiera este proceso laboral, estarán determinadas por las necesidades que históricamente tenga el capital; de esta forma, los elementos simples que constituyen el proceso, se caracterizarán de acuerdo a igual lógica. En efecto, el trabajo orientado a un fin sólo cuenta en tanto gasto de fuerza laboral, no en cuanto a la actividad específica que se realiza; asimismo, la materia prima representa el elemento que absorbe determinada cantidad de trabajo; el producto por su parte, indica únicamente cuanto trabajo absorbió la materia prima y el tiempo de trabajo socialmente necesario cuenta nada más que como formador de valor.

La organización del trabajo, expresa esta lógica en la pérdida del control del proceso por parte del trabajador, mismo que queda en manos de quien aparece como dueño del capital y de los medios de producción. Esto, lleva a identificar una contradicción intrínseca al modelo, que es la relación antagónica entre el capital y el trabajo, donde cada uno de ellas mantiene sus respectivas estrategias de valorización y resistencia(10). En definitiva, el proceso laboral y sus características específicas, responderán a las determinaciones históricas provenientes de las necesidades del capital y también de las fuerzas antagónicas representadas por el capital y el trabajo.

Entender a los trabajadores, conceptualmente como fuerza de trabajo, es hacerlo bajo la lógica del capital, donde mujeres y hombres, representan una forma de inserción dentro de una sociedad esencialmente clasista y forman parte de una relación

antagónica de sus propios intereses con los del capital o sus representantes. Esta visión dinámica permite también ubicarlos como sujetos activos, que se organizan como colectivo para responder a esta relación que encierra un conflicto esencial.

Reconociendo la validez de la lógica general que preside conceptualmente a toda la fuerza de trabajo bajo una sociedad capitalista, se hace necesario sin embargo, hacer notar que el colectivo que conforma la fuerza de trabajo del sector de servicios de atención médica como lo es por ejemplo el Instituto Mexicano del Seguro Social, realiza un proceso particular de trabajo, entre otras cosas porque se trata de una actividad laboral que no genera ganancia directa para el capital aunque permite, por una parte generar las condiciones para la reproducción y reposición de la fuerza de trabajo y por otra, constituye la herramienta de legitimación de un modelo económico (de acumulación de capital) y político (Tipo de Estado). Ambas cuestiones se retomarán más adelante cuando se aborde *in específico*, el proceso de atención médica.

El proceso productivo y el Estado: la categoría de Estado, permite en esta construcción teórica ubicar el nexo o punto de encuentro de las relaciones sociales generadas a partir del proceso de trabajo, lo que permite superar una relación más bien mecánica de determinismo económico en la dinámica de los procesos laborales en cualquier época histórica. El concepto de Estado, enriquece el análisis, permitiendo entender de qué forma su participación en la sociedad ha modelado el

comportamiento de las relaciones sociales generadas en el proceso productivo. Desde la perspectiva del materialismo histórico, De la Garza (11), retoma la reconceptualización Gramsciana sobre Estado, donde aparecen de forma evidente las relaciones complejas entre sociedad civil y política, que permite ampliar la visión sobre el Estado, sin excluir de ella, la relevancia de una sociedad clasista, pero incorporando articulaciones decisivas para explicar las relaciones características entre Estado y economía y entre Estado y clases sociales.

De acuerdo a lo anterior, es como se puede intentar diferenciar algunas tipologías de Estado que permiten explicar sus características para el caso de América Latina a largo de la época contemporánea, se trata de: el liberal, el social y el neoliberal (12).

El *Estado liberal*, se caracteriza por una relación dividida entre el Estado y la economía, donde el primero es expresión de la clase política, separada de las relaciones económicas y sociales y por tanto no hay un reconocimiento explícito de una sociedad clasista. El Estado, debe dedicarse exclusivamente a proteger la propiedad y velar por que las relaciones mercantiles se den con tranquilidad. Las relaciones sociales y económicas no necesitan de la participación del Estado, por cuanto se trata de relaciones individuales dadas entre propietarios, reguladas por el propio mercado y que garantizan el crecimiento económico y el progreso de la sociedad. Esto, constituye una clara contradicción de la teoría liberal, en el sentido que no es posible explicar el papel de "cuidador" que se le asigna al Estado, cuando se considera que el mercado es suficiente para regular las relaciones sociales.

El Estado social, por su parte, significa una redefinición de la función del mismo, a la luz de la decadencia del Estado liberal, en cuanto a que no logra el crecimiento económico igualitario ni tampoco la tranquilidad social, toda vez que en su momento generó grandes luchas sociales y políticas, producto justamente de la gran desigualdad social y de la conflictividad de las fuerzas antagónicas entre el capital y el trabajo. De esta forma, el Estado social redefine las relaciones entre la sociedad política y la civil, con una intervención de éste como inversor en la economía y una participación de las corporaciones en las relaciones económicas.

Hay un reconocimiento de la conformación clasista de la sociedad y, por tanto, de fuerzas que responden a intereses sectoriales, ya no como una suma de individualidades sino como colectivos, mismos que son reconocidos y legitimados a través de su participación en la firma de pactos corporativos impulsados como políticas estatales, de tal forma que no sólo hay una intervención en lo económico de parte del Estado sino que también y de forma muy importante, cumple un papel como armonizador del crecimiento económico con legitimidad social.

Los resultados históricos de este tipo de Estado, muestran en varios de los países de la región, un largo período del presente siglo con altas tasas de crecimiento y bienestar social, con todos los matices necesarios entre las formaciones sociales con diferentes grados de desarrollo.

El Estado neoliberal, corresponde al tipo más actual, que aparece como respuesta a la crisis del modelo anterior, para la que se han propuesto múltiples causales (que no serán analizadas aquí). Se trata así de un regreso a las concepciones más extremas del liberalismo, donde lo económico, es decir, la recomposición del modelo de acumulación de capital rige de forma casi absoluta las relaciones sociales y el papel del Estado se retrae en cuanto a su intervención como inversor económico y en la seguridad social, pero no en cuanto a su rol político, toda vez que su participación en generar condiciones para la transformación económica resulta fundamental.

El surgimiento de este tipo de Estado neoliberal, ha tenido un impacto muy importante sobre las relaciones corporativas, características de algunos Estados sociales, obligando de la misma forma a una refuncionalización de las organizaciones, con consecuencias negativas en cuanto a su capacidad de negociación y a su representatividad. Aparecen fenómenos como el de la flexibilidad laboral, estrategia destinada a lograr el máximo control de los procesos laborales, por parte del capital. Sin embargo, al igual que en el anterior, bajo esta nueva forma de ejercicio liberal del Estado, se dan fuertes contradicciones, las que se expresan en una grave polarización social y productiva. Como se puede apreciar, las formas históricamente adoptadas por el Estado, en correspondencia con el modelo social global, ha sido fundamental para modular el comportamiento de los procesos laborales y las formas de relación social que los conforman.

En México, la vida laboral en términos de su organización del trabajo, está estrechamente relacionada al funcionamiento histórico del Estado; las formas características en cuanto a las funciones que cumple permiten explicar, la calidad de las condiciones en que se realizan los procesos de trabajo, así como también las características que tienen las respuestas de la fuerza de trabajo representadas en diversas formas de organización.

El Proceso de Trabajo del Sector Servicios

La evolución del capitalismo ha transformado históricamente sus necesidades y también ha generado otras nuevas, entre ellas están los servicios, como satisfactores de necesidades que sirven fundamentalmente para la reproducción y perpetuación del modelo, por tanto estos cumplen un papel que puede considerarse estratégico en lo político y en lo ideológico.

En lo político, éste tiene relación entre otras, con las necesidades de reproducción que tiene el sistema, para lo cual requiere de algunos servicios tales como los de salud, educativos, saneamiento ambiental, transportes, comunicaciones, entre otros; en cuanto a su rol ideológico, se relaciona con la necesidad de legitimación que tiene el modelo, dadas sus contradicciones de base en cuanto a la división clasista de la sociedad y donde los servicios principalmente de carácter social, tiene un papel relevante.

El sector de los servicios, corresponde dentro del proceso productivo capitalista, al tercer sector, después de la agricultura y la industria, de acuerdo a una división tripartita de la macroeconomía. Los servicios, se consideran en general, como producción que no se traducen en mercancías materiales, sino corresponden a prestaciones inmateriales a satisfactores de distinto tipo, en favor de las empresas, de las familias y de las personas (13).

Se trata así, de un heterogéneo y vasto sector, toda vez que incluye servicios tan diversos como, comunicaciones, transportes, comercio, seguros, de diversión, de instrucción, de cuidados y de la administración pública, entre otros. En este análisis se sostiene que en el sector de servicios, también está presente la lógica de la valorización, al cumplir funciones que le son necesarias al modelo, (para su producción y reproducción), así como también, está presente la contradicción entre capital y trabajo, con la particularidad que en los servicios, el capital puede actuar o no de manera directa.

El Estado aparece como un elemento muy importante en esta relación toda vez que a través de sus instituciones se articula con el capital. En el mismo sentido el Estado es el encargado de la formulación e implementación de las políticas nacionales (económicas, sociales y políticas propiamente tales), a manera de respuesta de las demandas de tipo sociales, mismas que tienen coherencia con la lógica global, pero moduladas por la correlación de fuerzas entre capital y trabajo. Las políticas

implementadas por el modelo de Estado, vigente en un momento determinado, tienen un impacto directo en aspectos sociales como son las condiciones de vida y trabajo de las colectividades.

El Proceso de Trabajo de Servicios de Atención Médica

La producción de servicios de atención médica, es un proceso particular de trabajo que se puede considerar como parte de la respuesta social al proceso salud-enfermedad, que responde al cuidado humano, mediado por otros intereses que se relacionan directamente con los determinantes económicos (modelo de acumulación), políticos-ideológicos (participación del Estado y legitimación) y sociales (relaciones de fuerzas antagónicas). Sin embargo, de ninguna manera puede ser considerada como única y exclusiva forma de respuesta, toda vez que al interior de las formaciones sociales es posible encontrar variadas respuestas al hecho objetivo de la salud-enfermedad, proveniente de distintos sectores.

¿Cómo se expresa la lógica de la valorización y las determinantes políticas y sociales en el proceso de atención médica?

Tal como se indicó en párrafos anteriores, las particularidades que se le reconocen a este proceso de trabajo, están moduladas de manera muy importante, pero no exclusivamente por las funciones que cumple en una sociedad regida por una lógica de valorización del capital. Pero, también es posible encontrar dicha singularidad en el proceso laboral, es decir en el aspecto técnico de esta actividad, dada por la

dinámica interna de sus elementos básicos que lo componen, dentro del cual, la organización del trabajo adquiere especial relevancia, ya que se puede considerar la expresión materializada de la relación entre fuerzas antagónicas, donde la fuerza de trabajo tiene a su vez características particulares las cuales serán consideradas a la hora de analizar este proceso de trabajo.

Tampoco puede excluirse del análisis del proceso de atención médica, las características que asume el Estado en diferentes momentos históricos, con respecto a los servicios de atención médica, expresadas en las políticas implementadas por él y que tienen distintas repercusiones sobre las condiciones en que se realiza el trabajo. La lógica de la valorización del capital y su necesidad de producir y reproducir el sistema, encuentran en la producción de servicios de atención médica, una actividad fundamental, toda vez que este proceso de trabajo es uno de los que participa de forma más directa en las funciones de reproducción social y biológica de la fuerza de trabajo así como también en la atención de quienes se encuentran fuera de esta denominación (sectores mas depauperados), hecho que sin romper con la lógica de la valorización contribuye a mantener el equilibrio social.

En efecto, el capital necesita mantener a la sociedad en estándares sanitarios mínimos para la mantención del modelo; del mismo modo necesita recuperar esta "mercancía enferma", transformándola nuevamente en "mercancía útil", para el proceso productivo; a su vez, requiere hacer todo esto a un costo que no le signifique

transgredir el imperativo del modelo económico: producir el máximo al menor costo. Sin embargo, su importancia no termina ahí, por cuanto también se le puede atribuir a la atención médica, el cumplimiento de un rol legitimador del modelo económico vigente, así como también de la función del Estado, legitimación que necesita el capital para atenuar de esta forma, la amenaza permanente de enfrentamiento que conlleva la esencia del modelo.

La prestación de servicios de atención médica en general y particularmente los proporcionados por el Estado, constituyen una probada estrategia de legitimación social (más allá de la calidad de la atención que se proporcione, tema que retomaremos en apartados posteriores) y por ello deben ser mantenidos, aún cuando la importancia y significado que se les dé en uno u otro momento pueda ser diferente.

Cómo se caracteriza el proceso laboral, es decir, cómo se materializa el trabajo de atención médica?

El análisis del proceso laboral de los servicios médicos, implica dilucidar las características materiales que éste proceso adquiere en una formación social histórica; para ello es necesario examinar los elementos básicos que conforman este proceso, es decir objeto, medios, trabajo mismo y las formas de organización del proceso. Cabe mencionar en este punto del análisis, que este proceso laboral involucra en primer lugar un proceso de curación presente en la prestación de estos servicios, mismo que tiene un carácter transhistórico en cuanto a su existencia, pero

que también asume características específicas e históricas en las diferentes sociedades y al interior de las mismas en un momento dado.

En efecto, el proceso de atención médica es en esencia curativo lo que le da un profundo sentido humanitario y permite aproximar la realización de este trabajo a aspectos específicos e inherentes al propio proceso, como es por ejemplo la intervención en la privacidad del individuo, tanto física, como psicológica o emocional, la ayuda en situaciones vitales, es decir, se trata de destacar el sentido humanitario y de servicio social de este proceso de trabajo. A esta función primaria de la atención médica le subyace su rol en relación de legitimación y de control, cuyas formas de expresión estarán determinadas por el modelo económico y político que prevalezca en las distintas formaciones sociales.

Una vez hecho este señalamiento, podemos caracterizar los elementos básicos de este particular proceso de trabajo. En primer lugar tenemos el objeto de trabajo, que puede ser analizado en varios sentidos, teniendo en consideración que, desde la perspectiva de Breilh (14), éste corresponde al problema de los demandantes (mismo que generalmente se relaciona con enfermedad en cualquiera de las acepciones que ésta tenga). Una primera manera de ver a este objeto de trabajo es bajo la lógica de la valorización, ya analizada en el apartado anterior y donde el objeto es considerado sólo en tanto fuerza de trabajo, lo que atomiza su condición a una dimensión exclusivamente cuantitativa.

Si embargo, el objeto de trabajo de la atención médica, es posible y necesario considerarse desde una perspectiva más enriquecedora; así se le considera cuando se reconoce en él, su condición de sujeto-objeto, hecho que imprime al proceso en su conjunto una primera y esencial especificidad con respecto a los procesos productivos propios a algunos del propio sector de servicios; se trata de una condición que implica establecer relaciones de carácter interpersonal, entre el o los trabajadores, en este caso enfermeras y médicos, con su objeto de trabajo.

En esta relación, ambas partes (sujeto-receptor de servicios y sujeto prestador de servicios), confluyen con sus respectivas determinaciones sociales, asumiendo roles específicos, de acuerdo a las características de dichas determinantes y en las que juegan un papel destacado elementos tales como el modelo de atención y la institución donde se desarrolla el proceso, aspectos que se retoman más adelante.

En el mismo sentido, esta relación está estructurada también en torno al saber/no saber y por lo tanto tiene un carácter desigual y de subordinación, donde unos y otros asumen roles específicos. El paciente, no poseedor del conocimiento científico, validado y legitimado socialmente, se ubica en una posición de aceptación de lo que dice y hace el proveedor de la atención médica, bajo el supuesto que ese otro, en posesión de un conocimiento especializado, llevará a cabo las actividades necesarias

Es necesario hacer la consideración cuando se habla de esta relación de carácter interpersonal, que ella se refiere a la que establecen aquellos trabajadores que prestan una atención directa al objeto de trabajo, toda vez que el proceso de atención de servicios médicos involucra procesos periféricos o de apoyo a la prestación directa de estos servicios, donde la fuerza de trabajo que desarrolla esas actividades no necesariamente establece este tipo de relaciones.

para resolver su problema de enfermedad de la forma más satisfactoria y en condiciones de seguridad y oportunidad. Esto le imprime a todos los que ejecutan una acción de atención médica (de acuerdo, a la división del trabajo), la necesidad de asumir un compromiso social y ético de respuesta a esa confianza depositada por el individuo en su rol de paciente el que asume formas características de expresión según sea el momento histórico en que se den.

Otro elemento básico de este proceso laboral corresponde a los medios de trabajo, que son todos los instrumentos, equipos y fármacos, entre los más importantes que se utilizan en la atención médica, para actuar **sobre y con el sujeto-objeto**, bajo el propósito de intentar la resolución del problema de enfermedad demandado. El análisis de los medios de trabajo permite descubrir en ellos una relación mucho más evidente que en el caso del objeto de trabajo, con la lógica económica que comanda la vida social, toda vez que el desarrollo tecnológico y el avance de las ciencias médicas y del conocimiento científico en general, ha permitido el surgimiento y ampliación de la producción de equipos de los más variados tipos, que participan en este proceso de trabajo como herramientas diagnósticas, terapéuticas o de rehabilitación.

Este hecho permite sostener que la disponibilidad, utilización y acceso a dichos instrumentos y equipos son aspectos que obedecen a acciones de tipo económicas y políticas, dado que, tanto su desarrollo como su utilización y acceso a los mismos,

están socialmente determinados a nivel más general, por una lógica económica, y modulados por la acción estatal, expresada en diferentes políticas (de medicamentos, de importación de equipos, de acceso a los servicios, etc).

El desarrollo de los instrumentos y materiales de trabajo se puede considerar determinante en la consolidación y dominación de un modelo de atención con respecto a otros; este hecho se puede evidenciar a manera de ejemplo en el presente siglo y de manera mucho más clara en la segunda mitad del mismo, donde el crecimiento tecnológico observado, ha significado un desarrollo histórico sin precedentes de las especializaciones y subespecializaciones en las ciencias médicas y tecnologías, lo que involucra tanto equipos como procedimientos. Sin embargo, dicho dinamismo en este caso no significa necesariamente, la economía de fuerza de trabajo, toda vez que este hecho muchas veces implica la creación de un nuevo tipo de servicios que exige personal adicional para su prestación. Esta complejización tecnológica corresponde a una representación histórica de la evolución del conocimiento aplicado al diagnóstico de las enfermedades.

Algunos autores como Brito *et al* (15), le conceden el mayor peso como factor de determinación a la tecnología; ello, por los alcances que tiene en la forma de estructurar la modalidad de atención médica, en la conformación de sus costos, en la división del trabajo, en la formación de profesionales y en los mercados laborales. Son, desde su perspectiva, el factor tecnológico y la razón científica los que

constituyen los pilares del modelo de atención médica dominante en este siglo. De la misma forma cabe destacar que la tecnología como proceso y como producto social se implementa en un lugar que es asimismo una construcción social, o sea dentro de un conjunto de relaciones sociales; vista así, la tecnología no es una dimensión neutra sino por el contrario, responde a una elección sobre la forma en que ella se aplica o se incorpora a los servicios de atención médica. En definitiva, la tecnología además de ser un factor de producción y de ordenador de la división de las tareas que se realizan, puede considerarse también un elemento que estructura formas efectivas o distorsionadoras de atención y modalidades de práctica; desde esta perspectiva se constituye también en un factor cultural e ideológico en la conformación de futuras prácticas.

La Organización del Trabajo de Atención Médica

El trabajo propiamente tal, como el otro elemento básico que conforma el proceso laboral, corresponde a la actividad humana que realizan los trabajadores de la salud y que contribuye en primer término a dar respuesta a los problemas de enfermedad de los demandantes y de forma subyacente a generar riqueza, en tanto se ocupan de recuperar y reproducir fuerza de trabajo real y potencial. Para realizar su trabajo, estos trabajadores necesitan por una parte, una preparación teórica y el desarrollo de habilidades y capacidades que les permitan un ejercicio profesional de acuerdo con las normas establecidas para ella; por otra, requiere también de determinadas condiciones que garanticen el ejercicio seguro, oportuno y eficaz de esta actividad de

servicios. Reconociendo el trabajo de atención médica propiamente tal como el elemento esencial del proceso, toda vez que él representa a la fuerza de trabajo, para los fines de esta investigación, el énfasis del análisis está puesto en las formas características de organización del trabajo de atención médica, como un elemento diferenciado e interrelacionado a la vez con los otros elementos ya analizados hasta aquí.

Dada las particulares características del proceso de trabajo de atención médica examinadas en los párrafos precedentes, donde se advierte el grado de dificultad que tiene por ejemplo, diferenciar los elementos simples del proceso, donde el objeto de trabajo o el producto del mismo no es posible de homologarlos directamente con los procesos de trabajo de la industria donde se puede entender con mucha más claridad, que significa entre otras cosas la materia prima de trabajo, es decir, a que se refiere cada uno de los elementos simples que conforman un proceso concreto de trabajo. Frente a esta dificultad teórica señalada, la organización del trabajo, vista como un elemento del proceso laboral de atención médica, cobra relevancia si se le considera la expresión de la forma como se combinan los otros elementos de este proceso, así como también uno de los exponentes fundamentales de las condiciones en que se realiza el proceso de trabajo de atención médica en una realidad particular concreta.

La realización de las diferentes actividades que involucra el proceso exige de los trabajadores un esfuerzo tanto físico como mental; dichas exigencias (concepto que

no se aborda en este estudio), están relacionadas con las actividades específicas que les corresponde desarrollar, es decir con la división técnica de las tareas que involucra este proceso. Así mismo están determinadas de manera más inmediata por el desarrollo técnico de este trabajo y de una forma más global por la organización del mismo. Se puede hablar de tres factores implicados en la determinación social de la organización de este trabajo. La primera, se refiere a las necesidades del modelo económico para cumplir con su fin último, que, como ya se ha dicho, es la generación de riqueza, pero también a la importancia que, de acuerdo con dicho propósito, tiene en un momento dado la fuerza de trabajo y la población. Otro factor determinante, dice relación con la correlación de fuerzas que existe entre los distintos colectivos, de acuerdo a la lógica de la contradicción esencial existente entre el capital y el trabajo.

Para fines del análisis de la organización del trabajo de atención médica es posible diferenciar dos principales aspectos de este elemento del proceso laboral en referencia; uno, que se refiere a la organización técnica del mismo, es decir a las formas características en que se organizan las actividades que conforman este proceso y que se ha denominado como organización interna del trabajo (16), para diferenciarlo de otro abordaje, que es el **análisis de las formas de organización de las relaciones sociales del proceso de atención médica**, las que parafraseando al término de Noriega, se podría hablar de la organización externa del trabajo. Es esta última perspectiva de las relaciones sociales la que se enfatiza para el análisis de las condiciones de realización del trabajo.

En definitiva, reconociendo que el proceso de trabajo de atención médica está conformado por una heterogénea gama de actividades, se puede considerar que mientras la llamada organización interna del trabajo se refiere a los aspectos particulares del mismo; las formas de organización social o externas de este proceso, permiten dar cuenta de aquellos aspectos más globales de organización que conforman las regularidades o denominadores comunes a cualquier proceso de atención médica. Lo anterior le concede a este abordaje conceptual una importancia mayor, ya que proporciona una visión globalizadora sobre el proceso de trabajo de atención médica, que supera los límites de una aproximación a los aspectos solamente técnicos, abriendo la posibilidad de un análisis donde se involucren a todos los sectores que les concierne el problema de la atención médica como respuesta social al mismo.

Ahora bien, dentro de las formas de organización de las relaciones sociales, en el proceso de trabajo de atención médica es posible diferenciar de forma general, dos tipos de relaciones; por una parte están las **relaciones de servicios** donde participan de manera directa y fundamental los trabajadores que desarrollan las actividades de atención médica y los derechohabientes o usuarios de estos servicios médicos. Estas relaciones de servicios no serán abordadas en este análisis, toda vez que constituyen por si solas un objeto de estudio. El otro tipo de organización de las relaciones sociales del trabajo de atención médica, que es el que se analiza aquí, se refiere a las **relaciones de tipo laboral**, que establecen los trabajadores con la institución

empleadora y que pueden tener el carácter de individual o colectivas a través de diferentes formas de organización de la fuerza de trabajo, de las que el sindicato ocupa un papel muy destacado, como ocurre por ejemplo en México y otros países de América Latina.

Así acotada en este análisis la organización social del trabajo de atención médica, se hace necesario analizar algunos conceptos específicos que tienen una participación fundamental en las formas características que adquiere dicha organización laboral en un momento determinado. Se trata del modelo de atención médica y del espacio laboral concreto representado por las instituciones donde se llevan a cabo los procesos. El análisis de ambos y de sus relaciones permite explicar como se ha organizado este trabajo y cuales son los factores determinantes que impactan en sus rasgos, cuando se produce un proceso de transformaciones económicas, políticas y sociales que involucran a toda una nación.

El modelo médico hegemónico

El modelo de atención médico, corresponde a una relación teórica, técnica e ideológica en relación a los procesos de salud-enfermedad, que toda sociedad establece estructuralmente; de tal manera que no es posible hablar de un solo y único modelo de atención, sino de las formas particulares que éste adquiere y que son determinadas socialmente. En este sentido, es necesario referirse a lo que se ha denominado Modelo médico hegemónico (17), definido, como una expresión de la

sociedad dominante, que frente a la necesidad de respuesta del proceso de salud-enfermedad, produce un "sistema de solución" a dicho problema, con el objeto de asegurar la reproducción social y física de la fuerza de trabajo que la clase dominante sabe que está continua y cíclicamente expuesta a condiciones de trabajo y de vida que afectan su reproducción tanto biológica como social e ideológica.

El análisis del modelo médico hegemónico, ubica la práctica médica, desde la óptica de la biología como nivel de análisis y como determinante autónomo de la enfermedad, misma que aparece como alteración morfológica o funcional del cuerpo, lugar exclusivo e individual donde se desarrolla. Esta identificación científica con lo biológico, establece el punto de quiebre con respecto a todas las demás prácticas curativas, imponiéndose la lógica del modelo médico hegemónico en la explicación del origen de la enfermedad y de manera muy importante en la forma de organizar el trabajo de atención médica(18). A modo de ejemplo, este modelo de atención se desarrolla y asume el sitio de dominancia que tiene en la actualidad, en la medida que se desarrolla la teoría de la enfermedad con los aportes de la fisiología y de la patología y se consolida en el presente siglo en gran parte de mundo occidental, con el desarrollo tecnológico y de la investigación, que ha permitido contar con un arsenal terapéutico sin precedentes(19).

Así mismo, el modelo médico hegemónico permite entender la relación de la profesionalización de este grupo de trabajadores, con las formas que adquiere en una

realidad concreta y determinada la organización social de este proceso de trabajo, toda vez que este modelo ejerce influencia en aspectos importantes en ella, como son entre otros la división social y técnica de las tareas, así como también las relaciones de poder que se generan en este proceso laboral. La profesionalización se puede explicar como un conjunto de propuestas técnicas, ideológicas y teóricas que se van especializando y haciendo más complejas, pero que mantienen las relaciones sociales con los colectivos que interactúan, toda vez que es en esa relación donde se ejerce la eficacia del modelo tanto en la curación como en el control (20).

Es relevante detenerse un instante en la cuestión profesional para hacer algunas consideraciones que permiten explicar en una realidad concreta algunas características de las condiciones de realización del trabajo. En primer término es necesario referirse al carácter de profesión de una actividad, que tiene relación con un quehacer práctico sustentado en un cuerpo de conocimientos teóricos, que hacen de la primera un ejercicio eficaz; dicha actividad debe contar además con un reconocimiento o aval legal que legitime dicha práctica profesional(21).

En el caso específico de la medicina, ésta muestra históricamente que su reconocimiento como profesión ha estado sustentado fundamentalmente en una tradición, de reconocimiento como tal, de parte de amplios grupos de la sociedad y donde el Estado ha incorporado las prácticas y las ha institucionalizado modificando así la organización del trabajo médico.

En cuanto a la enfermería, su condición de práctica profesional se hace más difícil de establecer, ya que históricamente no ha tenido el estatus de reconocimiento social como una profesión autónoma de una forma similar a la que tiene la profesión médica; se puede considerar que es durante este siglo cuando la enfermería adquiere de forma paulatina en diferentes formaciones sociales esta condición de profesión, misma que algunos (22), la definen como subprofesión, por su práctica subordinada de manera muy importante, a otra profesión, por el carácter cautivo de su ejercicio y por la debilidad gremial y política, entre las características más importantes que ella muestra.

Junto con las consideraciones anteriores, es necesario destacar que los trabajadores del sector de atención médica, se enfrentan a un trabajo que por su naturaleza humanista, (de ayuda a otros en cuestiones vitales) y de apropiación de un conocimiento especializado, le impone al propio trabajo técnico un compromiso de tipo ético, relacionado con lo que se ha denominado "la buena práctica"; este compromiso, requiere a la vez, para su ejercicio efectivo, de una organización social del trabajo que genere condiciones propicias para ejercer esa buena práctica.

En relación con lo mismo, se sostiene (23), que tanto el fundamento organizativo específico (instituciones sanitarias), como el fundamento general (conjunto de relaciones sociales y culturales) de la práctica médica, han de ser congruentes y armónicos para propiciar el desarrollo de las potencialidades que la misma posee; sin

embargo en la época actual, dominada por una expresión a ultranza, del modelo económico capitalista, la prestación de atención médica se da más en función de la riqueza individual y del mayor o menor valor que tenga la recuperación de la fuerza de trabajo.

De esta manera, la práctica médica se acerca más a un acto terapéutico, limitado al espacio individual de la relación trabajador-paciente, donde empieza y acaba sin trascender, que a un acto de carácter sanitario, "... capaz de transformar un fenómeno negativo (la enfermedad del individuo) en señal positiva de problemas a los que se necesita enfrentar para impedir otras enfermedades"(24). Las consideraciones hechas sobre la profesionalización de médicos y enfermeras, permiten entender la relación entre el modelo de atención médica dominante y las características que asume la división social y técnica del trabajo como uno de los aspectos que expresa una forma característica de organización del proceso de trabajo de atención médica.

En efecto, en esta actividad, la organización de las tareas a realizar como parte del proceso laboral, tiene un carácter altamente jerarquizado, con una división vertical y horizontal del trabajo, en función de la mayor o menor complejidad de las acciones a realizar y del grado de especialización que adquieren los procesos laborales, de acuerdo principalmente con el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la medicina. Esta estructura jerárquica, involucra relaciones de poder que se dan tanto a nivel interprofesional, intraprofesional, intergénero y laboral en relación con la

institución empleadora. De la misma forma se da una división social del trabajo de atención médica, que se compone de tareas de predominio intelectual, que son asumidas por el médico y de tareas de predominio manual, que son realizadas en términos genéricos, por la enfermera. En el comportamiento de estas relaciones de poder está la base de la conflictividad real o potencial de este proceso laboral.

Las instituciones de atención médica

El espacio físico, es otro de los elementos que permite explicar las formas de organización social del trabajo de atención médica en un nivel de mayor concreción; éste encuentra su expresión más evidente en las instituciones destinadas a proporcionar la atención médica y donde la fuerza de trabajo lleva a cabo su proceso laboral cotidiano. Hablar de las instituciones de atención médica, significa hacerlo también y en primer lugar de un modelo vinculado al Estado en que se enmarcan las características de dichas instituciones.

En el caso de México, así como el de varios países de América Latina, el Estado asume una participación activa en los servicios de atención médica y crea las instituciones existentes hasta la actualidad y los trabajadores del sector forman parte de estas nuevas instituciones en una relación de dependencia y en condición de asalariados; este momento marca en la región, la consolidación de numerosas categorías profesionales y las instituciones públicas de atención médica se transforman en el principal empleador del sector salud nacional. Se sostuvo en

párrafos anteriores, que es el Estado quien formula e implementa las políticas a nivel nacional, en los distintos países, que obedecen a las necesidades que en ese momento tenga el patrón de acumulación, cuyo cambio requiere de una recomposición del tipo de Estado, para poder implementar y consolidar dicha transformación.

En realidades concretas, el Estado tiene una relación directa con los servicios de atención médica, ya sea por su participación en ellos o por su no intervención; en cualquiera de los dos casos, corresponderá a la políticas estatales, su forma de relacionarse con este ámbito social. Específicamente en la región de América Latina el tipo de Estado vigente desde poco antes de la segunda mitad de este siglo, desarrolla una estrecha relación con el sector, participando tanto en su financiamiento, como en la gestión de los mismos; es la época donde surgen como evidencia de lo afirmado, las distintas formas de seguros sociales y la implementación de infraestructura hospitalaria, que en países como México por ejemplo, alcanzarán un nivel muy importante de desarrollo; así mismo, el Estado se convierte, bajo esta relación directa con la atención médica, en la principal fuente generadora de empleos y en un espacio privilegiado de formación de profesionales y técnicos.

En efecto, son las instituciones de carácter público y/o paraestatal, como representantes del Estado, los espacios físicos donde se desarrollan mayoritariamente los procesos de trabajo de atención médica y son estas entidades las que establecen

relaciones laborales con los trabajadores del sector (revisar el capítulo sobre antecedentes). Ahora bien, aún cuando dicha situación no se ha modificado formalmente en el período en que se ubica el objeto de estudio, sí se han dado cambios muy expresivos en las características de dichas relaciones sociales.

El análisis de las instituciones empleadoras permite identificar las características de la organización social, toda vez que aporta conocimientos sobre política de recursos humanos, condiciones de los acuerdos y negociaciones entre los trabajadores de este sector y la institución empleadora así como también permite conocer las políticas financieras de la institución; todos estos aspectos tienen un impacto directo sobre las condiciones en que se realiza el trabajo de atención médica. La institución, como construcción social de atención médica, se puede caracterizar por una serie de atributos como son un estatuto de autonomía relativa, dada por la valoración social que se le da a la salud; dicha autonomía relativa implica que las relaciones no sean mecánicas, ni armónicas, ni funcionales en su determinación, dándose un conflicto fundamental en su dinámica entre la finalidad social formalmente establecida y la racionalidad mercantil que preside su funcionamiento. La organización del trabajo de atención médica dado en el espacio laboral institucional, utiliza criterios de división social y técnica con un habitus que puede ser sistematizado en algunos elementos constitutivos del modelo médico y con una estructura de poder compartido y asumido socialmente como institución técnica y científica.

Esta organización compleja que son las instituciones de atención médica, poseen desde lo laboral un desarrollo desigual y combinado; es así como es posible diferenciar servicios como cocina, talleres de mantenimiento y calderas, cuyo patrón laboral es el de oficio-taller, mientras que servicios como pabellón quirúrgico y radiología, funcionan bajo características de un modelo tayloriano de secuencia y cronómetro y otros, como laboratorio y cuidados intensivos, lo hacen bajo modelos cercanos al trabajo en cadena(25).

Las Condiciones de Realización del Trabajo

Analizado hasta aquí el particular proceso de trabajo de atención médica, hemos visto que las formas de organización de esta actividad constituye un elemento básico que expresa el comportamiento de los demás componentes del proceso, a la vez que permite dar cuenta de las condiciones en que se realiza el propio proceso laboral de atención médica. Desde esta perspectiva, las condiciones de realización del trabajo de atención médica, constituye un concepto que se define como un conjunto de elementos que permiten dar cuenta de las características que asume en una realidad particular y concreta, la organización social de este trabajo, es decir, analiza las relaciones sociales del trabajo de atención médica, que en esta investigación se refieren, específicamente a las relaciones de carácter laboral dadas entre el IMSS como institución empleadora y el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social, como organización formal representativa de la fuerza de trabajo de la institución.

El análisis de las condiciones de realización del trabajo de médicos y enfermeras del Seguro Social, muestra en primer término, las regularidades de un proceso heterogéneo en el nivel de su práctica cotidiana, así como también permite explicar las formas que los factores determinantes impactan en estas condiciones de realización del trabajo.

¿Como dar cuenta de las formas particulares de organización del trabajo de atención médica en una realidad concreta en un periodo de tiempo determinado?

Para aproximarse teóricamente a una respuesta es necesario en primer lugar señalar que el concepto de *relación laboral*, se entiende en este estudio como la expresión materializada de las condiciones en que se organiza socialmente un proceso específico de trabajo. Así la relación laboral se define como las formas características de acuerdos o pactos que regulan derechos y deberes de empleador y trabajadores, teniendo entre sus expresiones explícitas más relevantes el contrato colectivo de trabajo y entre las de carácter implícito, el cumplimiento de estos acuerdos formales en el trabajo cotidiano y el *habitus (26)* de trabajo o transmisión oral de normas no escritas entre las de mayor importancia.

En el marco de la crisis de una sociedad, se dan cambios en los procesos de trabajo, que pueden ser caracterizados a través de los rasgos que muestran las relaciones laborales. En este sentido la *flexibilización laboral*, es un concepto que da cuenta

de un tipo específico de transformación de la relación laboral bajo un modelo económico de corte neoliberal. Dicho de otra manera, la flexibilización de la relación laboral constituye una transformación de la organización social del trabajo, donde dicho ordenamiento además de ser una función necesaria para la producción de bienes y servicios, es utilizada "para ejercer un control unilateral de los procesos laborales, utilizando estrategias para el incremento de la productividad en general, altamente negativas para los trabajadores"(27).

En efecto, el incremento de la productividad en las sociedades capitalistas, se ha buscado históricamente a través del desarrollo tecnológico y del mayor control posible sobre el trabajador para lograr que produzca al máximo de su capacidad; bajo modelos económicos y políticos particulares, se privilegia la segunda estrategia señalada, vale decir, en busca del incremento de la productividad, se intensifica la actividad de la fuerza de trabajo, sin darse necesariamente de forma paralela el desarrollo tecnológico de los procesos laborales(28).

Ahora bien, aún cuando esta conceptualización del fenómeno de flexibilización laboral, surge para explicar una realidad dada principalmente en el sector de la producción industrial, de diversas formaciones sociales, en este análisis se sostiene que el concepto es útil también para explicar los cambios laborales en el sector de servicios médicos, toda vez que, como se ha afirmado, a este trabajo le subyace la lógica general del modelo económico vigente y está notoriamente determinada por la

expresión política que dicho modelo tenga, es decir, por el papel del Estado. Por todo lo señalado hasta aquí, se sostiene que es posible explicar los cambios de las condiciones en que se realiza el trabajo de atención médica, a través de este concepto, para lo cual se proponen como elementos indicadores, que expresan de forma más evidente dichos cambios: se trata del comportamiento salarial, de la intensificación de los procesos laborales y de la utilización de los tradicionales estilos de control y supervisión de esta actividad para llevar a cabo la estrategia flexibilizadora.

Cuando el patrón económico que rige las formaciones capitalistas, tiene como objetivo principal el incremento de la producción de ganancia, sin recurrir necesariamente para ello, al mejoramiento de todos los factores de la producción que permitan lograr dicho objetivo (actualización tecnológica, capacitación del personal, democratización del control de los procesos laborales) necesita de un tipo de Estado que facilite las condiciones para ubicar únicamente en el factor trabajo el incremento de la productividad, es decir se requiere de una decisión política general que permita restringir los salarios, cambiar las formas particulares de organización del trabajo y controlar a la vez las expresiones reivindicativas de los trabajadores.

Esto, tiene repercusiones en todos los ámbitos de la sociedad de un país, pero especialmente en aquellos más sensibles, como es entre otros el de atención médica; esto, porque entre otras cosas las estrategias que se eligen para responder a la

contradicción permanente del sistema, de conciliar la función legitimadora que cumplen las instituciones de salud, con la necesidad de producir servicios a bajo costo, afectan profundamente las condiciones en que se realiza este trabajo, pretendiendo responder al aumento de la demanda de atención (política de legitimación), sólo con la intensificación del uso de la fuerza de trabajo y de los recursos materiales (política de abaratamiento de costos).

Finalmente, la explicación a las formas características del fenómeno de flexibilización laboral en el sector de atención médica, debe considerar la respuesta de los trabajadores como colectivo organizado. En las diferentes realidades sociales se pueden observar variadas respuestas y formas de organización en este sector; de ellas, tal vez las más destacadas en América Latina, son las organizaciones sindicales y las asociaciones gremiales. Los modos de comportamientos de unas y otras se encuentran en relación directa con los tipos de Estado.

5.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

Para la construcción del objeto de conocimiento de este estudio, se realiza en primer término una recopilación de información destinada a delimitar el período de análisis y a establecer lo más claramente posible el problema a estudiar. Como parte de esta recopilación se revisan datos en relación a la Seguridad Social en general y de forma particular la mexicana, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución más importante. También se recupera información relacionada con la

organización sindical mexicana y más específicamente del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).

Con toda esta información se planteó el problema a estudio explicitado en el primer capítulo de esta tesis y que se refiere al análisis de las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos del IMSS entre 1982 y 1992, proponiendo a continuación una hipótesis general de trabajo y dos hipótesis particulares con sus respectivas sub hipótesis. Como su nombre lo dice, no se trata de supuestos a ser comprobados empíricamente en términos de ser confirmados o rechazados sino que corresponden a hipótesis que sirven de eje para la investigación y de orientación al conjunto del estudio.

De acuerdo a la información recopilada como paso previo a la investigación propiamente tal, se seleccionan aquellos datos que permiten conformar los capítulos de antecedentes y de contexto del problema planteado. Los criterios utilizados para la selección del material para ambos capítulos se basan en la caracterización a partir de la segunda mitad del presente siglo de los dos modelos de acumulación que han regido las políticas económicas, las características del Estado y consecuentemente las políticas sociales en todos los países de América Latina, región de la que México forma parte. Lo anterior sirve como base para explicar el entorno político y las motivaciones de la época que llevaron a la creación del IMSS así como también para dar cuenta de las características que adquiere en México la organización sindical en

su relación con el Estado.

Con relación específicamente al contexto del problema, a partir del referente económico y político explicado en los antecedentes, se da cuenta del proceso de transformaciones ocurridos en el país a partir aproximadamente de 1982, mismo que también ha sido denominado por sus autores proceso de modernización. En esta explicación se da énfasis a los aspectos económicos considerados más relevantes para contribuir al análisis del problema de estudio y de manera muy importante al nuevo modelo de Estado que surge de forma coherente al modelo económico. Finalmente se seleccionan algunos indicadores representativos del impacto que las transformaciones ocurridas a partir de 1982, han tenido sobre las condiciones de vida de los trabajadores.

Con relación a aspectos metodológicos para la investigación de nuestro objeto de estudio, es decir para conocer las condiciones en que enfermeras y médicos del IMSS, han realizado sus procesos laborales en el período 1982-1992, se hace necesario conocer **en primer término, el comportamiento del propio Instituto en el mismo periodo**, toda vez que las características y el comportamiento de sus políticas tiene invariablemente un impacto sobre las condiciones de realización del trabajo en la institución. Es el IMSS, en este caso la institución que presta entre otros servicios de seguridad social, los de atención médica y por tanto, las características de sus políticas formuladas y aplicadas, siempre tendrá un impacto sobre sus

trabajadores y los procesos laborales que desarrollan.

El **segundo factor determinante** de las condiciones de realización del trabajo necesario de conocer para explicar la problemática planteada, dice relación, con la **organización de los trabajadores**, que en este caso específico, se refiere al **sindicato**. De dicha organización, se requiere conocer como ha sido su relación con la institución, cuales son las características más relevantes de su estructura organizacional y como se comporta en cuanto a la gestión y relación con sus asociados. En el mismo sentido se requiere igualmente **conocer las propias condiciones en que realizan su trabajo los médicos y las enfermeras del IMSS**, es decir, se está hablando de su quehacer cotidiano, es ahí donde se puede observar cómo y de que forma, las políticas institucionales y el comportamiento del sindicato impactan en el trabajo diario de estos dos colectivos.

Este abordaje, se operacionalizó a través de una **investigación biblio-hemerográfica**, que permitió recoger la información necesaria para reconstruir los cambios más relevantes del IMSS, desde su perspectiva de institución empleadora.

Con relación al **IMSS**, se revisan sus políticas generales de mayor importancia para este estudio, dada sus repercusiones en los trabajadores de nuestro interés; de manera específica se analiza su **política de financiamiento**, clave para el desarrollo

de los procesos laborales de atención médica; su **política de cobertura**, en cuanto a las variaciones de derechohabientes y usuarios así como también con relación a la **respuesta que ha dado el Instituto a la cobertura de población, en términos de los recursos materiales.**

De igual forma se revisa la **política de personal o recursos humanos**, misma que incluye aspectos tales como las variaciones del número de enfermeras y médicos, su distribución en las diferentes categorías de trabajador, su relación proporcional con los usuarios y derechohabientes y el comportamiento salarial para el periodo señalado. La información se recopila fundamentalmente a partir de fuente secundarias de carácter oficial como son la memoria estadística del IMSS y los anexos de informes de gobierno.

En cuanto a la **organización sindical**, se considera importante analizar en primer término la concordancia entre el discurso oficial de la cúpula sindical de la organización y las acciones concretas realizadas por los mismos dirigentes; a través de él se podrá clarificar en buena medida cual ha sido el impacto que han tenido sobre el sindicato las transformaciones nacionales e institucionales en el periodo señalado. Para cumplir con este objetivo se obtiene información de fuentes primarias por medio de entrevistas a dirigentes sindicales de diferentes jerarquías; también se utilizan fuentes secundarias como son el periódico oficial del SNTSS así como otros medios de comunicación escritos de carácter masivo.

Enseguida es preciso examinar las características de la relación laboral dada entre el SNTSS y el IMSS; para cumplir con este objetivo se recopila información a dos niveles: por una parte, se lleva a cabo una **revisión exhaustiva del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT)**, entendido éste como la expresión formal y explícita del acuerdo que rige las condiciones en que se realizan los procesos de trabajo del Instituto, donde está incluido por cierto el de atención médica.

De este CCT se revisa el comportamiento de sus cláusulas en el periodo 1982-1992, atendiendo a los siguientes criterios: contenido de las cláusulas creadas durante los diez años señalados/ carácter de las modificaciones clausulares realizadas/ variación de los montos en cifras constantes a precios de 1982 de aquellas cláusulas que ayudan a conforma el salario integral de los trabajadores/ variación de los montos en términos porcentuales de las cláusulas que significan la entrega de dinero para ser gestionado por el Comité Ejecutivo nacional del sindicato/ carácter de las cláusulas que no han sufrido modificaciones durante este periodo o un lapso mayor de años.

Los criterios arriba señalados permiten hacer una evaluación de los rasgos que han caracterizado las negociaciones entre el sindicato y el IMSS; también permite observar el carácter del comportamiento contractual y su afectación ya sea positiva o negativa sobre las condiciones de realización del trabajo. Finalmente, los datos permiten comparar el acuerdo laboral entre los beneficios recibidos por los trabajadores en lo individual y los percibidos por el sindicato como organización.

El otro nivel de la revisión del CCT se refiere a uno no explícito pero sí de **materialización o cumplimiento de los acuerdos formales**. Es necesario para el análisis de las condiciones de realización del trabajo dar cuenta no solo de los cambios formales y el sentido de los mismos, sino además se precisa conocer en que medida estos acuerdos se cumplen y como perciben los propios trabajadores la aplicación efectiva de los acuerdos contractuales. En este caso se utilizó como fuente de información la observación a centros de atención médica del IMSS y los resultados de entrevistas tanto colectivas como individuales, en las que se incluyó esta temática. En tercer término se hace necesario analizar **otras expresiones de organización de los trabajadores de la institución**; esto, porque en México históricamente los sindicatos se han diferenciado entre lo que corresponde a la estructura sindical, que equivale a los niveles cupulares y el resto de los trabajadores sindicalizados, de acuerdo a las características del sindicalismo corporativo ya señalada en los antecedentes.

Este rasgo señalado es lo que genera la necesidad de analizar, sobretodo en momentos de transformaciones como el que se estudia, la respuesta de la base trabajadora en cuanto a su identificación con el papel de sus dirigentes, su percepción en relación a la legitimidad y representatividad que le conceden a la estructura de su sindicato así como también su propia capacidad de respuesta y movilización frente a situaciones laborales que les afecten.

Para lograr este objetivo se revisan distintos documentos, como desplegados en periódicos, declaraciones públicas y testimonios de trabajadores de base sobre las movilizaciones ocurridas principalmente en entre los trabajadores del sector de atención médica entre 1982 y 1992. Aquí es necesario señalar que la información a la que se tiene acceso permite extender el análisis más allá del periodo formal de estudio. Hasta aquí la metodología, de acuerdo a las hipótesis de trabajo, permite dar cuenta de los cambios acaecidos en el IMSS desde 1982 hasta 1992 así como también del impacto que estas transformaciones han tenido sobre el SNTSS.

Sin embargo la investigación hace necesario **reconocer las formas de expresión que tienen las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos en el quehacer cotidiano**. Para cumplir con este objetivo se realiza un **acercamiento de tipo experiencial**, que consiste en la observación de algunos centros de atención médica y en entrevistas, algunas estructuradas y otras de carácter informal, realizadas con enfermeras y médicos del nivel operacional y con dirigentes sindicales locales. Este procedimiento se llevó a cabo durante el primer trimestre de 1994, año de esta investigación; aún cuando no corresponde al periodo formal de estudio, resulta esencial su realización, toda vez que permite enriquecer cualitativamente la información obtenida y consecuentemente contribuye al análisis del problema planteado. De no haberse realizado esta aproximación a la realidad, el estudio se consideraría incompleto desde nuestra perspectiva.

Es necesario explicitar que **este proceso empírico, no tiene como objetivo la generalización de los resultados**, a partir de la información obtenida, sino se trata mas bien de una contrastación entre una información de carácter documental, que habla de datos preferentemente cuantitativos, que no siempre logran transmitir el significado o alcance de los mismos y otra información que tiene un carácter cuali-cuantitativo, experiencial y vivencial y que proviene de los propios trabajadores y de la observación de la investigadora. Para la investigación de campo, **el eje que preside la búsqueda de información es la hipótesis general que plantea un proceso deterioro de las condiciones de realización del trabajo del colectivo que se estudia.**

De acuerdo a la definición hecha de este concepto **se seleccionan los indicadores** a través de los cuales se expresan en la realidad concreta dichas condiciones, es decir, se requiere observar cómo se manifiestan los cambios en la organización del trabajo de atención médica así como también cuales son las características que asume el llamado proceso de flexibilización de la relación laboral. En primer lugar, se **observa el comportamiento salarial** de este periodo, como expresión más global del deterioro de las condiciones de realización del trabajo y elemento común a toda relación laboral tanto industrial, como de servicios o de otros sector de la economía.

El salario, se puede considerar como una de las expresiones más evidentes de un proceso de flexibilización laboral, ya que, de acuerdo a la lógica de acumulación de

capital, la relación salarial representa el valor de cambio de la fuerza de trabajo; por lo tanto el comportamiento de éste en un momento dado, da cuenta del valor que tiene dicha fuerza de trabajo. En el mismo sentido, el salario tiene una estrecha relación con la producción y reproducción de la fuerza de trabajo toda vez que le permite adquirir valores de uso tales como alimentación, vestuario, y recreación entre otros, que contribuirán a dicha reproducción social.

El salario está conformado en primer lugar por el sueldo, que constituye la base del mismo y es la referencia para calcular otros componentes de éste como pueden ser, asignaciones por trabajo especial, aguinaldos, vacaciones y/o descuentos por atrasos o inasistencias. La composición del salario experimenta variaciones de acuerdo a la relación laboral que se establece en un dado momento; dichas características permiten evidenciar con toda claridad la determinación que tiene sobre el salario el patrón de acumulación de capital y la intervención del Estado a través de sus políticas respectivas (salarial, laboral, gasto social entre otras).

Enseguida se examina el fenómeno de sobrecarga de trabajo y las expresiones que ella tiene para las enfermeras y médicos, en los tres niveles de atención. Un segundo elemento indicador del fenómeno de flexibilización laboral que permite explicar las características que asumen las condiciones de realización del trabajo en el sector de atención médica, se refiere a la sobrecarga de trabajo, entendida en este estudio, como una pérdida de la relación proporcional entre el sujeto-objeto de trabajo

(pacientes o usuarios), la fuerza de trabajo en términos cuanti y cualitativo (capacitación y competencia) y la disponibilidad de recursos materiales para llevar a cabo este proceso de trabajo, de tal manera que permita prestar servicios, oportunos, eficaces y de calidad.

En efecto, el trabajo de atención médica, involucra una dimensión que incluye los tres componentes arriba señalados; para que ellos puedan darse efectivamente en la realidad concreta del trabajo cotidiano, se requiere de condiciones políticas generales e institucionales que generen las posibilidades de prestar servicios con la oportunidad, eficacia y seguridad que los diferentes colectivos sociales requieran. Cuando estas condiciones políticas no se dan, difícilmente se puede suponer que los trabajadores de atención médica, tengan y estén en condiciones de realizar su proceso laboral bajo estas características señaladas. **En tercer término se observan una serie de elementos que como los mecanismos de control y supervisión del trabajo, están unidos con las relaciones de poder que se dan en la dinámica interna de este proceso de trabajo;** en este aspecto interesa conocer cómo ven y perciben los propios trabajadores su situación laboral con respecto a la carga de trabajo y a las formas de supervisión y control de los procesos laborales.

Para operacionalizar lo antes señalado, se realizan una serie de visitas a centros de atención médica del primer, segundo y tercer nivel; todas ellas se hacen en compañía de alguna trabajadora/or, con varios años de trabajo en el propio centro y con

conocimiento de las distintas dependencias del lugar: para fines de facilitar la información recopilada nos apoyamos con una guía de observación (ver anexo nº2), donde se vaciaron los datos. Fue así como durante más de tres meses, se visitan distintos hospitales y unidades médico familiar de la ciudad de México, utilizándose de acuerdo a las condiciones de cada lugar, distintas técnicas de recopilación de información, siempre bajo la guía de nuestro objeto de estudio y de los lineamientos teóricos que sustentan la investigación.

Los criterios de selección de los centros, son adoptados luego de mantener conversaciones previas de tipo exploratorio, con distintos trabajadores pertenecientes al IMSS, así como también con algunos estudiosos del tema de la seguridad social en el convencimiento que ellos nos aportarían elementos de orientación adecuados, dado su conocimiento de la Seguridad Social y del IMSS. De acuerdo a esto, se decide visitar centros del sector sur y norte de la ciudad; luego de las gestiones realizadas, se tiene acceso a seis lugares, de los cuales dos corresponden a hospitales de tercer nivel (gineco-obstetricia y traumatología); dos, son de segundo nivel y otras dos se tratan de unidades de medicina familiar.

El trabajo con enfermeras y médicos se realiza de forma separada; esto, se decide así de acuerdo a conversaciones previas de tipo informal que se mantuvieron con distintos trabajadores de la institución, ocasiones en las que manifestaron que habría una mayor libertad y fluidez en la expresión de ideas y juicios entre grupos de pares,

que lo que ocurriría, trabajando con enfermeras y médicos juntos. Con las enfermeras, se llevan a cabo tres entrevistas colectivas con grupos que fluctuaron entre dos y diez personas, en su inmensa mayoría, mujeres, con un mínimo de tres años de trabajo y un máximo de veinticinco; muchas de ellas trabajan en dos sitios paralelamente, vale decir tienen doble jornada remunerada, la que generalmente es en centros de atención del sector privado u otro del sector salud público; a ello se agrega el trabajo en el hogar. Estas entrevistas se realizan con una guía (Anexo N°4), para la posterior sistematización de la información; las sesiones tienen una duración aproximada de entre dos y cuatro horas y en general se cuenta con grupos colaboradores, motivados a expresar sus ideas y cuyos aportes resultan enriquecedores.

Para los médicos, se hacen cuatro entrevistas personales con ayuda de una guía (Anexo N°3), que incluye las mismas temáticas abordadas con las enfermeras; aunque esta modalidad se considera menos adecuada para nuestros objetivos, la imposibilidad de reunir grupos de médicos, por cuestiones de horarios, otros trabajos e incluso un poco de resistencia a opinar en grupo, se decide obtener la información de esta forma. Se realizan también entrevistas estructuradas a dirigentes sindicales locales, seccionales y nacionales, con los que se abordan tanto aspectos de la organización sindical en la última década, así como también cuestiones específicas sobre el proceso de deterioro de las condiciones de realización del trabajo en el IMSS.

Además de esta instancia formal, se mantienen varias pláticas de tipo informal con personal de algunas delegaciones sindicales de los centros de atención médica visitados. Es necesario, decir que de la información correspondiente a las enfermeras, que se obtiene en el estudio de campo, resulta comparativamente más abundante tanto en cantidad como en calidad de datos, que la lograda con los médicos. La explicación para ello está dada entre otras cosas por la mayor disponibilidad de participación entre las enfermeras, mientras que con los médicos hay un grado mayor de dificultad así como también resulta más difícil concretar algunas de las entrevistas concertadas con los médicos. Por ello en el análisis de las condiciones de realización del trabajo en la práctica diaria, se advierte un mayor énfasis en la problemática de las enfermeras, lo que se debe justamente a que se cuenta con mayor riqueza de información para ello.

Durante este proceso investigativo se tiene acceso a investigaciones que han sido desarrolladas durante el período de nuestro interés y cuyos temas giran en torno a diferentes aspectos de las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos; por considerar de interés para el objeto de nuestro estudio la información acumulada en ellas, se decidió incorporar algunos de esos resultados en la presente investigación.

Una vez recopilada toda la información de acuerdo a lo descrito hasta aquí, ésta se analiza en dos planos; uno de tipo horizontal, que corresponde a toda aquella

información que permite dar cuenta del proceso de cambios institucionales y sindicales, ocurridos entre 1982 y 1992, los que han determinado a su vez las transformaciones ocurridas en las condiciones en que realizan su trabajo los médicos y enfermeras del IMSS en el mismo periodo señalado. El otro plano de análisis es de tipo vertical que se realiza a partir de la información obtenida fundamentalmente de las observaciones y entrevistas realizadas, misma que como ya se mencionó, aún cuando no pretende constituir una generalización, permite establecer un nivel de comparación entre una realidad muy concreta y las características de las condiciones de realización del trabajo que muestra el análisis de un periodo de diez años de este problema.

Finalmente es necesario señalar que el procedimiento metodológico generó un volumen importante de información, la que aparece sintetizada en la segunda sección "anexos" de este estudio, donde se consigna la revisión al contrato colectivo de trabajo (**anexo nº1**); entrevista a sindicalistas (**anexo nº5**) y metodología para la conversión de cifras en pesos corrientes a cifras en pesos reales a precios de 1982 (**anexo nº6**).

BIBLIOGRAFIA

5. MARCO TEORICO

- 1 Avendaño,C. y Ortega,M.E. Capítulo III. **La reproducción social desde el materialismo histórico.** En: Medicina Social:Consumo y Salud- Enfermedad.Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco. México 1990:28-34.
- 2 Marx, Karl. **El Capital** Tomo I Volumen I Libro primero Capítulo V.Ed.México; Siglo XXI;1991:215.
- 3 Noriega,Mariano.(coordinador). Capítulo I **El trabajo, sus riesgos y la salud.** En: En defensa de la salud en el trabajo. México, Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (Situam);1989:5-12.
- 4 Noriega, Mariano.Capítulo 6 **Organización laboral. Exigencias y enfermedad** p:171. En: Cristina Laurell (Coord.), Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. OPS; Serie Paltex, Salud y sociedad 2000 N°3; 1993:167-187.
- 5 *Ibidem*, p.215-225
- 6 Noriega, *op cit*, p 172
- 7 *Ibidem*, p. 172
- 8 Marx, *op cit*, p 207
- 9 Laurell,Cristina. Capítulo 1. **La construcción teórica-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores** En: Cristina Laurell (Coord.); Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. OPS; Serie Paltex, Salud y sociedad 2000 N°3; 1993:13-35.
- 10 De la Garza,Enrique. **Neoliberalismo y Estado.** En:Cristina Laurell (Coord); Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Cristina Laurell. México Fundación F.Ebert;1992:59-73.
- 11 *Ibidem*, p.59-73
- 12 Ricossa,S. **Diccionario de Economía**; Siglo XXI,1990:580.
- 13 Breilh,Jaime.**Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. deterioro de la salud de los internos de Quito.** En: Revista Salud Problema N°23 Primavera 1993. México UAM-Xochimilco; 1993:21-37.

14 Brito, P. Novick, M y Mercer, H. **El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones.** En: *Revista Educación médica y salud*, Volumen 27 N°1 enero/marzo. OPS/OMS; 1993:4-31.

15 Noriega, *op cit*, p 172

16 Menéndez, Eduardo. Capítulo 3 **Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos.** En: *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones.* México; Centro de Estudios Superiores en Antropología social (CIESAS); 1990:54-61

17 *Ibidem*, p.56

18 Brito, *op cit*, p.18

19 Testa, M. **Profesión y Función Social.** En: *Pensar en Salud. Argentina, Colección Salud Colectiva.* 1993:63-72.

20 *Ibidem*, p.19

21 Martínez et al. **Sociología de una profesión.** El caso de enfermería. México. 1985

22 Berlinguer, Giovanni. Capítulo IV **El papel social del médico.** En: *Medicina y Política.* Ediciones Círculo de estudios; 1977:108-109.

23 *Ibidem*, p.109

24 Brito, *op cit*, p.20

25 *Ibidem*, p.15

26 Noriega, *op cit*, p 173

6. EL IMSS: LA INSTITUCION EMPLEADORA (sus políticas y estrategias)

De acuerdo con la lógica del nuevo patrón de acumulación, puesto en marcha en México a partir de 1982, existe la necesidad de reestructurar (modernizar) consecuentemente, las instituciones del seguro social. Para lograr este propósito se requiere de estrategias adecuadas al contexto sociopolítico en el que se enmarcan. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como institución paraestatal y de dependencia directa del gobierno federal, responde a las políticas que a nivel nacional se implementen en el ámbito económico, social y político.

Bajo el modelo neoliberal, que ha presidido la conducción política nacional en la última década en el ámbito de lo social y, particularmente, en materia de salud o de atención médica, se transita del paradigma característico del estado de bienestar, de extensión de la seguridad pública a toda la población, a otro (neoliberal) que encarga al sector privado la satisfacción de las necesidades sociales reservando la acción pública sólo para la población sin capacidad económica de adquirir el "servicio mercancía"(1), o sea, el paradigma del estado asistencialista o de neobeneficencia(2).

El Seguro Social mexicano necesita ser transformado o "modernizado" de acuerdo a este nuevo tipo de Estado que asume la conducción del modelo social global; ello implica por una parte, generar condiciones para que el sector privado de atención médica, incorpore a su actividad, aquellos grupos de trabajadores que son "rentables"

y, por otra parte, necesita reducir los gastos que genera una institución de la magnitud del IMSS, pero sin que ello signifique que ella desaparezca, toda vez que la función legitimadora que ella cumple difícilmente puede ser reemplazada. Esta es la lógica que ha presidido la conducción del IMSS desde 1982; las estrategias utilizadas para ello (restricción económica, abatimiento salarial, utilización intensiva de los recursos), le permite orientar el proceso modernizador señalado; de ahí también la táctica de propiciar el enfrentamiento entre trabajadores y derechohabientes.

Una forma de legitimar una institución o una actividad, es deslegitimando la contraria; bajo esta premisa, si se logra desprestigiar la seguridad social pública, se puede generar en los usuarios y derechohabientes de la institución la necesidad de mirar a la iniciativa privada como una alternativa posible. Si a esto se suma la "ayuda" del Estado, promoviendo por ejemplo los seguros médicos privados, se generan condiciones propicias para avanzar en el propósito "modernizador". Una vía efectiva (probada en otros sectores de la economía) para acabar con el prestigio de calidad y excelencia que tradicionalmente ha mantenido el IMSS es el "ahorcamiento" financiero. Es justamente este hecho como se verá en detalle más adelante, el que se constituye en este período de análisis en uno de los factores fundamentales, más no el único determinante en el deterioro de las condiciones en que su fuerza de trabajo realiza los procesos laborales de atención médica, con la consecuente afectación en la calidad de atención a los derechohabientes del IMSS.

Antecedentes y precedentes sobre "modernización" (léase privatización) de los sistemas de seguridad social, hay muchos; baste recordar la experiencia de Chile y más recientemente las de Perú y Colombia. En México, también los hay; la creación del Sistema de ahorro para el retiro (SAR), creado en 1992, permite por primera vez, la administración de fondos previsionales por parte del sector privado, que en este caso son las entidades bancarias. El análisis de las políticas institucionales a partir de 1982, que se realiza en los siguientes apartados, permite mostrar de forma clara las principales características del proceso de modernización implementado en el IMSS aproximadamente desde 1982. Dicha caracterización permite explicar en buena medida el proceso de deterioro de las condiciones de realización del trabajo de atención médica en el IMSS.

En primer término se examina la coherencia del IMSS entre la formulación (discurso) de sus políticas institucionales y las acciones concretas que se han llevado a cabo en la realidad; a continuación se analizan las políticas institucionales en su conjunto, con el fin de destacar la inconsistencia existente entre el discurso y las acciones; en segundo término se ve la política de financiamiento, considerada clave para entender la magnitud de los problemas que en este sector experimenta el IMSS, así como para explicar algunas de las consecuencias más relevantes del problema económico del Instituto sobre las condiciones en que se realiza el trabajo de atención médica. En seguida, se analiza la política de cobertura con su consecuente expresión en los servicios prestados, en términos de su comportamiento como acción legitimadora

específica. Con base a las dos políticas precedentes, se analiza la respuesta del Instituto al incremento de la demanda de atención, bajo un proceso de restricción de los recursos financieros, tanto en lo que se refiere a los recursos materiales, como a la política de personal; dicha respuesta se interpreta como una doble estrategia del IMSS (económica y política). Finaliza el capítulo con el análisis de las propuestas del IMSS, para consolidar este proceso "modernizador" iniciado hace más de una década en la institución.

Políticas del IMSS: incoherencia entre el discurso y la acción

Cuando se analiza el discurso oficial de esta institución, se descubre una disociación entre lo que se dice y lo que se hace⁷. Se dice, por ejemplo, que lo prioritario en el IMSS es, mantener unas finanzas sólidas para poder extender los servicios, elevar la calidad de la atención y realizar una administración ordenada y racional. Los hechos, por su parte, muestran que efectivamente se han ampliado los servicios, pero la situación financiera del IMSS, aún cuando en los últimos años (93-94) se observa un aumento de sus ingresos, dista bastante de ser solvente; así mismo se observa que la calidad de la atención ha sufrido un importante deterioro en estos años y que la administración del IMSS, es muy deficiente; retomaremos cada uno de estos aspectos más adelante.

⁷ Se sugiere revisar los informes anuales del Director General del IMSS, así como los discursos pronunciados por el presidente de la república, con motivo de los aniversarios institucionales y el periódico La Jornada del 28 de noviembre de 1994.

Son muchos los sectores que reconocen una situación de crisis en el IMSS; así lo han expresado en diversos medios de comunicación, organizaciones de trabajadores, organismos empresariales, jubilados y pensionados del seguro social, entre otros. En contraste con ello, las autoridades del IMSS, muestran un sorprendente optimismo en sus análisis sobre la marcha de la institución, sosteniendo que los problemas están bajo control y contraponiendo a ellos, los logros alcanzados por ejemplo, en la atención médica, medidos por cierto, en términos cuantitativos, lo que resulta insuficiente como criterio de evaluación de esta actividad laboral (1).

Política de financiamiento del IMSS: ¿solvencia económica o restricción de recursos?

En los primeros seis años de este periodo (82-88), el interés prioritario en lo financiero, estuvo relacionado con la afectación que sufrieron todas las instituciones públicas y para estatales, debido al recorte del gasto social; se recordará que, en el año 1982, se destinaba en cifras reales un 9.1 por ciento del producto interno bruto, a gasto social (cuadro 6.1), porcentaje que cayó a un 6.6 por ciento en 1983 manteniéndose así hasta 1991, año en que se inicia un incremento que se mantiene hasta la actualidad. Congruente con estas cifras globales, el gasto público para el IMSS, experimentó descensos importantes, tanto en cifras reales como en el porcentaje respecto al PIB, llegando en 1988 a un decremento de sus cifra reales equivalente a un 17.2 por ciento; a partir de ese año, inicia una recuperación, llegando en 1992 a un incremento equivalente a un 43 por ciento.

En general todos los indicadores del gasto social muestran una recuperación en las cifras reales aproximadamente desde comienzos de la década de los noventa; sin embargo, no sucede lo mismo con las variaciones porcentuales, donde el gasto programable aparece todavía en 1992, más bajo que en 1982 en ocho puntos porcentuales. En cuanto a las variaciones promedio de 10 años, se observa que tanto el gasto programable como el social, tuvieron decrementos, mientras que el IMSS, tuvo un incremento promedio de tan sólo un 3 por ciento (cuadro 6.2).

CUADRO 6.1
RELACIÓN PIB/GASTO SOCIAL/GASTO DEL IMSS
1982-1993*

| AÑO | PIB | GASTO PROG | % PIB | GASTO SOCIAL | % PIB | IMSS | %PIB | % GS |
|------|---------|---------------|----------|-----------------|----------|-------|------|------|
| 1982 | 9797.8 | 2643.5 | 27.0 | 894.0 | 9.1 | 221.4 | 2.25 | 24.7 |
| 1983 | 10437.0 | 2478.7 | 23.7 | 694.6 | 6.6 | 201.1 | 1.92 | 28.9 |
| 1984 | 11722.9 | 2840.6 | 24.2 | 785.2 | 6.6 | 210.0 | 1.79 | 26.7 |
| 1985 | 11949.4 | 2665.5 | 22.3 | 829.6 | 6.9 | 209.0 | 1.74 | 25.2 |
| 1986 | 10721.8 | 2328.2 | 21.7 | 713.6 | 6.6 | 209.4 | 1.95 | 29.3 |
| 1987 | 11751.4 | 2384.3 | 20.3 | 729.2 | 6.2 | 197.1 | 1.67 | 27.0 |
| 1988 | 10647.4 | 2024.0 | 19.0 | 647.0 | 6.0 | 183.4 | 1.72 | 28.3 |
| 1989 | 11534.6 | 2005.8 | 17.4 | 711.9 | 6.1 | 218.3 | 1.89 | 30.6 |
| 1990 | 12315.0 | 2101.3 | 17.1 | 796.8 | 6.4 | 249.3 | 2.02 | 31.2 |
| 1991 | 12654.5 | 2177.6 | 17.2 | 975.9 | 7.7 | 293.1 | 2.31 | 30.0 |
| 1992 | 13083.5 | 2257.3 | 17.3 | 1114.4 | 8.5 | 316.3 | 2.41 | 28.3 |
| 1993 | 13377.7 | 2428.8 | 18.2 | 1255.4 | 9.4 | S/D | S/D | S/D |

* millones de nuevos pesos a precios de 1982

** cifras deflactadas de acuerdo al INPC del
V Informe de Gobierno de 1993:503.

Fuente: Datos del V Informe de Gobierno: 242/
278/280.

| CUADRO 6.2 VARIACIÓN DE INDICADORES 1982/1992 | | |
|--|--------------------|----------------------------------|
| INDICADOR | VARIACIÓN 82/92 | VARIACION PROMEDIO EN 10 AÑOS |
| PIB | 33.5% | 19.2% |
| GASTO PROGR. | 114.1% | (12.0%) |
| G.SOCIAL | 24.7% | (10.5%) |
| IMSS | 42.8% | 3.3% |

Fuente: Datos el V Informe de Gobierno, 1993.

A estos decrementos señalados, en el gasto público destinado al IMSS, durante la década de los ochenta y levemente recuperados al comenzar la presente, hay que agregar el hecho que el Instituto, no venía de una época bollante, toda vez que las cifras de finales de la década de los setenta ya hacían ver un proceso de deterioro económico, producto del agotamiento del modelo económico. Por todo esto, en los últimos seis años, la prioridad financiera del IMSS, se relaciona con la necesidad de obtener solvencia económica, toda vez que se han hecho evidentes serios problemas en las fuentes generadoras de los ingresos de la institución. Para los directivos del IMSS, dicha solvencia económica se entiende como un incremento de la productividad de los servicios, ajustándose a los menores recursos con que se cuenta(4).

Las transformaciones en sus fuentes de ingresos

La estructura de financiamiento del IMSS, está sustentada en los ingresos que recibe por concepto de cuatro seguros, que son: el de Riesgos de Trabajo, el de Guarderías Infantiles,

el de Enfermedad y maternidad y el de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte en edad avanzada (IVCM). La ley del Seguro Social establece que tanto el seguro de riesgos de trabajo (artículo 77), como el de guarderías (artículo 191), serán cubiertos íntegramente por los patrones. En relación a los seguros de enfermedad y maternidad y al de IVCM, el aporte es de carácter tripartita, donde participan, el trabajador, el patrón y el Estado^{*}. **El monto de las cotizaciones se calculan sobre el salario diario base de cotización del trabajador**, por lo que las variaciones del salario tienen una repercusión directa sobre los recursos económicos de la institución. En el periodo que se analiza, los cuatro seguros experimentaron descensos en sus ingresos lo que se explica en gran medida precisamente por la variación negativa de los salarios.

De estos cuatro seguros mencionados, los más importantes por la magnitud de sus aportes al IMSS (en cifras redondeadas, 50 y 30 por ciento del total de ingresos, respectivamente), son el de enfermedad y maternidad y el de IVCM. Ambos seguros, históricamente relacionados, han experimentado variaciones importantes en este periodo, afectando seriamente el financiamiento de la institución. En efecto, *el seguro de enfermedad y maternidad* (cuadro 6.3), muestra desde el año 83 al 88, una disminución de sus ingresos, con respecto al año de 1982, la que en promedio fue de un 5.3 por ciento; por su parte, los gastos, con excepción del año 89, sobrepasan siempre a las cifras de los ingresos. de esta forma aún cuando este es el seguro que mayores ingresos proporciona, también es el que

^{*} Para el seguro de enfermedad y maternidad, el artículo 114 de la ley del seguro social, establece que el patrón aportará las cuotas del 8.90% y el trabajador el 3.05%, sobre el salario diario de cotización. Para el seguro de IVCM, el artículo 177, establece que a los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir para este seguro, las cuotas del 4.70% y 2.00% sobre el salario base de cotización respectivamente.

más recursos gasta. Así en el periodo 1989-1993, las cifras de ingresos experimentaron una recuperación equivalente a un 61.5 por ciento; pero los egresos, entre 1982 y 1992, se elevaron en un 71.8 por ciento.

Por su parte, *el seguro de IVCM*, con un sistema de financiamiento de "capitalización colectiva con prima media general", modalidad que originó un considerable volumen de reservas(5), lo que dio como resultado que este seguro se manejara históricamente con balances de saldos positivos. Los fondos de reserva se utilizaron para construir gran parte de la infraestructura hospitalaria del IMSS, así como también para sostener el seguro de enfermedad, aunque ello no es una disposición legal. En estos últimos doce años (cuadro 6.4), se observa un proceso de disminución de los excedentes de este seguro, el que se hace más notorio en los años 86 y 87, para producirse finalmente en 1989, por primera vez, un balance negativo. La causa de esta variación está, por una parte en la disminución de sus ingresos (como promedio, un 7.8 por ciento, entre 1983-1989), con respecto a 1982 y, por otro lado, en el incremento de sus gastos, los que se elevaron entre 1982 y 1993 en un 165.4 por ciento, cifra superior a la recuperación que muestran los ingresos a partir de 1990, que llegó en 1993 a un 62.5 por ciento. El incremento progresivo del gasto de este seguro, se debe por una parte al aumento demográfico del número de jubilados, que ha significado cuadruplicar el número entre 1982 y 1992 (de 590 mil a 2.5 millones) y por otra, al incremento del monto de las pensiones, pero con el agravante que ello no ha significado un mejoramiento real de las mismas, toda vez que recién el primero de enero de 1995, alcanzarán el equivalente a un salario mínimo (aprox. n\$16/día).

vez que recién el primero de enero de 1995, alcanzarán el equivalente a un salario mínimo (aprox. n\$16/día).

| CUADRO 6.3 SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD* 1982-1993 | | | CUADRO 6.4 SEGURO DE IVCM* 1982-1993 | | |
|--|----------|---------------|---|----------------|---------|
| AÑO | INGRESOS | EGRESOS | AÑO | INGRESOS | EGRESOS |
| 1982 | 111.6 | 129.0 | 1982 | 79.3 | 44.8 |
| 1983 | 96.9 | 124.6 | 1983 | 71.0 | 44.8 |
| 1984 | 107.9 | 133.8 | 1984 | 71.7 | 44.1 |
| 1985 | 116.6 | 131.8 | 1985 | 78.8 | 49.0 |
| 1986 | 109.3 | 112.4 | 1986 | 71.2 | 60.8 |
| 1987 | 111.9 | 120.0 | 1987 | 71.9 | 63.5 |
| 1988 | 102.6 | 133.6 | 1988 | 69.3 | 39.2 |
| 1989 | 150.2 | 130.0 | 1989 | 77.8 | 92.3 |
| 1990 | 162.3 | 158.7 | 1990 | 80.8 | 79.2 |
| 1991 | 179.4 | 183.1 | 1991 | 106.8 | 97.7 |
| 1992 | 196.3 | 205.2 | 1992 | 119.9 | 107.2 |
| 1993 | 213.4 | 221.6 | 1993 | 128.9 | 118.9 |
| VARIACION 82/92 | | | | | |
| Ingresos 91.2% | | Egresos 71.8% | | Ingresos 62.5% | |
| | | | | Egresos 165.4% | |

* millones de N\$ a precios de 1982

Fuente: Datos del V Informe de Gobierno.1993:579

De esta forma, el IMSS, se encuentra frente a la necesidad de responder a los altos costos que demanda la atención médica sustentada en un modelo de tipo curativo y reparador y también a las demandas de mejoramiento de las pensiones comparativamente más bajas que las del resto de los seguros sociales; todo esto, en una situación en que sus recursos económicos se ven mermados. Al parecer, el IMSS, no capitalizó sus recursos, con una

visión de largo plazo cuando tuvo oportunidad de hacerlo; ahora frente a las necesidades arriba señaladas, pero también ante los requerimientos del nuevo modelo económico, debe adecuar sus funciones de tal manera que se puedan seguir realizando, pero ajustándose a una política de restricción económica. En junio de 1993, como una forma de "fortalecer las finanzas institucionales" (de acuerdo a la exposición de motivos), el poder legislativo aprobó una modificación a la ley del Seguro Social, en el sentido de incrementar las aportaciones obrero-patrón en 1.5 por ciento en relación a la masa salarial; además de ello se elevó el tope máximo de cotización de 10 a 25 salarios mínimos. A decir de algunos comentarios críticos al respecto(6), estas modificaciones si bien son positivas y de alguna forma representan un "respiro" a las finanzas del IMSS, de ninguna manera pueden considerarse una solución de largo plazo, ni tampoco al rezago de casi tres lustros.

Se ha dicho que todos los seguros que conforman las fuentes de financiamiento del IMSS, han disminuido sus ingresos como efecto directo del deterioro salarial. Los datos cuantitativos(cuadro 6.5), permiten evidenciar esta afirmación; en ellos vemos que el salario promedio de cotización real experimentó una caída a partir de 1983, la que se ha mantenido durante todos los años del periodo que se analiza; en 1993, todavía las cifras estaban un 27 por ciento por debajo de las de 1982.

Consecuentemente, la *masa salarial de cotización*, muestra el mismo deterioro, superando la cifra del año de referencia, sólo en 1990, lo que sucede a expensas del incremento de cotizantes.

**CUADRO 6.5
MASA SALARIAL
DE LOS COTIZANTES DEL IMSS
1982-1993**

| AÑO | COTIZANTES | SALARIO PROMEDIO | MASA SALARIAL |
|------------------------|------------|------------------|---------------|
| 1982 | 5.090.213 | 0.602 | 3,064.3 |
| 1983 | 5.150.402 | 0.520 | 2,677.2 |
| 1984 | 5.405.948 | 0.489 | 2,644.9 |
| 1985 | 5.849.779 | 0.494 | 2,888.3 |
| 1986 | 6.023.004 | 0.457 | 2,750.3 |
| 1987 | 6.215.807 | 0.424 | 2,633.2 |
| 1988 | 6.768.157 | 0.387 | 2,616.1 |
| 1989 | 7.385.427 | 0.411 | 3,039.9 |
| 1990 | 8.028.655 | 0.409 | 3,284.6 |
| 1991 | 8.550.016 | 0.421 | 3,597.6 |
| 1992 | 8.737.722 | 0.440 | 3,843.1 |
| 1993 | 8.758.749 | 0.456 | 3,989.7 |
| VARIACION 82/93 | | | |
| | 72% | -27% | 30% |

* el salario promedio de cotización anual en términos reales, es el promedio aritmético de los salarios reales bimestrales.

la masa salarial real es el producto del salario promedio de cotización real por el n° de cotizantes permanentes asalariados.

Fuente: V Informe de Gobierno 1993 Anexo pp 503.

A esta situación del IMSS, derivada del comportamiento de sus seguros, y del deterioro de la masa salarial de cotización, hay que agregar lo sucedido con el *aporte del Estado*. Históricamente el Estado aportó, aproximadamente un 10 por ciento de los ingresos del

IMSS; en 1986, se produce un cambio sin precedente, al modificarse al artículo 115 de la Ley del Seguro Social, donde se establece que desde esa fecha el Estado contribuirá con el 7.143 por ciento del total de las cuotas patronales. En términos simples, esto significó una disminución del aporte estatal a un 7.8 por ciento, mismo que en 1992 descendió a un 5%, lo que significa una caída de un 50 por ciento con respecto a la participación que tenía antes de esta fecha(7). Esto, además del significado económico que tiene en términos de ser un factor contribuyente al desfinanciamiento del IMSS, tiene también una importancia política en el sentido que dicha disposición legal, rompe con uno de los principios en el que sustentó su nacimiento el seguro social mexicano, donde el Estado, como expresión de un momento histórico asume un compromiso con la fuerza de trabajo asegurada.

El presupuesto del IMSS: contención de gastos en áreas estratégicas

Las variaciones experimentadas por el presupuesto total entre 1982 y 1993 (cuadro 6.6), muestran un deterioro de los recursos financieros durante todo el sexenio 82-88 y una recuperación de los mismos a partir de 1989. La distribución de ese presupuesto de acuerdo a la población derechohabiente, muestra una recuperación más lenta, siendo hasta 1991, cuando se sobrepasan los niveles que tenía en 1982.

CUADRO 6.6
VARIACIÓN DEL PRESUPUESTO Y GASTO PERCAPITA ANUAL
IMSS*
1982-1993

| AÑO | POBLACION D-H** | PRESUP ANUAL | PRESUP.PERCA PITA | GASTO TOTAL | GASTO PER CAPITA |
|-------------------------------|--------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------|
| 1982 | 27.100 | 240.7 | 88.8 | 204.3 | 75.2 |
| 1983 | 28.400 | 207.5 | 72.8 | 200.6 | 70.3 |
| 1984 | 29.300 | 219.5 | 74.8 | 211.0 | 71.7 |
| 1985 | 31.500 | 239.8 | 76.1 | 217.0 | 68.8 |
| 1986 | 31.000 | 215.6 | 69.1 | 206.9 | 66.5 |
| 1987 | 34.300 | 221.9 | 64.5 | 219.2 | 63.7 |
| 1988 | 35.800 | 203.7 | 56.5 | 202.6 | 56.2 |
| VARIACION 82-88 | | | | | |
| Presupuesto: -15.4% | | P.percápita: -36.4% | | Gasto total: -0.8% | |
| G.percápita: -25.3% | | | | | |
| 1989 | 37.200 | 265.8 | 71.5 | 256.3 | 68.8 |
| 1990 | 38.500 | 283.1 | 73.3 | 268.0 | 69.4 |
| 1991 | 38.900 | 331.2 | 84.8 | 305.2 | 78.2 |
| 1992 | 37.400 | 364.7 | 97.3 | 349.9 | 93.5 |
| 1993 | 36.737 | 397.0 | 108.0 | 384.7 | 104.7 |
| VARIACION 89-93 | | | | | |
| Presupuesto: 49.4% | | P.percápita: 51.0% | | Gasto total: 50% | |
| G.percápita: 52.1% | | | | | |

* miles de personas

** las cifras totales se refieren a mill de n\$

*** las cifras percápita se refieren a n\$

Fuente: Datos V Informe de Gobierno, 1993. pp 579

Este incremento, sin duda importante, tanto en el presupuesto global como per cápita, no debe confundirse con una solución al proceso de descapitalización sufrido por el IMSS, como producto de la restricción de sus recursos económicos.

Si se observa específicamente la variación de la diferencia entre presupuesto y gasto del IMSS, para estos doce años (cuadro 6.7), destaca en ella, el decremento importante de los saldos. En otras palabras, en 1982 el IMSS aparece con un saldo en cuenta corriente de n\$36.4 millones, mientras que en 1993, este mismo saldo asciende sólo a n\$12.3 millones; en los años intermedios, se aprecia una situación en que prácticamente el IMSS, no tuvo excedentes en su balance presupuestal. En términos porcentuales, el mismo cuadro muestra que durante todo el periodo de análisis, las cifras correspondiente a esta diferencia aparecen por debajo del año de referencia que es 1982.

| CUADRO 6.7 SALDO EN CUENTA CORRIENTE DEL IMSS* 1982-1993 | | |
|--|------------------------|------------|
| AÑO | SALDO PRESUP/ GASTO | PORCENTAJE |
| 1982 | 36.4 | 100 |
| 1983 | 6.9 | (81.0) |
| 1984 | 8.5 | (76.6) |
| 1985 | 22.8 | (37.4) |
| 1986 | 8.7 | (76.0) |
| 1987 | 2.7 | (92.6) |
| 1988 | 1.1 | (97.0) |
| 1989 | 9.5 | (73.9) |
| 1990 | 15.1 | (58.5) |
| 1991 | 26.0 | (28.6) |
| 1992 | 14.8 | (59.3) |
| 1993 | 12.3 | (66.2) |

* millones de n\$ a precios de 1982
Fuente: Datos del V Informe de Gobierno
1993 pp 579.

Este decremento señalado se presenta tanto para los gastos corrientes como para los de capital; los primeros, muestran una recuperación a partir de la presente década, mientras que los segundos (capital), muestran una recuperación muy lenta, aún cuando experimentaron una fuerte caída (en promedio fue de un 60.7%), teniendo en la actualidad un nivel 30 por ciento menor que el que tenían en 1982 (8). En definitiva, se puede resumir este panorama financiero del IMSS, en una disminución real de sus ingresos, con una elevación constante de sus gastos.

¿Cómo distribuyó su presupuesto el IMSS en estos últimos doce años?

Los datos y cifras relacionadas con gastos por diferentes conceptos, proporcionada por la propia institución, sufrieron modificaciones en su desagregación en el año 1989, lo que no hace posible establecer comparaciones en todos los rubros entre el 82 y 92; la causa de esta modificación no está clara; se supone que el motivo puede deberse a ajustes en la contabilidad interna de la institución. Sin embargo, dado el menoscabo de las finanzas del IMSS y la aplicación de una política de "hacer más con menos", se puede suponer que las modificaciones a las formas de agregar y desagregar datos, permite encubrir la verdadera magnitud de la crisis institucional, por la dificultad que implica desentrañar la composición de la información cuando ésta no se mantiene constante en un mismo periodo de análisis.

Como ya se adelantaba, los gastos mayores corresponden a los de prestaciones médicas, aún cuando presentan fluctuaciones, su tendencia a partir de 1983, es a

disminuir su porcentaje con respecto al total de gastos, situación que se mantiene hasta 1989, último año en que aparece registrado este rubro.(cuadro 6.8); otras fuentes(6), señalan que en 1993, las prestaciones médicas representaban el 46 por ciento del total. Esta retracción importante del presupuesto para la atención médica, explica, en buena medida el deterioro de las condiciones de realización del trabajo de médicos y enfermeras, como se verá más adelante. Por su parte, las prestaciones en dinero experimentaron un incremento casi permanente, siendo en 1992 un 45.4 por ciento superior a las de 1982, lo que se debe fundamentalmente a la actualización de las pensiones.

El comportamiento en el rubro provisiones (no hay información sobre los rubros que componen este gasto), fue muy fluctuante; si solamente se observara la variación 82-89, (117 por ciento de incremento), se podría sostener que éste no tuvo afectación por la disminución de ingresos de la institución; sin embargo es importante mirar el año 1988, en el cual se destinó a este rubro tan sólo un 1.5 por ciento de todo el gasto lo que equivale a casi un 60 por ciento de decremento con respecto al 82 y a un 80 por ciento con respecto al año 86 (cuadro 6.8 y 6.9). Finalmente en relación a los gastos administrativos, las cifras oficiales, muestran un descenso equivalente a alrededor de tres puntos porcentuales entre 1982 y 1989 (último año de aparición de este rubro); sin embargo estas cifras siguen siendo elevadas toda vez que los estándares internacionales, estiman que los gastos de administración de una institución no deben sobrepasar de un 10 por ciento.

**CUADRO 6.8
GASTOS DEL IMSS
1982-1989**

| AÑO | GASTO TOTAL | ASISTENCIA MEDICA | PREST. EN DINERO | PROVISIONES | ADMON |
|------|-------------|-------------------|------------------|-------------|-------|
| 1982 | 204.3 | 51.7% | 17.4% | 2.9% | 18.3% |
| 1983 | 200.6 | 50.5% | 13.1% | 4.4% | 19.0% |
| 1984 | 211.0 | 53.1% | 17.9% | 4.0% | 17.5% |
| 1985 | 217.1 | 47.8% | 19.3% | 6.0% | 17.1% |
| 1986 | 206.9 | 40.9% | 20.2% | 7.1% | 17.25 |
| 1987 | 219.3 | 43.2% | 18.3% | 4.3% | 14.1% |
| 1988 | 202.6 | 51.5% | 18.85 | 1.5% | 16.25 |
| 1989 | 256.3 | 43.0% | 25.3% | 6.3% | 14.5% |

* porcentaje del gasto total

Fuente: Anuario Estadístico del IMSS 1991-1992

**CUADRO Nº 6.9
GASTOS DEL IMSS
1989-1992**

| AÑO | GASTO TOTAL | SERVICIOS DE PERS. | CONSUMOS | PREST. EN DINERO | MANTENC. SERV. GRLES |
|------|-------------|--------------------|----------|------------------|----------------------|
| 1989 | 256.3 | 43.4% | 12.3% | 25.3% | 4.8% |
| 1990 | 268.0 | 47.7% | 14.4% | 23.9% | 6.0% |
| 1991 | 315.7 | 50.0% | 11.5% | 25.4% | 5.7% |
| 1992 | 349.9 | 51.1% | 10.6% | 25.4% | 5.75 |

* porcentaje del gasto total

Fuente: Anuario Estadístico del IMSS 1991-1992.

Uno de los rubros de nueva denominación a partir de 1989 (cuadro 6.8), más relevantes, es el llamado "servicios de personal" que tiene relación con todo lo que se refiere a pago de salarios a los trabajadores de la institución; vemos que el gasto por este concepto, experimentó un incremento de un 17 por ciento entre el 89 y el 92, apareciendo como el

gasto cuantitativamente más importante (aprox. un 50 por ciento del gasto total). El rubro "consumos", también de nueva denominación y que los documentos oficiales no especifican los aspectos que incluye, muestra un descenso en sus cifras, equivalente a un 14 por ciento con respecto a 1989.

En resumen, las cifras hasta aquí señaladas en relación a los gastos, aún cuando presentan dificultades en su lectura, permiten evidenciar lo que se puede considerar un certero ataque a los cimientos financieros del IMSS; la caída de sus ingresos, la disminución importante del presupuesto per cápita y la contención de gastos en áreas estratégicas, van conformando los elementos que caracterizan el proceso de modernización del IMSS.

Descapitalización del IMSS: Menos Ingresos y Deficiente Administración

Sobre la base de una situación financiera deteriorada - si bien con indicios de una aparente recuperación de sus ingresos - a causa de problemas aún no resueltos en sus dos principales seguros, el IMSS evidencia también dificultades importantes relacionadas con la administración y gestión del Instituto, mismos que aparecen como un factor importante en la profundización de la crisis. Una primera cuestión se refiere a la utilización política que se ha hecho de la institución; en efecto, el sistema presidencialista que históricamente ha regido la conducción del país, ha significado en el caso del IMSS, que además de designar personalmente al titular de la institución, el cargo sea ocupado más en función de las necesidades políticas contingentes, que de las del IMSS.

Un ejemplo de lo anterior: durante el último sexenio han ocupado la dirección general del IMSS, tres personas diferentes, a los que aún cuando se les considerara "expertos" en cuestiones de seguridad social, gestión de instituciones, planificación de personal o alguna otra competencia que los hiciera idóneo para el cargo, por el solo hecho de rotar por cortos lapsos de tiempo, habría que poner en duda la calidad de su gestión al frente de una institución considerada como la más importante por su tamaño y alcance social.

Ya veíamos en el apartado anterior, algunas cifras oficiales en relación a los gastos de administración; otras fuentes, señalan por ejemplo que en la década de los ochenta los costos de la seguridad social en administración han sido iguales a los del rubro de prestaciones económicas; sin embargo en 1989, los primeros constituyeron un 12 por ciento de los ingresos, mientras que los segundos alcanzaron casi un 28 por ciento (10). Parece haber coincidencia entre distintas fuentes de información que el IMSS, ha privilegiado el gasto administrativo en desmedro de sectores tan relevantes como el de la atención médica; así, por ejemplo, se sostiene que entre 1985 y 1993 el incremento de plazas en el sector administrativo se incrementó de un 26.14 por ciento a un 41.33 por ciento (11).

Con relación a otros aspectos, está el hecho antes comentado de la deficiencia en el manejo de los fondos previsionales, en el sentido de no haber buscado caminos de capitalización de los mismos, para cubrir el natural crecimiento demográfico de la población jubilada. En cuanto a su función de control que le asigna la propia ley del

Seguro Social, con el fin de vigilar el correcto cumplimiento del pago de cotizaciones, se ha criticado esa especie de "tradición de evasión" de las aportaciones legales de algunos (no sabemos cuantos), bajo diversas modalidades como el no registro de sus trabajadores, o cotizando con base a salarios menores de los que pagan; este hecho se conjunta con otra "tradición" como es el soborno o "mordida" a los inspectores encargados del control de esta evasión. La reforma a la Ley del Seguro Social, realizada en 1993¹, explicita en su exposición de motivos, el propósito de aminorar esta "costumbre evasiva", por medio del establecimiento de nuevas disposiciones al respecto; falta ver por cierto, los resultados de la misma.

Específicamente, lo que se refiere a la atención médica, es notable la falta de una política que permita financiar los costos que ella tiene, dado el modelo de atención curativa en el que se sustenta la atención; asimismo no existe una política a más largo plazo en el sentido de propiciar una transformación de la atención, centrando su eje en lo preventivo, sin que ello signifique descuidar las reales necesidades del nivel secundario y terciario de atención. En definitiva, bajo este proceso de modernización del IMSS, no se advierte en los hechos un interés real en la salud de los trabajadores y derechohabientes de la institución, sino que la prioridad es meramente cuantitativa; se requiere producir más servicios al menor costo posible.

¹ Con motivo de esta modificación se afectaron los artículos, 114(seguro de enfermedad); 177(seguro de IVCM); 33(sobre los límites salariales de cotización); 79(tablas de riesgo de trabajo) y 32(ampliación del salario base de cotización).

Pero los problemas de la atención médica también demuestran la utilización política que se hace de la institución. Se puede afirmar que buena parte de la "imagen" del IMSS, se sustenta en sus instalaciones hospitalarias y de manera especial en los centros de alta especialización, los que a pesar del desfinanciamiento del IMSS, se les ha seguido dando prioridad, solventando los altos costos que generan sus instalaciones y su mantención, seguramente en desmedro de los servicios que prestan atención a amplios sectores de la población derechohabientes, como por ejemplo los de urgencias, claro que ellos no "sirven" para dar la imagen que proporciona por ejemplo, el recién creado centro de trasplantes del Centro médico La Raza.

Política de Cobertura y Prestación de Servicios

Se recordará que entre las funciones importantes de las instituciones de seguridad social, está la de legitimación de la acción del Estado y del modelo económico; dicha función aún cuando asume características particulares históricas en cada formación social, siempre constituyen una necesidad que debe buscar formas de realización. El IMSS, consecuente con esta afirmación inició en la década de los setenta importantes modificaciones a la ley del Seguro Social, que implicaban extender la cobertura de atención.

El siguiente párrafo es claro al respecto cuando dice que, *"...consolidada la estructura económica del Seguro dentro del ámbito de su aplicación actual, debe afrontar entre otros problemas, la insuficiencia de la capacidad instalada en sus unidades de servicio y la demanda que*

se derivará de su extensión a núcleos demográficos hasta ahora no incorporados"(12). Como estrategia para la solución de estos problemas, el ejecutivo federal proponía de parte del IMSS, "*... una más flexible capacidad de disposición y utilización de todos los recursos, de un mayor número de instalaciones que son la base de su capacidad real de aseguramiento y de una aplicación cada vez más racional de sus inversiones rentables*"(13). Queda claro entonces que el aumento de cobertura respondió a una política institucional, proveniente de una decisión del ejecutivo federal; las propias autoridades actuales del IMSS, así lo han confirmado. El Sub Director Administrativo del IMSS, lo reiteraba expresando que "*... la situación que vive el instituto tiene su origen en una decisión política, la cual es llevar los servicios de salud al mayor número posible de mexicanos, por la misma razón se utilizó el seguro de IVCM y las reservas actuariales se invirtieron en hospitales*"(14).

Los efectos de esta decisión política no se dejaron esperar; entre 1973 y 1982, la población derechohabiente se duplicó (pasando de 13 millones a aproximadamente 26 millones de personas); en esa época como ya se ha mencionado se evidenciaba la crisis del modelo de sustitución de importaciones con las repercusiones políticas y sociales de las que el IMSS no estuvo ajeno. Así es como entonces la variación de la población legal del IMSS en el periodo 82-93, es necesario analizarla tomando en cuenta lo sucedido al respecto en la década de los setenta.

Desde 1982 y hasta el año de 1993, la población derechohabiente (cuadro 6.10), del IMSS se incrementó en un 36.7 por ciento, lo que equivale en cifras nominales a aprox. 10

millones de personas. El **incremento** mayor, lo ha experimentado el sector de **pensionados y jubilados**, con un **330 por ciento** lo que equivale en términos nominales a aprox. 2.5 millones de personas; solamente entre el 92 y el 93, el aumento fue de aproximadamente un millón de personas.

CUADRO 6.10
VARIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DERECHOHABIENTE DEL IMSS*
1982-1993

| AÑO | POBLACION LEGAL | ASEGURADOS PERM Y EVENT. | PENSIONADOS Y JUBILADOS | FAMILIARES | | |
|------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|------|--------|
| 1982 | 27.100 | 7.000 | 25.8% | 590 | 2.1% | 19.257 |
| 1983 | 28.400 | 7.100 | 25.0% | 631 | 2.2% | 19.287 |
| 1984 | 29.300 | 7.600 | 25.9% | 756 | 2.5% | 20.924 |
| 1985 | 31.500 | 8.100 | 25.7% | 838 | 2.65 | 22.462 |
| 1986 | 31.000 | 7.900 | 25.4% | 900 | 2.9% | 22.130 |
| 1987 | 34.300 | 8.700 | 25.3% | 960 | 2.8% | 24.540 |
| 1988 | 35.800 | 8.900 | 24.8% | 1000 | 2.8% | 25.100 |
| 1989 | 37.200 | 9.900 | 26.6% | 1100 | 3.0% | 26.100 |
| 1990 | 38.500 | 10.700 | 27.7% | 1170 | 3.0% | 26.500 |
| 1991 | 38.900 | 11.300 | 29.0% | 1200 | 3.1% | 26.300 |
| 1992 | 37.400 | 11.300 | 30.2% | 1260 | 3.4% | 24.810 |
| 1993 | 36.737 | 11.317 | 30.6% | 2536 | 6.75 | 22.884 |

* Los porcentajes están calculados en base a cifras redondeadas y están en relación al total de población.

** miles de personas.

Fuente: Datos del anuario estadístico del IMSS 1992-1992.

En síntesis, en los últimos veinte años, la población derechohabiente del IMSS, se incrementó en más de veinte millones de personas, lo que generó a su vez un aumento significativo de la demanda de atención; todo ello en el contexto de un proceso de transformaciones económicas que han significado para el Instituto una severa

descapitalización por el decremento de sus fuentes de ingresos. Junto con la variación experimentada por la población legal, también la población usuaria de los servicios de atención médica del IMSS ha aumentado (cuadro 6.11). Las cifras muestran que dicho incremento entre 1982 y 1993, equivale a un 39.4 por ciento, lo que nominalmente significa que en una década se atienden 6.7 millones más de personas. En 1988, ocurre en el IMSS un reordenamiento de carácter administrativo por medio del cual se reducen de seis a cuatro las delegaciones institucionales existentes hasta ese momento, trasladándose los municipios conurbados al estado de México.

Seguramente el decremento de la población usuaria que aparece en las cifras del Distrito Federal se debe a esta reordenación; por la misma causa se puede explicar también el incremento de población usuaria en el estado de México, ya que ahí se creó un agrupamiento de población bajo la denominación territorial de estado de México- Zona Oriente, con cifras que superan a las que disminuyeron en la capital de la república.

De acuerdo con el programa de desconcentración y rezonificación del Valle de México, el Consejo Técnico acuerda en mayo de 1988, cambiar la denominación de las delegaciones del Valle de México por las delegaciones del Distrito Federal, reduciendo la división territorial de la institución a cuatro delegaciones en el Distrito Federal (antes eran seis), traspasando los municipios conurbados al estado de México.

**CUADRO N°6.11
POBLACION USUARIA DEL IMSS*
1982-1993**

| AÑO | TOTAL | DISTRITO FEDERAL | ESTADOS | ESTADO DE MEXICO Zona Oriente | |
|------|--------|---------------------|---------|----------------------------------|--------------|
| | | | | | |
| 1982 | 17.253 | 5.339 | 11.914 | 238 | ** |
| 1983 | 18.524 | 5.600 | 12.924 | 254 | ** |
| 1984 | 18.649 | 5.114 | 13.535 | 269 | ** |
| 1985 | 19.240 | 5.225 | 14.014 | 293 | ** |
| 1986 | 20.162 | 5.810 | 14.657 | 311 | ** |
| 1987 | 21.706 | 3.674 | 18.031 | 345 | 2.314 |
| 1988 | 23.066 | 3.899 | 19.166 | 377 | 2.571 |
| 1989 | 22.035 | 3.410 | 18.625 | 330 | 2.471 |
| 1990 | 23.428 | 3.634 | 19.794 | 368 | 2.712 |
| 1991 | 24.485 | 3.859 | 20.626 | 408 | 2.944 |
| 1992 | 23.782 | 3.841 | 19.941 | 391 | 2.950 |
| 1993 | 24.043 | 3.871 | 20.172 | 415 | 3.003 |

* se refiere al promedio anual, en miles de personas

**a partir de 1987 se crea la zona oriente

Fuente: Anuario estadístico del IMSS de varios años.

En definitiva, en la última década no solo se ha mantenido en el IMSS la política de extensión de cobertura iniciada en los años setenta, sino que se ha ampliado a otros sectores de la población, incorporándose por ejemplo al seguro facultativo para los estudiantes (Título tercero del régimen voluntario del seguro social), trabajadores de la construcción a obra o tiempo determinado (artículo 19 fracción V bis) algunos sectores campesinos, las trabajadoras del hogar, etc.

El incremento de la población usuaria sin embargo no obedece de manera exclusiva a la política de extensión de cobertura sino que también a un hecho específico que se ha dado en este período con beneficiarios que en otra época no demandaban atención en el IMSS y que debido al deterioro de las condiciones de vida y del abatimiento de los salarios, se han transformado en usuarios; todo lo anterior se traduce en un incremento en el uso de los servicios que presta la institución. En el siguiente apartado analizaremos esto con relación específica a los servicios de atención médica.

Prestación de servicios de atención médica

Si se revisan algunas cifras en cuanto a los servicios médicos que ha proporcionado el IMSS en los últimos diez años (cuadro 6.12), vemos que todos ellos experimentaron incrementos importantes. Así en 10 años, el IMSS incrementó en **más de 21 millones las consultas externas**; de igual forma se destacan los incrementos de las **consultas de urgencia y las intervenciones quirúrgicas, ambas con más de un 50 por ciento.**

Por su parte, los egresos del IMSS se incrementaron en un 7 por ciento (116.875), mientras que las intervenciones quirúrgicas lo hicieron en más de un 50 por ciento (421.719).

| CUADRO Nº 6.12 SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS POR EL IMSS VARIACIÓN 1982-1992 | | | | |
|---|------------|------------|-----------------------|-------------------------|
| SERVICIO | 1982 | 1992 | VARIACIÓN ABSOLUTA | VARIACIÓN PORCENTUAL |
| CONS. EXT. | 59,833.725 | 80,989.598 | 21,155.873 | 35.4% |
| CONS. URG | 7,606.318 | 11,724.473 | 4,118.155 | 54.15 |
| INGRESOS | 1,728.610 | 1,851.246 | 122.636 | 7.1% |
| EGRESOS | 1,726.970 | 1,843.845 | 116.875 | 6.8% |
| CIRUGIAS | 776.678 | 1,198.397 | 421.719 | 54.3% |
| PARTOS | 586.909 | 748.874 | 161.965 | 27.6% |

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico del IMSS 1991-1992.

Sin embargo, de acuerdo a información recogida en las observaciones y conversaciones con los propios trabajadores se presume que hay algunas formas de hospitalización que no aparecen registradas en este rubro de egresos, como podrían ser por ejemplo, los programas de hospitalización transitoria o los de alta precoz. Con relación a los días de estancia por paciente (considerado como un indicador de mejor utilización de los recursos), en 1992, el promedio era menor a cinco días, es decir cada cama del IMSS atiende 60 pacientes al año; esto, se afirma, es realizado sin menoscabo de la calidad(15). Sin que estas cifras se descarten, aquí se sostiene que la disminución de los días de hospitalización está más relacionado con el uso intensivo que se les da a las camas, que con una atención eficaz y de calidad.

No se puede asegurar que es lo óptimo, por ejemplo, dar de alta a una mujer con 12 horas de posparto; esto, puede ser posible e incluso positivo de hacerlo en otras realidades sociales, no así en la de México; una buena parte de la población derechohabiente del IMSS corresponde a población asalariada cuyas condiciones de vida, como se señaló en el capítulo sobre el contexto del problema de estudio, se han deteriorado de forma muy importante en este periodo de modernización nacional; esto permite suponer con bastante certeza que no reúne en su hogar las condiciones para reincorporarse a su hogar a las pocas horas del alumbramiento, más aún cuando es a la mujer a quien corresponde socialmente la responsabilidad de la casa.

Esta utilización intensiva de las camas no sólo tiene implicaciones para los derechohabientes, sino también y muy importantes para los trabajadores que prestan esos servicios, ya que implica reproducir todas las acciones que implican las actividades de ingreso, atención y alta del paciente por igual número de veces que se ocupe la cama. Realizar todo esto en condiciones de seguridad y oportunidad para el paciente y el trabajador requiere del personal suficiente en cantidad y capacitación así como también de la disponibilidad de los recursos materiales para dichos efectos.

De acuerdo a la información hasta aquí revisada, se puede concluir que el IMSS, en estos últimos diez años ha cumplido con su política de extensión de cobertura; ello no está en discusión. Sin embargo, lo que sí es prioritario debatir, **son las formas de respuesta de la institución frente a este importante incremento en el uso de los**

servicios de atención médica; ello está estrechamente relacionado con las condiciones de realización del trabajo así como también con la calidad de atención.

Uso intensivo de los recursos institucionales: una estrategia con doble objetivo

Se ha venido sosteniendo a lo largo de este capítulo que frente a la necesidad del IMSS (derivada de las políticas del Estado), de dar respuesta a una creciente demanda de atención, bajo una política financiera caracterizada por tener menos ingresos y mayor eficiencia (productividad) de los mismos; el IMSS ha utilizado como estrategia para responder a esta obligación, la intensificación del uso de la fuerza de trabajo y de los recursos materiales, en sectores estratégicos, como lo es la atención médica, esto es, hacer más con menos.

Para entender con mayor claridad el significado y alcances de la estrategia de utilización intensiva de **los recursos materiales**, es necesario analizar algunas cifras al respecto. De esta forma, tanto la infraestructura hospitalaria como los recursos materiales, pueden ser considerados como indicadores de la materialización de esta estrategia; ambos, muestran, tanto en términos de cifras como en la realidad observada, un serio deterioro, al grado que se puede afirmar que se trata de una situación que no puede sostenerse por mucho tiempo. La gravedad de no renovar los equipos y materiales así como la falta de mantenimiento y servicio de los existentes, los ha llevado a un proceso de envejecimiento de los mismos que en la actualidad pone en riesgo tanto la atención a los usuarios como la seguridad de los trabajadores.

Con relación a la infraestructura (cuadro 6.13) para la atención médica que incluye los tres niveles de atención, se puede observar en una mirada vertical de las cifras, que en el periodo 82-92, el IMSS ha incrementado sus unidades de atención en menor porcentaje, en comparación al ISSSTE. Por otra parte, siendo una prioridad en el discurso oficial institucional, la atención de primer nivel, vemos que el IMSS incrementó sólo en poco más de un 6 por ciento sus unidades del primer nivel, mientras que las del II y III nivel lo hacían en un 40 y 30 por ciento, respectivamente

| CUADRO N° 6.13 UNIDADES MÉDICAS POR NIVEL DE ATENCIÓN IMSS/ISSSTE 1982-1992 | | | | | | | |
|--|--------|-------|-----|-----|--------|----|-----|
| AÑO | TOTAL | IMSS | | | ISSSTE | | |
| | | I | II | III | I | II | III |
| 1982 | 10.166 | 1.327 | 158 | 30 | 943 | 58 | 1 |
| 1984 | 10.124 | 1.255 | 161 | 30 | 986 | 67 | 1 |
| 1986 | 10.869 | 1.230 | 217 | 25 | 1019 | 61 | 11 |
| 1988 | 11.964 | 1.285 | 217 | 36 | 1058 | 65 | 11 |
| 1990 | 13.194 | 1.345 | 220 | 39 | 1079 | 73 | 11 |
| 1992 | 13.977 | 1.417 | 221 | 39 | 1093 | 77 | 10 |

| VARIACION 82-92 | | | | | | |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total | I | II | III | I | II | III |
| 37.4% | 6.7% | 39.8% | 30.0% | 15.9% | 32.7% | 1000% |

* niveles de atención

Fuente: elaboración propia con datos del V Informe de Gobierno 1993. pp 569-570.

Con relación a las disponibilidad de camas, las cifras señalan (cuadro 6.14), que en términos generales las tres principales instituciones han aumentado considerablemente sus camas no

censables¹, en comparación con las censables; sin embargo, el **IMSS** es la única institución, que muestra un decremento de las camas censables (equivalente a un 6.2 por ciento), entre 1982 y 1992.

| CUADRO 6.14 RECURSOS MATERIALES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA* SUBSECTOR PÚBLICO 1982-1992 | | | | | | |
|---|-----------------|--------|-------|--------------------|--------|-------|
| AÑO | CAMAS CENSABLES | | | CAMAS NO CENSABLES | | |
| | IMSS | ISSSTE | SSA | IMSS | ISSSTE | SSA |
| 1982 | 29433 | 5477 | 17157 | 12890 | 1478 | 11528 |
| 1984 | 29586 | 6133 | 17273 | 12768 | 1695 | 16723 |
| 1986 | 26861 | 6148 | 20307 | 12473 | 1833 | 21987 |
| 1988 | 26177 | 6152 | 19722 | 13127 | 2020 | 24497 |
| 1990 | 27428 | 6394 | 21342 | 14123 | 2012 | 16675 |
| 1992 | 27603 | 6542 | 23566 | 14573 | 2324 | 24595 |

| VARIACION 82-92 | | | | | |
|-----------------|-------|-------|--------------------|-------|------|
| CAMAS CENSABLES | | | CAMAS NO CENSABLES | | |
| -6.2% | 19.4% | 37.4% | 13.1% | 57.2% | 113% |

Fuente: elaboración propia con datos del Anexo V Informe de Gobierno 1993.

Analizar la información acerca del comportamiento de camas censables y no censables resulta interesante, toda vez que en las visitas a diferentes centros de atención médica, se observó como un hecho recurrente, el aumento de camas no censables por ejemplo en servicios de urgencias y también en otros como diálisis; la diferencias entre camas censables

¹ Las camas no censables se refieren a camas de tránsito, urgencias, terapia intensiva, recuperación y cunas para recién nacidos. La diferencia entre camas censables y no censables, está dada en términos de presupuestos, es decir se les asignan recursos financieros diferentes.

y no censables son de tipo administrativo. Desde el punto de vista del trabajo de atención médica no hay diferencias entre una y otras camas, por lo tanto el incremento de camas censables corresponde a un incremento en la demanda de atención y en la utilización de los servicios.

La explicación del incremento de camas no censables puede estar dado por la necesidad que tienen los hospitales generales de zona por ejemplo, de crear áreas físicas de terapia intensiva; dicha necesidad está dada por una parte, por la respuesta insuficiente de las unidades de terapia existentes (generalmente por saturación de sus camas); por otra parte, porque la creación de un área de estas características significa de alguna manera obtener recursos extras que permitan paliar la grave situación que se vive. Hay que hacer notar que para los hospitales generales de zona donde muchas veces se carece de equipos tan básico como puede ser un electrocardiógrafo, la habilitación de un área de terapia intensiva, aunque sea con equipos mínimos, les significa proveerse de algunos materiales que como el indicado, son utilizados para todo el hospital.

En cuanto a la disponibilidad de recursos materiales, en relación con la variación de la demanda de atención; los indicadores materiales que se señalan en el cuadro 6.15, muestran una insuficiencia en términos porcentuales, con respecto a los servicios prestados. Así por ejemplo vemos que las cunas y las salas de expulsión, muestran decrementos en términos numéricos, en dicho período (6% y 1%, respectivamente) a pesar del incremento de partos atendidos (26%).

De la misma forma, el número de incubadoras se ha incrementado sólo un 2 por ciento, cifra que equivale en términos absolutos a 34 incubadoras para las unidades de todo el país que dan atención a recién nacidos. Esto permite explicar el estado de deterioro, en que se encuentran estos recursos, cuestión que fue observada en las unidades visitadas.

Si nos remitimos a otro sector de la atención hospitalaria, vemos en el mismo cuadro, que los quirófanos han experimentado un incremento de un 28 por ciento con respecto a 1982, sin embargo las intervenciones quirúrgicas experimentaron un alza de más de un 50 por ciento. Finalmente si nos detenemos en la variación del número de consultorios, éstos aumentaron en igual período en un 26 por ciento, lo cual parece insuficiente si recordamos que en 1992 se daban 21 millones más de consultas que en 1982.

| CUADRO Nº6.15 RECURSOS MATERIALES v/s SERVICIOS PRESTADOS VARIACIÓN PORCENTUAL 1982-1992 | | | |
|--|-----------|---------------------|-----------|
| RECURSOS MATERIALES | VARIACIÓN | SERVICIOS PRESTADOS | VARIACIÓN |
| CONSULTORIOS | 26% | CONS. EXT. | 35.0% |
| QUIRÓFANOS | 28% | INT. QUIRURG. | 5.3% |
| CUNAS | -6% | | |
| INCUBADORAS | 2% | | |
| S. de EXPULSIÓN | -1% | PARTOS | 27.6% |

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico del IMSS 1991-1992.

Nos encontramos así, frente a un notable desequilibrio entre la demanda de atención y la respuesta material que ha dado el IMSS en estos últimos diez años; todos los indicadores

señalados muestran que la oferta de recursos es insuficiente para satisfacer las necesidades de atención; más lejos aún parece estar la calidad de atención como un elemento prioritario en medio de este panorama desalentador. El optimista discurso oficial, ya comentado, anunciaba que para 1994, el presupuesto para abastecimiento sería de n\$3,473 millones en cifras nominales (n\$198 millones en cifras reales), señalando este hecho como expresión del "saneamiento y fortalecimiento financiero del Instituto"(16). En oposición a esto, otra fuentes estiman que para que funcione adecuadamente la disponibilidad de material, suministros y medicamentos se requería en 1993, de un incremento de más del 100 por ciento de los n\$3,275 millones programados para ese año (17).

Política de personal del IMSS

Recordemos que uno de los primeros afectados por el proyecto de modernización del IMSS, que significó fundamentalmente un "ajuste" en los gastos del Instituto, fueron los derechohabientes, al contar con menos recursos globales y per cápita durante gran parte de este período. El otro grupo impactado por esta situación es la fuerza de trabajo de la institución en su conjunto y de forma específica el colectivo de enfermeras y médicos, que constituye tal vez uno de los sectores estratégicos del IMSS. El rasgo característico de este impacto está dado por una transformación en las condiciones de realización de su trabajo, es decir, en las condiciones de organización social del proceso laboral que desarrollan.

Uno de los problemas de mayor relevancia en estos últimos años en el IMSS, se relaciona con la disponibilidad de personal, especialmente en el área de atención médica; los

directivos de la institución han afirmado que el problema se debe al ausentismo de personal; por parte de los trabajadores se sostiene(18) **que el problema de personal se debe por una parte a la disminución de plazas** en el sector de atención médica, de un 73.8 por ciento en 19 a un 58.6 por ciento en 19 . En contraste con ello, en el mismo periodo, el sector administrativo, incrementó sus plazas de un 26.1 por ciento a un 41.3 por ciento. Este comportamiento de las cifras refuerza lo sostenido en párrafos anteriores en relación a la deficiente administración del Instituto.

Variaciones de enfermeras y médicos del IMSS

Una de las expresiones relevantes de una política de personal, se refiere a la disponibilidad de trabajadores para satisfacer las necesidades de la población; en primer término, es necesario analizar la política de personal del IMSS en el contexto de lo que es el subsector público de salud; de tal manera de poder establecer referentes que permitan comparar en términos globales, el comportamiento de las cifras del IMSS, con instituciones similares a ella, como el ISSSTE y la Secretaría de Salud (SSA).

**CUADRO N°6.16
TRABAJADORES DEL AREA MÉDICA*
INSTITUCIONES SUBSECTOR PUBLICO
1982-1992**

| AÑO | TOTAL | IMSS | ISSSTE | SSA |
|------|----------|---------|--------|---------|
| 1982 | 277.333 | 142.532 | 38.787 | 60.322 |
| 1984 | 299.433 | 156.543 | 39.990 | 67.262 |
| 1986 | 343.2252 | 170.713 | 41.735 | 95.813 |
| 1988 | 362.136 | 173.417 | 47.148 | 100.130 |
| 1990 | 383.062 | 181.678 | 49.859 | 107.822 |
| 1992 | 410.852 | 195.195 | 52.604 | 121.068 |

VARIACION 82-92

| | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| TOTAL: 48.1% | IMSS: 36.9% | ISSSTE: 35.6% | SSA: 107.0% |
|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|

* incluye el personal médico, paramédico, en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y no médico.

** cifras en miles de personas

Fuente: Propios, con datos del V Informe de Gobierno 1993.

La variación en cifras absolutas y en porcentajes de la fuerza de trabajo de las tres instituciones que se señalan (cuadro 6.16) muestran que en términos globales la fuerza de trabajo se ha incrementado en un 48 por ciento (133.500 personas), entre 1992 y 1982.

El IMSS específicamente aumentó sus trabajadores del área médica en un 37 por ciento (52.600 personas); la población legal de este instituto ha aumentado un 39.4 por ciento, en igual periodo. El ISSSTE, por su parte, tuvo un incremento de trabajadores de un 335 por ciento y la SSA, fue la institución con el mayor aumento de trabajadores, duplicando su número en diez años. En una mirada horizontal de las cifras vemos que en 1982 los trabajadores del IMSS, representaban un 51 por ciento del total de los trabajadores de este

subsector, mientras que en 1992 esta fuerza de trabajo correspondía sólo a un 47 por ciento de todos los trabajadores señalados. La desagregación de los datos, permite analizar los matices que no muestran las cifras globales. Así es como al observar específicamente las variaciones de médicos y enfermeras (cuadro 6.17 y 6.18), se observa que el IMSS, en comparación con las otras instituciones señaladas, ha tenido incrementos menores en términos porcentuales, en ambos grupos de trabajadores.

Con relación a los médicos, se puede ver además de lo señalado arriba, una desproporción entre el incremento de aquellos que se dedican a dar atención directa y los que realizan otras labores, lo que muestra un privilegio de las labores administrativas o de otro tipo, sobre las de tipo asistencial.

| CUADRO 6.17 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS* SUBSECTOR PÚBLICO 1982-1992 | | | | |
|---|------------------|------------|---------------|------------|
| INSTITUCIÓN | ATENCIÓN DIRECTA | | OTRAS LABORES | |
| | nominal | porcentual | nominal | porcentual |
| IMSS | 6800 | 27.5% | 5834 | 96.0% |
| ISSSTE | 4014 | 44.1% | 578 | 346.0% |
| SSA | 14955 | 120% | -730 | -17.7% |

Fuente: elaboración propia con datos del V Informe de Gobierno 1993.

| CUADRO N°6.18 VARIACIÓN DE ENFERMERAS DEL IMSS* SUBSECTOR PUBLICO 1982-1992 | | |
|--|---------|------------|
| INSTITUCIÓN | NOMINAL | PORCENTAJE |
| IMSS | 22.210 | 49.1% |
| ISSSTE | 6.682 | 62.0% |
| SSA | 22.553 | 108.3% |

* cifras en miles de personas

** incluye todas las categorías de enfermeras

Fuente: elaboración propia con datos del V
Informe de Gobierno.1993

En una mirada horizontal de los datos, se aprecia una disminución de médicos (43.9% a 36.1%) y de enfermeras (58.9% a 52.6%) como porcentaje del total de estos trabajadores. De acuerdo a la información contenida en los cuadros precedentes, se puede sostener que si bien la fuerza de trabajo de las instituciones señaladas se ha incrementado en la última década, la magnitud de dicho incremento ha sido proporcionalmente desigual, siendo el IMSS la institución que aparece con las cifras más bajas.

Con relación a la variación de las plazas ocupadas del IMSS (cuadro 6.19), podemos decir que entre 1982 y 1992, el total de trabajadores del IMSS, aumentó en un 60 por ciento; cabe hacer notar que este incremento se refiere a todos los trabajadores de la institución, toda vez que las información oficial disponible no proporciona datos desagregados por sectores o categorías.

| CUADRO N° 6.19 VARIACIÓN DE PLAZAS OCUPADAS EN EL IMSS* 1982-1992 | | | |
|---|------------------|-----------------------|-------------------|
| AÑO | TOTAL | DISTRITO FEDERAL** | ESTADOS |
| 1982 | 211.335 | 90.206 | 112.657 |
| 1984 | 211.335 | 90.480 | 120.855 |
| 1986 | 276.808 | 93.895 | 182.913 |
| 1988 | 297.557 | 81.100 | 216.457 |
| 1990 | 329.432 | 87.893 | 241.539 |
| 1992 | 338.681 | 86.958 | 251.723 |
| VARIACION 1982-1992 | | | |
| | 127.346 60.3% | -3.248 -3.6% | 139.066 123.4% |

* cifras en miles de personas

** incluye al personal de las oficinas centrales

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario Estadístico del IMSS de varios años.

Otro aspecto relevante a considerar en el análisis de la política de personal se refiere a la variación proporcional de enfermeras y médicos en este periodo. Esto, porque la organización del proceso laboral de atención médica, divide las tareas de médicos y enfermeras de tal manera que las actividades de éstas últimas implica cumplir tanto con acciones propias de su profesión como con las delegadas por el médico. Esto, en términos de gestión de política de personal significa que la disponibilidad de enfermeras para la atención médica debe ser proporcionalmente mayor que la de médicos.

El cuadro 6.20, da cuenta de esta relación proporcional:

| CUADRO N°6.20 MÉDICOS Y ENFERMERAS EN ATENCIÓN DIRECTA DEL IMSS* 1982-1992 | | | | |
|--|------------|---------|---------------------|---------|
| AÑO | ENFERMERAS | MÉDICOS | RELACIÓN MED/ENF | TOTAL |
| 1982 | 43.068 | 25.241 | 1.8/1 | 83.630 |
| 1984 | 49.478 | 22.387 | 2.3/1 | 87.169 |
| 1986 | 53.549 | 23.496 | 2.8/1 | 97.056 |
| 1988 | 59.521 | 26.584 | 2.3/1 | 113.090 |
| 1990 | 61.313 | 27.622 | 2.3/1 | 114.568 |
| 1992 | 65.190 | 31.916 | 2.0/1 | 122.611 |

| VARIACION 1982-1992 | | |
|---------------------|---------|--------|
| ENFERMERAS | MÉDICOS | TOTAL |
| 22.122 | 6.875 | 38.981 |
| 51.3% | 27.5% | 47.0% |

* cifras en miles de personas

Fuente: elaboración propia con
datos del V Informe de Gobierno 1993.

En relación a lo anterior, las cifras muestran un incremento de estos trabajadores entre el 82 y el 92; el de las enfermeras ha sido mayor (51%) que el de médicos (27%); sin embargo, cuando vemos la proporción total de enfermeras en relación al número de médicos, observamos que ha habido muy poca variación en todo el período, siendo la cifra más alta la de 1986, con 2.8 enfermeras por cada médico. Esto, nos indica que existe una carencia cuanti y cualitativa de enfermeras, comparada con indicadores de otros países que nos hablan de 3 enfermeras por médico.

Otro antecedente importante para el análisis de la política de personal por sus implicaciones en la organización de los procesos laborales, se refiere a la variación que ha tenido el personal de confianza en comparación con el sindicalizado (cuadro 6.21) la mirada horizontal de las cifras, nos dice que en 1982, había un 10 por ciento de enfermeras y médicos de confianza en relación a los sindicalizados; para 1992 dicha proporción se había incrementado en más de un 12 por ciento. Cuando se observan las cifras de manera vertical, se ve que mientras los trabajadores sindicalizados se incrementaron en un 46 por ciento, los de confianza lo hicieron en más de un 80 por ciento.

**CUADRO 6.21
RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS*
DE CONFIANZA Y SINDICALIZADOS
1982-1992**

| AÑO | SINDICALIZADOS | DE CONFIANZA** | PROPORCIÓN*** |
|------|----------------|----------------|---------------|
| 1982 | 72.200 | 7.233 | 10.0% |
| 1984 | 77.327 | 10.364 | 13.4% |
| 1986 | 83.845 | 10.266 | 12.2% |
| 1988 | 98.005 | 10.775 | 11.0% |
| 1990 | 97.405 | 14.522 | 15.0% |
| 1992 | 105.574 | 13.262 | 12.6% |

VARIACION 1982-1992

| | |
|-----------------------|---------------------|
| SINDICALIZADOS | DE CONFIANZA |
| 33.374 | 6.029 |
| 46.2% | 83.4% |

* cifras en miles de personas

** se consideró a: los médicos del nivel de Dirección y Subdirección, Jefes de Divisiones Médicas, Servicios y Departamentos y al Personal de Confianza en el Area de Enfermería.

*** se refiere a la proporción de trabajadores de confianza con respecto a los sindicalizados

Fuente: elaboración propia, con datos del Anuario Estadístico del IMSS 1991-1992.

Es preciso mencionar que los trabajadores de confianza de acuerdo a lo establecido en el contrato colectivo de trabajo (CCT) del IMSS, corresponde a personal que tiene dependencia institucional, no pueden afiliarse al sindicato; es decir, su relación laboral es diferente ya que de alguna manera aparece "defendiendo" los intereses institucionales, los que ciertamente pueden no ser necesariamente opuestos a los de los trabajadores, sobre todo en una institución cuyo fin último es prestar servicios sociales. Sin embargo, la institución ha hecho una utilización inadecuada de esta disposición, incrementando cuantitativamente al personal llamado de confianza, con lo que ha pretendido debilitar la fuerza de la organización sindical. Uno de los atractivos que tiene la ubicación en un puesto de confianza es el incremento de sueldo del trabajador, lo que es posible entender, dado el deterioro salarial analizado en el capítulo cinco.

Una interrogante a responder frente al incremento de la demanda de servicios es **¿con qué cantidad de recursos materiales y con cuantos trabajadores se responde satisfactoriamente a ella?** Al no tener acceso a los referentes que utiliza el IMSS para determinar sus necesidades de personal en este sector, se utilizó como elemento de comparación, algunos de los indicadores propuestos por COPLAMAR (cuadro 6.22).

| CUADRO N° 6.22 COMPARACIÓN DE INDICADORES* COPLAMAR v/s IMSS | | | |
|--|-----------------------|---------------------|----------------------------|
| RECURSOS | INDICADOR COPLAMAR | INDICADOR IMSS** | VARIACIÓN PORCENTUAL*** |
| UNIDADES DE I NIVEL 1/15mil hab. | 2.493 | 1.417 | -43.2% |
| CAMAS CENSABLES 1/531 camas# | 70.433 | 27.603 | -60.85 |
| CAMAS II NIVEL 1/800 hab. | 46.750 | 19.713 | -57.8% |
| CAMAS III NIVEL 1/7101 hab. | 5.266 | 7.122 | 35.2% |
| QUIRÓFANOS 1/16.667 hab. | 2.243 | 891 | -60.3% |
| LABORATORIOS 1/11.628 hab. | 3.216 | 424 | -86.8% |
| GABINETES Rx 1/31.250 hab. | 1.196 | 754 | -37.0% |
| ENFERMERAS 1/559 hab. | 66.905 | 65.190 | -2.60% |
| MÉDICOS 1/1.017 hab. | 33.482 | 31.916 | -4.70% |

* Población D-H del IMSS en 1992: 37.400.000

** cifras correspondientes a 1992

*** porcentajes de recursos del IMSS con respecto
a los indicadores de Coplamar

La suma de camas censables y no censables
del IMSS es de:42.176

Fuente: Necesidades Esenciales de México.

Coplamar pp:419-426.

Datos del Anuario Estadístico del IMSS
1991-1992.

Al comparar las cifras sobre algunos recursos materiales del IMSS, así como de médicos y enfermeras, con los indicadores que propuso en 1982 una investigación al respecto llevada a cabo por Coplamar(19), se pone en evidencia la magnitud de la carencia de recursos materiales; todas las cifras del IMSS aparecen notoriamente por debajo de los referentes, con excepción de las camas disponibles para el tercer nivel de atención. Este hallazgo refuerza lo sostenido en relación a la política del IMSS de dar más importancia a los servicios que se ubican en el nivel de mayor complejidad de los servicios de atención médica, en desmedro de los otros dos niveles, cuyos porcentajes de rezago, con respecto al referente utilizado, son muy importantes.

Con respecto al personal, los porcentajes de déficit tanto de médicos como de enfermeras, son relativamente bajo, sin embargo hay que recordar una vez mas que se trata de cifras globales, por lo tanto, para una análisis más detallado es necesario considerar que en esas cifras globales se incluye trabajadores de atención directa y de otras labores.

En el mismo sentido, habría que considerar la diversidad de servicios de atención médica en los tres niveles de atención, lo que implica que en cada uno de ellos hay necesidades diferenciadas de enfermeras y médicos, de acuerdo a las características particulares de los procesos laborales que allí se realizan.

A modo de síntesis, las características de la respuesta del IMSS al incremento de población derechohabiente y usuaria, están unidas por una estrategia común dada por una menor disponibilidad de recursos materiales y un incremento insuficiente de enfermeras y médicos

... para prestar los servicios demandados. Ahora bien, las prestaciones de servicios realizadas bajo una política de restricción económica, se relacionan casi siempre con un deterioro en la calidad y eficacia de la atención que se presta. Lo observado en algunos centros de atención del IMSS, permite sostener que la calidad y oportunidad de la atención está seriamente afectada y ello se expresa, por ejemplo, en las esperas hasta de cuatro horas en las consultas externas, o en los meses de demora en la programación para una intervención quirúrgica, o en las esperas de las embarazadas en los pasillos de los hospitales, hasta lograr ser ubicada en una cama, si es que antes no ha debido ser atendida en la propia sala de espera (20).

La ampliación de la cobertura, dada únicamente en términos cuantitativos y no como parte de una política de preocupación del Estado por lo social, constituye, una de las formas más limitadas de cumplimiento del rol legitimador de la institución, propio de modelos de sociedad, como la que se ha dado en México durante este periodo de análisis, donde el valor de la fuerza de trabajo está muy depreciado y en consecuencia sólo interesa su recuperación y reproducción, en un nivel mínimo que evite problemas sociales que pongan en riesgo la consolidación del modelo.

El querer "hacer más con menos", resulta una falacia y obliga a ver en esta respuesta institucional, un objetivo subyacente, que es el deterioro premeditado del sector posiblemente más sensible del IMSS, los servicios de atención médica. Hacer esto no sólo significa deteriorar la calidad y eficacia de la atención a amplios sectores de la población, sino que

además se logra que aparezcan los trabajadores de atención médica (el rostro visible de la institución), como responsables (léase culpables) de los servicios de mala calidad que se prestan. Dicha estrategia, a la vez que cumple con el objetivo señalado, de paso contribuye de forma muy importante a deteriorar la imagen de los servicios, a provocar un enfrentamiento entre trabajadores y usuarios y en definitiva a propiciar un ambiente de descrédito de las instituciones públicas, porque la atención que recibe en general el derechohabiente no es satisfactoria: debe esperar varias horas para recibir una atención del médico familiar, si requiere por ejemplo de una operación ella se le realiza mucho tiempo después que fue indicada, con frecuencia no hay medicamentos en las farmacias de la institución y así se podrían dar otros varios ejemplos de la insatisfacción de los derechohabientes del IMSS.

Los reclamos por estas u otras situaciones similares son expresados de diferentes formas que implican incluso la violencia verbal y/o física, a los trabajadores del nivel operativo, cara visible del Instituto, generándose de esta manera un enfrentamiento que desvirtúa las verdaderas causas de las inconformidades y reduce el problema a una falsa disputa entre dos actores afectados por una problemática común que son los efectos del proceso de modernización de la institución. Todo lo anterior puede considerarse un preámbulo para la legitimación social de los servicios privados de atención médica, bajo el supuesto ideológico que en este sector se garantiza la calidad de atención.

El deterioro salarial en el Seguro Social

En un discurso "eficientista" de utilización de los recursos a su plena capacidad, que ha permitido justificar un marco de austeridad, el IMSS ha hecho recaer sobre sus trabajadores las consecuencias de dicha política, deteriorando de manera muy importante las condiciones en que realizan su proceso laboral, de la que el detrimento salarial es una expresión muy clara. En otras palabras, la institución ha utilizado a sus trabajadores como un recurso más, intensificando su carga de trabajo y desvalorando socialmente las funciones y capacidades manuales, técnicas y profesionales.

Dicho proceso de deterioro salarial, ya se había iniciado a finales de la década de los setenta, como se ha demostrado en algunos estudios sobre el tema⁽²¹⁾; de acuerdo a esta información el mayor deterioro se ha dado en el sueldo tabular; esto en comparación con el salario integral; asimismo, se establece que el deterioro del sueldo tabular en promedio para médicos, enfermeras y administrativos es equivalente a un 71 por ciento en 1993, con relación a 1978. El sueldo tabular real de los trabajadores del IMSS al año de 1993, alcanzó la "increíble" cifra de un 29 por ciento de lo que significaba en 1978.

En relación con las prestaciones, éstas también experimentaron una caída importante, que alcanza a alrededor de un 62 por ciento, con respecto a 1978. La leve mejoría que se muestra a partir de 1988, se debe no al incremento de las prestaciones sino a la

*.- El sueldo tabular, se refiere a la cuota asignada al trabajador en el tabulador de sueldos, como pago en efectivo por su categoría, jornada y labor normal. El salario integral, se refiere al ingreso total que obtienen el trabajadores como retribución por sus servicios. (CCT 1991-1993:17).

diversificación y al incremento de más rubros como prestaciones, por ejemplo, el sobresueldo por concepto de docencia para las enfermeras (cláusula 152 del CCT). *En relación al salario integrado*, éste también ha sufrido un serio deterioro aún cuando la dirigencia del SNTSS, ha expresado que el incremento en algunas prestaciones se ha dado como una forma de completar el sueldo tabular; sin embargo, si él se compara con lo que representaba en 1978, aún está lejos de acercarse a ese nivel.

Es así como en 1988, por ejemplo, el salario integrado promedio representaba el 31 por ciento respecto al de 1978; esto significa que con lo que se pagaba en ese año a un trabajador, en 1988 se pagaba a 3.33 trabajadores. Si se considera el incremento un 9.9 por ciento que se dio en octubre de 1993, existe una caída del 57 por ciento respecto al mismo período, es decir **con lo que se pagaba a un trabajador en 1978, se pagaba en 1993 a 2.25**. Un hecho muy importante a destacar es el cambio en la estructura salarial, la que tradicionalmente estuvo conformada por un sueldo base y como complemento de éste, una serie de prestaciones acordadas contractualmente. Lo que ha sucedido en los últimos años es que debido a la caída tan acentuada del valor real de los sueldos, el rubro de prestaciones ha pasado a tener una proporción mayor dentro salario integrado, superando al sueldo. En 1978, las prestaciones constituían un 35 por ciento del salario integrado, mientras que en 1993 están representaban mas del 60 por ciento de total de las percepciones de los trabajadores del IMSS.

Ahora bien, si analizamos la *situación salarial* específicamente para el *período 82-93*; hay que explicar en primer término que hasta el año 1982, existían ocho categorías de enfermeras, en virtud de jornadas de trabajo de 6.5 horas y de 8 horas diarias. A partir del año 1989, se compactan dichas categorías, desapareciendo todas aquellas con una jornada de 6.5 horas, lo que significó un incremento salarial, a cambio de una jornada de trabajo más prolongada. Con relación a las enfermeras, este período muestra (cuadro 6.23), que en diez años los **sueldos tabulares han caído en valores porcentuales que oscilan entre 46.8 por ciento para la enfermera jefe de piso y un 29.85 por ciento para la auxiliar de enfermería**. De la misma forma aún cuando entre 1990 y 1992, experimentaron una pequeña recuperación, ella está lejos de las cifras que percibían en 1982.

| CUADRO 6.23 VARIACIÓN DEL SUELDO TABULAR ENFERMERAS DEL IMSS 1982-1992 | | | | | | | | |
|---|------------|------|--------------|------|-------------------|------|--------------|------|
| CATEGORIA | | | | | | | | |
| AÑO | AUX.DE ENF | | ENF. GENERAL | | ENF. ESPECIALISTA | | JEFE DE PISO | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1982 | 13.4 | 13.4 | 19.1 | 19.1 | 23.7 | 23.7 | 29.7 | 29.7 |
| 1984 | 35.8 | 14.2 | 46.1 | 18.3 | 57.1 | 22.7 | 66.0 | 26.2 |
| 1986 | 79.2 | 10.7 | 96.9 | 13.1 | 115.8 | 15.6 | 131.1 | 17.7 |
| 1988 | 385.7 | 10.5 | 458.3 | 12.4 | 535.9 | 14.6 | 598.9 | 16.3 |
| 1990 | 454.8 | 8.1 | 540.5 | 9.7 | 632.0 | 11.3 | 706.3 | 12.6 |
| 1992 | 744.2 | 9.4 | 899.2 | 11.3 | 1025.2 | 13.0 | 1247.8 | 15.8 |

1: corresponde a nuevos pesos corrientes

2: corresponde a nuevos pesos a precios de 1982

Fuente: elaboración propia con datos de CCT de varios años.

Si se analizan las diferencias entre los sueldos, con relación al más bajo, vemos que mientras en 1982, la enfermera jefe de piso percibía 16.3 nuevos pesos reales más que el sueldo de la categoría menor; la enfermera especialista, 10.3 nuevos pesos reales y la enfermera general 5.7 nuevos pesos reales. En 1992 dichas diferencias se habían acortado por efecto del mayor deterioro del sueldo de la enfermera jefe de piso; así esta última, ganaba solamente 6.4 nuevos pesos reales más que la auxiliar de enfermería; la enfermera especialista 3.6 nuevos pesos y entre la enfermera general y la auxiliar sólo había 1.9 nuevos pesos de diferencia en su sueldo tabular.

En relación los médicos, es necesario señalar en primer término que a partir de 1982, se inició un proceso de compactación de categorías, que culminó en 1991, cuando se redujeron tan solo a dos (médico familiar y no familiar), ambas con el mismo sueldo tabular. El caso de los médicos en cuanto a sueldo tabular, tiene características semejantes e incluso más acentuada que el de las enfermeras (cuadro 6.24). En los últimos diez años sus **sueldos tabulares experimentaron un descenso real sostenido y progresivo, alcanzando en 1990, su punto más bajo con una pérdida un 57.8 por ciento del valor que tenían en 1982. La recuperación que se observa el último año, equivale a tan solo 2.7 nuevos pesos reales.**

| CUADRO 6.24 VARIACIÓN SUELDO TABULAR MÉDICOS DEL IMSS 1982-1992 | | | |
|--|---------|--------|-----------|
| AÑO | MÉDICO* | | |
| | NOMINAL | REAL** | VARIACIÓN |
| 1982 | 39.7 | 39.7 | 100 |
| 1984 | 92.7 | 36.8 | (7.3%) |
| 1986 | 178.3 | 24.1 | (39.3%) |
| 1988 | 797.5 | 21.7 | (45.3%) |
| 1990 | 940.5 | 16.8 | (57.8%) |
| 1992 | 1546.8 | 19.5 | (50.9%) |

* familiar y no familiar.

** nuevos pesos a precios de 1982.

Fuente: elaboración propia
con datos del CCT de varios años

Si a este deterioro salarial de médicos y enfermeras entre 1982 y 1992, le agregamos el rezago iniciado a fines de los setenta, estamos en condiciones de afirmar que la pérdida adquisitiva de los sueldos tabulares, constituye uno de los hechos más relevantes del deterioro de las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos del IMSS. Recordemos además que sobre estos sueldos devaluados se calculan muchas de las prestaciones que establece el contrato colectivo de trabajo y que forman parte del salario integral, como son aguinaldo, vacaciones, previsión etcétera.

Por ello, los alcances de esta política de contracción de los salarios, tiene implicaciones mediatas e inmediatas. Si consideramos que el sueldo tabular está incluido entre los conceptos que conforman el descuento al trabajador para su jubilación; esas repercusiones

que en los trabajadores de menor antigüedad serán a largo plazo, constituyen en todos los casos un aspecto muy importante que el sindicato aparentemente no le ha dado el valor necesario, toda vez que su negociación no incorpora reivindicaciones en este sentido. A pesar de este panorama de restricción económica del IMSS, de utilización intensiva de sus recursos y de abatimiento de los salarios, en niveles sin precedente, el IMSS, no ha logrado consolidar su llamado "proceso modernizador"; aún tiene varios e importantes problemas que resolver en el sentido de lograr "ahorrar", es decir, gastar menos, porque los ingresos actuales no le permiten tener fondos para su capitalización.

Algunos de estos problemas se relacionan, por ejemplo, con el grave proceso de desmantelamiento de la planta técnica, los recursos que implica mantener un sindicato corporativo que controle los efectos del proceso de deterioro de las condiciones en que se realizan los procesos laborales en sectores estratégicos como lo es la atención médica. La actitud de la institución para avanzar en el proceso modernizador ha sido activa, presentando en diversas ocasiones iniciativas que permitan consolidar los objetivos señalados; de ellas, analizaremos dos en particular, que expresan de forma clara la orientación de las propuestas y los fines que a ellas subyacen.

¿Productividad y Calidad?

Tanto el discurso oficial como la propaganda de los medios de comunicación, está permeada por el término de calidad y calidez con referencia a las características de la atención que debe prestar el IMSS; esto, que a nuestro juicio corresponde más a un discurso ideológico que a una política concreta que persiga dicho objetivo, toda vez que la calidad se reduce,

como lo muestra la propuesta, a un problema economicista de producir servicios sin incrementar los costos de los mismos. No sabemos cómo se puede cumplir dicho objetivo cuando existe un rezago de la base material del Instituto tan importante como aquí se ha señalado. El pensamiento institucional sobre productividad, está contenido en el proyecto denominado "Para elevar la productividad, la calidad en el servicio y disminuir el ausentismo", presentado a la dirigencia del SNTSS en agosto de 1993, por la Subdirección Administrativa del IMSS. El siguiente cuadro sintetiza y explicita indicadores, conceptos y metas propuesta en este proyecto.

| CUADRO N°6.25 RESUMEN DEL PROYECTO SOBRE PRODUCTIVIDAD DEL IMSS AGOSTO-1993 | | |
|---|---|--|
| VARIABLE | INDICADOR | META NACIONAL |
| AUSENTISMO | PLAZAS AUSENTES v/s PLAZAS OCUPADAS | 10.4% A ENERO '94 7.4% A DIC. '94 |
| PRODUCTIVIDAD DE LA FUERZA DE TRABAJO | SERV.PRODUCIDOS v/s PLAZAS OCUPADAS | ELEVAR LOS INDICES ACTUALES DE ACUERDO A PARÁMETROS. |
| AHORRO DE PRESUPUESTO | PRESUP. EJERCIDO v/s PRESUP. AUTORIZADO | AHORRO DE UN 10% EN EL PRESUP. ASIGNADO AL CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS GRLES- |
| CALIDAD DE LAS PRESTACIONES | ENCUESTAS DE OPINIÓN | ACREDITAR RESULTADOS QUE EVIDENCIE MEJORÍA DE LA CALIDAD |

* a esta relación se le denomina eficacia presupuestal.
Fuente: Datos del proyecto para elevar la productividad.
Subdirección administrativa del IMSS. Agosto 1993.

Esta propuesta muestra de forma pragmática, de qué forma el IMSS pretende incrementar (aún más), la prestación de servicios de atención médica, sin que ello

signifique aumentar los costos. En efecto, tres de las cuatro variables, se refieren a los trabajadores, serán ellos a través de su trabajo los que permitan lograr el objetivo del proyecto. Propone disminuir el ausentismo (diagnosticado como el problema que impide incrementar la productividad) con el ahorro que se haga del pago a los trabajadores sustitutos y reemplazantes, se darán incentivos para que los trabajadores presten una mayor cantidad de servicios. También se propone ahorrar en rubros tales como el consumo de bienes, conservación y servicios generales (el proyecto no especifica cuales son). Finalmente, se plantea la calidad en la prestación de servicios, misma que será evaluada por medio de encuestas de opinión.

Cambios al CCT: una propuesta institucional no consolidada.

En estrecha relación con lo señalado hasta aquí, está la propuesta de modificación al CCT 1993-1995, presentada por la institución en octubre de 1993 con motivo de la revisión contractual. Esta proponía la modificación de 31 cláusulas, las que en su gran mayoría se referían a contratación, jornadas y horarios, ausencias y permisos, movimientos y cambios y a enfermedades no profesionales. Si buscamos un denominador común en todas las modificaciones que se proponen, podríamos decir con certeza, que el objetivo de la propuesta es el **ahorro de recursos económicos**, la estrategia a seguir es la afectación a todas las cláusulas del contrato colectivo de trabajo relacionadas con el salario del trabajador. Las demás propuestas tienen por objeto un mayor control sobre los procesos de trabajo, contando con la anuencia del sindicato

Mención especial merece la creación de la **cl.19bis**, sobre subrogación de servicios, donde establece que "el instituto podrá libremente subrogar los servicios no sustantivos que se requieran para fortalecer y mejorar los servicios y la atención médica a la población derechohabiente, respetando en todo momento los derechos de los trabajadores"(22). Cabe destacar que este documento encontró gran resistencia tanto de la dirigencia del SNTSS como de las bases, incluso generó movilizaciones masivas de los trabajadores, lo que finalmente condujo en el retiro de la propuesta de la mesa de negociación. Con todo, el proyecto resulta un precedente de la tendencia privatizadora de la institución y, que responde a los lineamientos del gobierno tal como se señalara al inicio del capítulo.

Ambos documentos obedecen a la lógica de la racionalización de recursos y costos de atención, centrando su estrategia en acciones hacia los trabajadores de la institución. Otro aspecto que llama la atención es que todas las propuestas para "mejorar" los servicios están hechas sobre la idea que la situación actual está bien, salvo algunas cuestiones puntuales como el abastecimiento y la creación de plazas. No hay un reconocimiento explícito de que se está ante una situación crítica y por lo tanto hay que actuar en consecuencia. El concepto de calidad involucra a una serie de factores; entre ellos, los trabajadores forman parte muy relevante; en efecto, en la atención médica, la contribución de los profesionales a la calidad o a la falta de ella es fundamental, mas no exclusiva, toda vez que no "... debe olvidarse que la calificación de los trabajadores es una parte integral del sistema de producción"(23).

Se sitúa el ausentismo como el principal problema a superar para lograr los objetivos de productividad (cantidad), sin embargo, no se hace en el documento (tampoco lo ha hecho en otra instancia el IMSS), un análisis de las causas que subyacen al problema; si lo hicieran deberían reconocer que el ausentismo es tan sólo el "síntoma" de una cuestión mucho más profunda, ligada al deterioro notable de las condiciones en que estos trabajadores realizan sus actividades diariamente; situación que produce frustración y desgaste, porque además no tiene espacios para incidir de alguna forma en la solución de dichos problemas que le afectan directamente.

CONCLUSION DEL CAPITULO *¿modernización privatizadora para el IMSS?*

En México, la seguridad social se considera una conquista de los trabajadores, por lo que estas transformaciones necesitan de manera muy importante la legitimación social, para evitar o por lo menos minimizar la respuesta social y el costo político frente a un cambio en el modelo de prestación de estos servicios, como podría ser por ejemplo, la privatización de la atención médica que hoy proporciona el IMSS, mas aún si se considera el hecho que el IMSS es la principal institución proveedora de estos servicios.

Frente a esta situación, muchos se preguntan sobre la factibilidad de privatizar el IMSS. Aquí se sostiene, que la pregunta correcta a hacer es **¿como se llevará a cabo un proceso tal, que permita la participación legítima (socialmente) del sector privado en ámbitos de población que hasta ahora han sido exclusivas de la seguridad social?**

De acuerdo a lo expuesto, se puede sostener que el IMSS, está en busca del camino más adecuado para consolidar el proceso de modernización bajo la lógica privatizadora que impone el nuevo modelo económico. Mientras tanto va "adelantando etapas" con la el desfinanciamiento institucional y el desprestigio institucional. El poder económico, el gran capital transnacional y el propio gobierno, están ciertos que no habrá consolidación de su proyecto modernizador neoliberal sin la transformación de la seguridad social; la contradicción que representa mantener instituciones solidarias y redistributivas de la riqueza nacional debe ser superada.

Es por esto que el "fantasma" de la privatización ronda a la institución; el discurso oficial habla de la necesidad de modernizar la institución, aún cuando ha reiterado que ella no se privatizará. Sin embargo hay múltiples expresiones de que se pueda dar algunas forma de privatización del Instituto; una muestra de ello han sido las propuestas de subrogación de servicios, hechas entre otros por las autoridades del IMSS, lo que bajo la lógica neoliberal podría considerarse como un primer paso hacia la privatización; también los sectores empresariales han hecho distintas propuestas en este sentido, no siempre con bases sólidas, pero que reflejan una expresión ideológica de sectores muy gravitantes en la sociedad.

Finalmente, es necesario recordar que en lo que se refiere a los fondos previsionales que maneja el IMSS, en el año 1992, se sentó un precedente histórico al crearse el Sistema de ahorro para el retiro (SAR) que se trata de un fondo de cotización individual y paralelo a la que se realiza al seguro social, los que son administrados por las entidades bancarias.

Hasta ahora, las aportaciones a dicho fondo han sido hechas por los patrones, pero nadie puede asegurar que esa situación no cambie en un momento determinado, mas aún si se toma en cuenta la difícil situación económica del sector productivo mexicano, de las que dan cuenta de forma profusa los medios de comunicación masiva.

Si se ha sentado ya este precedente de privatización de la Seguridad Social mexicana ¿por qué no puede darse un proceso similar para los servicios de atención médica de estas instituciones, toda vez que se trata de un sector con una franja de asegurados que resultan atractivos desde el punto de vista de sus ingresos.

BIBLIOGRAFIA

6.- EL IMSS: LA INSTITUCIÓN EMPLEADORA

- 1 Laurell,C y Ortega, M.E. **El proceso de privatización en salud en México**. En: Políticas de salud, Estado y mercado. Curso monográfico de la Maestría en Medicina Social y Area de Estado y servicios de salud. noviembre 1992:1-22. México UAM- Xochimilco.
- 2 López,Oliva. **La selectividad en la política de salud** En:Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. (Coord),Asa Cristina Laurell. Fundación F. Ebert. México,1994:33-60.
- 3 Texto de la intervención del Director General del IMSS en la LXXIV Asamblea General Ordinaria. México, enero de 1994:14.
- 4 Texto del discurso que el presidente de la República pronunció con motivo del 50 aniversario del IMSS. México, enero de 1993.
- 5 Moreno,J. **Nueva Ley del Seguro Social**. México, Editorial Trillas, 4a Edición.1977:129.
- 6 Vital, A. **La reforma a la ley del IMSS no resuelve su crisis financiera**. *Revista Coyuntura*.1993 setiembre (40):
- 7 Datos del V Informe de gobierno.1993:579.
- 8 Molina,Raúl. **Modernización de los servicios de salud**. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. México,(En prensa). *Revista Salud Problema* N°26.1994: 28pp.
- 9 V Informe de Gobierno. op cit; pp:295.
- 9 Entrevista a Irma Islas, Secretaria general de la Sección XXXII del SNTSS. En: Doble Jornada de octubre de 1993:8.
- 10 Hernández 1989:66.
- 11 Doble Jornada op cit, p; 8.
- 12 Exposición de motivos presentada por el Lic. Luis Echeverría, Presidente de la República ante el Congreso de la Unión en: *Ley del Seguro Social*. México, editorial Alco.1992:37.
- 13 *Ibidem* pp:37.

14 Revista Proceso del 20 de setiembre de 1993:26.

15 Intervención Director Gral del IMSS *op cit*; p 14.

16 Doble Jornada *op cit*, p 8

17 Intervención Director Gral del IMSS *op cit*; p 11

18 Doble Jornada *op cit*, p 8

19 México, Coplamar. **Necesidades Esenciales de México**. 4ª edición, Editorial Siglo XXI 1982. Volumen 4 Salud. Capítulos IV,V y VI y Anexo estadístico del capítulo VI.

20 Anexo Entrevista a enfermeras.

21 García,H y Orozco. **Los salarios privilegiados del IMSS**. La Jornada Laboral de setiembre de 1993.

22 Documento de propuesta de modificación al contrato colectivo de trabajo presentado por el IMSS. setiembre de 1993.

23 Donabedian,A. **Continuidad y cambio en la búsqueda de calidad** Salud Pública de México, Vol 35 No3, mayo-junio de 1993:

7. LAS CONDICIONES DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERAS Y MÉDICOS DEL IMSS.

(Una mirada a algunos centros de atención médica)

¿Cómo dar cuenta de manera sistemática de la cotidianeidad laboral de un grupo de trabajadores de la atención médica, teniendo en cuenta la heterogeneidad que reviste este particular sector de servicios?

Partiendo del hecho que los procesos laborales de las enfermeras y médicos de la institución, están regulados por un acuerdo formalizado en el Contrato Colectivo de Trabajo, en este capítulo, se analiza el impacto que el proceso de modernización del IMSS (descrito en el capítulo anterior), ha tenido sobre las condiciones en que se organiza socialmente el trabajo de enfermeras y médicos de esta institución, bajo el supuesto de que en este periodo se ha producido un proceso de flexibilización de la relación laboral en el IMSS, que ha significado transformar y deteriorar de manera muy importante, las condiciones en que realizan su proceso laboral las enfermeras y médicos de la principal institución de Seguridad Social mexicana.

Los resultados que aquí se exponen, no persiguen generalizaciones para todas las enfermeras y médicos del IMSS, sin embargo, permite una aproximación a la magnitud y características del deterioro de la vida laboral en un sector de atención médica que históricamente se había considerado como el referente en materia de salarios y de definición de condiciones de trabajo por otros sectores de trabajadores.

La caracterización de este proceso de flexibilización laboral está contenida en tres aspectos, a saber: el de las transgresiones al contrato colectivo de trabajo; el de la sobrecarga de trabajo y el deterioro salarial. Además de estos aspectos, existen algunos factores que, aún cuando no son originarios de este periodo, han contribuido de manera fundamental al quebrantamiento cotidiano del pacto entre la institución y los trabajadores, así como también a la contención de las protestas de los trabajadores ante el deterioro de sus condiciones de trabajo. Estos factores se refieren a las relaciones de poder y a los estilos de control y supervisión del trabajo. El análisis de los tres aspectos señalados, así como de los factores "coadyuvantes", a la flexibilización laboral, es lo que se expone en los apartados siguientes.

Flexibilización "modernizadora" de la relación laboral en el sector de atención médica del IMSS.

Se ha sostenido en este estudio que la estrategia de flexibilización laboral como un elemento fundamental del proceso de modernización nacional, se ha aplicado de forma predominante en el sector industrial. Los resultados a que se llega en la presente investigación permiten afirmar que dicha estrategia también ha sido implementada con los trabajadores del IMSS; esta ha sido la característica que ha presidido los cambios ocurridos en las condiciones de realización del trabajo en el Instituto desde comienzos de la década de los ochenta.

Consolidar la estrategia de flexibilización laboral ha sido posible en sectores productivos como por ejemplo, las maquiladoras, donde la organización y la tradición reivindicativa de su fuerza de trabajo es muy débil. Hacerlo en una institución de seguridad social, con

aproximadamente 300 mil trabajadores, aún cuando su organización sindical no posea una tradición de lucha de las características por ejemplo del sindicato de electricistas, resulta sin duda una tarea difícil para la propia institución y para el Estado. Esto, entre otras cosas por las repercusiones políticas de acciones demasiado drásticas en este sentido y además porque como ya se ha señalado en otra parte de este estudio, el IMSS cumple un papel legitimador del Estado y del modelo social global, que se considera muy importante. Por todo esto, lo que se ha dado en el IMSS, desde 1982 hasta la actualidad (1994), es un proceso de flexibilización de la relación laboral con rasgos más sutiles que en otros sectores, pero no por ello menos severo y si bien no se puede hablar de un proceso consolidado, si es posible caracterizarlo y analizar a partir de ello, los alcances que tiene.

Un primer rasgo flexibilizador que se manifiesta en el trabajo cotidiano que realizan médicos y enfermeras del IMSS, se refiere a *las transgresiones al contrato colectivo de trabajo, las que aquí son interpretadas como una acción destinada a debilitar la organización de los trabajadores.*

Producto de las observaciones realizadas y de las conversaciones sostenidas con diferentes trabajadores del nivel operativo, jefes de servicios y dirigentes sindicales de distintas jerarquías, se puede sostener que este período de análisis se ha caracterizado por una permanente transgresión a los acuerdos contractuales explícitos, así como al espíritu que los anima.

Las transgresiones son variadas y se producen tanto por parte de la institución, de la estructura sindical, así como también de algunos trabajadores; es decir, todos los involucrados en este acuerdo han hecho casi una constante el no respeto a las reglas que han acordado el Instituto y los trabajadores representados por el sindicato. Lo acordado contractualmente no se traduce en acciones concretas, porque no existe voluntad política para hacerlo, toda vez que ésta está subordinada a los superiores intereses económicos de un proyecto global de carácter nacional, que tiene como premisa la utilización intensiva y extensiva de la fuerza de trabajo.

Un primer elemento de esta transgresión se refiere a la incompetencia de la Comisión Nacional de Seguridad e Higiene; en esta afirmación se puede resumir una serie de aspectos que tiene una relación directa con las condiciones en que realizan el trabajo enfermeras y médicos. Para entender lo anterior, es necesario describir brevemente los antecedentes de esta comisión establecida por la cláusula 64 del CCT; en efecto, ella nace en los años cincuenta con la finalidad de "investigar las causas de los accidentes, proponer medidas para prevenirlos y vigilar que éstas se cumplan" (1). En 1981 se modifica esta comisión creándose la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene, encargada de acuerdo con el reglamento respectivo, de la creación de las comisiones homólogas en los niveles regionales, estatales y locales.

De acuerdo con lo que establece este reglamento, la comisión tiene como funciones principales la prevención y reducción de los riesgos de trabajo, así como también disponer

de todas las medidas necesarias para garantizar un ambiente seguro para el desarrollo de los distintos procesos de trabajo*. Una de las primeras observaciones del recorrido por los centros de atención médica, fueron **las deplorables condiciones físico-ambientales**, las cuales deben ser vigiladas por dicha comisión.

Es preciso detenerse un momento en algunos de los alcances que, para el desarrollo de los procesos laborales de la atención médica, tiene el ambiente físico, entendido como aquellas condiciones de iluminación, ventilación, espacio, ruido y temperatura entre otras, que conforman el espacio físico donde se desarrolla un proceso de trabajo particular. Todos los procesos laborales de la atención médica, tienen como hecho básico y fundamental la interacción entre el prestador de los servicios y el usuario o derechohabiente; para lo cual es muy importante la existencia de un espacio físico, con iluminación que permita una observación lo más objetiva posible; sin ruidos que establezcan una interferencia en la comunicación.

Asimismo se requiere de una temperatura adecuada que permita por ejemplo, descubrir al paciente o usuario sin exponerlo a cambios de temperatura; con el espacio necesario para que el trabajador pueda llevar a cabo la prestación del servicio (consulta ambulatoria, procedimientos de diferente complejidad, etc), con la tranquilidad, privacidad y facilidades que contribuyan a hacer de ese proceso particular de trabajo, una actividad segura y eficaz para el paciente y satisfactoria para el trabajador.

* Para mayores detalles, se sugiere revisar el capítulo V. artículos: 39-49 del reglamento interior de trabajo y el reglamento de la Comisión Nacional Mixta de Seguridad e Higiene que aparecen en el CCT.

En prácticamente todos los lugares visitados, resultó difícil apreciar el cumplimiento, por ejemplo, de la cl 65 que se refiere al compromiso del instituto para mantener, de acuerdo con lo establecido en las disposiciones legales correspondientes*, los lugares de trabajo en condiciones tales que permitan la realización de los procesos laborales con la mayor garantía posible para la salud y la vida del trabajador así, como a mantener dichos lugares con la máxima higiene y seguridad.

Aún cuando son muy generales los términos del planteamiento legal, la realidad observada está lejana de ellos. Los baños y vestidores observados en algunos de estos lugares no reunían las condiciones de bienestar e higiene que estipulan las cláusulas 66 y 67; en relación a la ropa de trabajo y uniformes que estipula la cl. 69, si bien ésta se les proporciona, los trabajadores refirieron que en la actualidad suele realizarse con atraso con respecto a las fechas establecidas y no es infrecuente que las tallas o los números de zapatos no sean los adecuados para el trabajador (2). En el tercer nivel de atención**, se pudo apreciar que el problema de espacio físico resulta muy relevante por cuanto al mobiliario habitual de la unidad del paciente se agregan múltiples aparatos de ayuda terapéutica, de tal manera que el personal, para llevar a cabo las diferentes actividades que involucra su proceso laboral, debe desplazarse entre equipos, cables y conexiones eléctricas, de gases y/o de aire comprimido.

* Se refiere a las fracciones XV del artículo 123 constitucional y IV del 132 de la Ley Federal del Trabajo.

** El modelo de atención médica, divide la misma en tres niveles de acuerdo a la complejidad que involucran los procesos laborales en cada uno de ellos. Así, el primer nivel de atención, corresponde a los servicios de menor complejidad y de carácter ambulatorio; el segundo nivel de atención se refiere a los servicios de hospitalizados, con un grado medio de complejidad y el tercer nivel de atención se refiere a los servicios de mayor complejidad tanto curativa como de rehabilitación.

...
Cuando el espacio no es suficiente, se incrementa el riesgo de base que involucra la manipulación de aparatos como los señalados. Se observó también en servicios de hospitalizados del segundo nivel de atención, situaciones tales como la habilitación de unidades de "pseudo cuidados intensivos" dentro de servicios de medicina interna; esto, consiste en "adaptar" una o dos salas con algunos aparatos como monitores e incluso respiradores artificiales (muchas veces obsoletos hace ya varios años). En esas "unidades" se pretende que se preste una atención de tercer nivel en un espacio físico en el que difícilmente se podrá cumplir con ese objetivo. Por su parte, los servicios de urgencia, viven su propia dinámica en este sentido; siendo habitualmente servicios que se caracterizan por la gran movilidad de pacientes y la permanente expectativa de incremento brusco de la demanda por algún evento masivo, fue impactante observar en uno de ellos, estas condiciones físico ambientales deterioradas a niveles insostenibles.

Se observaron graves problemas de espacio en su planta física, lo que implica gran dificultad para desplazar enfermos en camilla, cuando éstos alcanzan una; si resultan menos afortunados, entonces sólo llegan a lograr un espacio numerado en los pasillos del servicio y allí el personal los ubica en sillas para administrarles el tratamiento indicado. Aquellos pacientes con algún cuadro patológico de características infecto-contagiosa (cólera o sida, por ejemplo), se aíslan en colchonetas en el suelo de una habitación oscura y sin ventilación, que además sirve para guardar algunos objetos sin uso.

Lo anterior, hace pensar necesariamente, aún cuando no es el centro de este estudio, en la calidad de atención que reciben los usuarios de servicios con esas o similares características; desde la perspectiva de los trabajadores, trabajar en esas condiciones significa, como ellos mismos lo expresaron, "una falta de respeto hacia el enfermo y una tremenda desvalorización del trabajo que realizan"⁽³⁾ a esto habría que agregar la exigencia que involucra para los trabajadores en condiciones iguales o similares a las señaladas. A estos efectos, habría que agregar que trabajar en esas condiciones implica un incremento cuali-cuantitativo de su carga de trabajo, porque indudablemente es mucho más laborioso instalar por ejemplo, una venodisis (suero intravenoso), a un paciente que está sentado, a uno que está en cama; esto, además de exponerse a riesgos y a la posibilidad de sufrir un accidente.

En las unidades del primer nivel de atención, si bien los problemas de espacio físico no se evidencian de la misma forma que en los servicios de hospitalizados, existen allí algunas cuestiones menos espectaculares, pero no por ello menos importantes para los procesos laborales; es así como en general, los cubículos de atención médica en los diferentes consultorios son pequeños, muchas veces no tiene la protección adecuada para recibir el sol ya sea por la mañana o por la tarde lo que hace muy incómodo recibir y dar consulta en esas condiciones.

Que sucede con las precauciones universales en el IMSS?

En términos generales, existe un indicador, que se considera clave para esta evaluación negativa que aquí se hace, del ejercicio efectivo de las comisiones mixtas de seguridad e higiene en los distintos niveles (nacional, estatal, delegacional y local); éste se refiere a la ausencia de información masiva, relacionada con las llamadas precauciones universales¹, esto es, conjunto de medidas específicas para la protección del personal de atención médica que tiene contacto con fluidos corporales. En los recorridos realizados durante las visitas, se apreció una notoria falta de difusión escrita (del tipo de carteles, avisos o recordatorios), sobre el particular; tampoco lo había específicamente en las estaciones de enfermería, aún cuando se observó por ejemplo en algunos lugares, dispositivos destinados a eliminar el material corto punzante.

Las innumerables investigaciones realizadas en relación con la infección por el VIH, así como los planteamiento epidemiológicos al respecto, coinciden en afirmar que uno de los aspectos más importantes para el control de esta epidemia, es la prevención y uno de los aspectos claves de ésta es la educación. El ambiente hospitalario en general y más aún, cuando las condiciones para realizar este trabajo son malas, puede favorecer condiciones para este contagio dada la permanente manipulación con fluidos de alto riesgo (sangre, entre otros) y la desinformación que muchas veces tienen los propios trabajadores del sector; este

¹ el concepto, antiguo en su definición, cobró nueva relevancia con la aparición de la pandemia del SIDA y se refiere a la recomendación hecha por la OMS, de que todos los pacientes deben ser considerados potencialmente infectantes, dada la imposibilidad de reconocer a los individuos con riesgos de infección de VIH, hepatitis u otra de igual vía de transmisión. De acuerdo a ello, se deberán tomar precauciones en todo momento y con todos los pacientes para evitar el contacto con sangre u otro fluido de alto riesgo como semen.

hecho es percibido con preocupación por los trabajadores, reconocen que no sólo hay carencia de información masiva al respecto sino también la hay en términos de educación continua. De acuerdo con lo observado y escuchado, en la actualidad y desde hace ya un tiempo, las condiciones de seguridad e higiene, distan mucho de acercarse a lo que establece el CCT, la precariedad que se advierte en la calidad de los recursos que constituyen el ambiente físico, nos permite afirmar que hoy día, los trabajadores que prestan atención directa a enfermos y usuarios del IMSS, no cuentan con condiciones seguras de trabajo.

Los trabajadores y algunos delegados locales, explicaban la incompetencia de las comisiones mixtas de seguridad e higiene, diciendo que ellas efectivamente existen, que están generalmente constituidas por un representante de la institución y uno sindical (que muchas veces lo ejerce el propio delegado); en los hechos lo que suele suceder es que, aún cuando se logre el funcionamiento de la comisión local, los problemas detectados deben ser remitidos al nivel inmediato superior (seccional) y es allí donde muchas veces se interrumpe el proceso, ya que raramente se obtiene una respuesta satisfactoria al respecto(4).

Los recursos materiales, en cuanto a su evidente deterioro e insuficiencia de medios de trabajo en general son otro de los elementos que permiten comprobar, la transgresión contractual en el IMSS. La cláusula 70 del CCT, establece claramente que "el instituto se

... obliga a suministrar oportunamente, equipo adecuado, útiles, instrumentos de trabajo, material y herramientas que sean necesarios para el desempeño de las labores y para su protección seguridad y comodidad, todos ellos de buena calidad"(5). Frente a esta disposición contractual, el denominador común observado fue encontrar materiales tales como catres clínicos, cunas, incubadoras, instalaciones de oxígeno, conexiones para aspiración de secreciones, camillas para atender partos, mesas quirúrgicas, etc, con muchos años de uso y sin el mantenimiento necesario para que cumplan sus funciones de manera óptima. Por el contrario, lo más común fue observar reparaciones o adecuaciones realizadas en general por las enfermeras, las que haciendo un despliegue de imaginación y creatividad, solventan muchas veces los inconvenientes que significa realizar el trabajo cotidiano en esas condiciones. La tela adhesiva se transforma en el recurso más utilizado, lo "repara" todo, desde conexiones de aspiración, pasando por tomas de oxígeno o como sujetador de las barandas de cunas.

Un ejemplo ilustrativo lo constituyen las deterioradas incubadoras de los servicios de cuidados intensivos y cuidados intermedios de uno de los hospitales tercer nivel visitados; allí se pudo constatar, por ejemplo, cómo sus sistemas de humidificación y temperatura para la mantención de un ambiente óptimo para el pequeño paciente, hace ya tiempo no funcionan; las enfermeras deben recurrir a toda suerte de "parches" que intentan mantener ciertas condiciones, las cuales deberían ser óptimas y seguras para desarrollar ese particular proceso de trabajo garantizando así la calidad del servicio que se presta.

Dentro de esta carencia tan severa de medios para desarrollar los procesos laborales también están elementos básicos para la atención médica como son jeringas, gasas, compresas, etc. De la misma forma, la insuficiencia de medicamentos, aparece como uno de los hechos relevantes; en efecto, los servicios se han visto sometidos a las consecuencias que implica una disponibilidad irregular del cuadro básico de medicamentos con que en otras épocas se contaba de manera solvente. Lo que suele suceder con más frecuencia es que los medicamentos falten de forma alterna, es decir, "hoy día tengo antibióticos, pero no llegaron analgésicos o cuento con penicilina pero necesito administrar ampicilina"⁽⁶⁾. Con relación a los medicamentos hay que mencionar que el artículo 98 de la Ley del Seguro Social, establece que el Instituto elaborará los cuadros básicos de medicamentos que considere necesarios, lo que estarán sujetos a permanente actualización; es claro, que la situación que se viene dando desde hace un tiempo, transgrede el texto legal citado y rompe con un precedente histórico de la institución como fue el de mantener un cuadro básico de medicamentos en virtud de las necesidades de atención y no del mercado.

La irregularidad en la disponibilidad de medicamentos, cobra una dimensión muy preocupante si recordamos que el modelo de atención médica de la institución tiene como características fundamentales la atención curativa, en la que el papel de la terapéutica medicamentosa es de primera importancia. Por estas razones, tanto médicos como enfermeras, refieren estas carencias como altamente entorpecedoras e incluso

⁶ Ley del Seguro Social. México, Ed. Alco. 1992:102.

...
distorsionadoras de sus procesos de trabajo.

El alcance que tiene en el trabajo diario este hecho es, a modo de ejemplo, que si se necesita administrar un medicamento previamente diluido, cuya dosis exacta requiere utilizar una jeringa de 20cc, lo que sucede con frecuencia es que sólo queden jeringas de otra graduación; ante esto, la enfermera que es quien administra el medicamentos, "debe resolver" la situación en ese momento, utilizando su criterio para administrar la dosis exacta que ha sido indicada, con los recursos que dispone y bajo condiciones que no impliquen un riesgo agregado (iatrogenia) a ese enfermo. Esto, también implica un incremento en la carga de trabajo, en desmedro posiblemente de otras actividades tales como hablar con el enfermo o sus familiares y que en términos generales se relacionan con la calidad de atención.

El incumplimiento de la cláusula 22bis sobre revisión y actualización de plantillas de personal, de manera específica en el sector de atención médica ya comentada en parte en el capítulo anterior, es tal vez el ejemplo más claro de incumplimiento sistemático del acuerdo contractual. Hubo coincidencia en una gran mayoría de los trabajadores entrevistados, que uno de los problemas de mayor gravedad que les afecta desde hace ya varios años es la falta de personal; en efecto, reconocen que hay una situación real de ausentismo laboral, la que debe ser estudiada en sus verdaderas causas que lo generan y no hacer diagnósticos apresurados, como lo ha hecho la dirección del IMSS, estimando que se trata solamente de una cuestión de "estímulos" monetarios. En el mismo sentido, reconocieron un uso discrecional de indicadores para el cálculo de las necesidades de

personal; al parecer en cada centro de trabajo e incluso servicio de atención, se utilizan indicadores de acuerdo a las circunstancias cotidianas .

La dificultad para acceder en la actualidad a información relacionada con los indicadores de necesidad de personal, incluso a nivel del propio sindicato, parece confirmar lo anterior. La creación de comisiones para revisar el cumplimiento de la cláusula, las protestas de algunos sectores de trabajadores, han sido infructuosas en la solución de este problema. En contraste con este agudo problema, ha habido un incremento superior de personal de confianza y que desarrolla otras labores que no son de atención médica directa (**revisar capítulo seis**).

De acuerdo con los trabajadores entrevistados, existen otras cláusulas incumplidas, como son la cl 27 sobre nivelación y la cl 34 sobre potestad. La primera de ella tiene que ver con el principio de que a trabajo igual o equivalente, salario igual. Al respecto, las enfermeras del nivel operativo refirieron que es habitual que por falta de personal deban cumplir funciones diferentes para las que han sido contratadas y para las cuales muchas veces no cuentan incluso con la capacitación específica. Así, sucede que enfermeras generales se desempeñan en servicios de tercer nivel cumpliendo funciones de una enfermera especializada; esto, además de que implica riesgos tanto para el usuario del servicio como para la propia trabajadora, no se ajusta a la cláusula señalada ya que no se paga la diferencia salarial correspondiente(7). La cláusula 34, por su parte se refiere al derecho que tiene el trabajador de aceptar realizar horas extraordinarias; en los hechos, esto se

transgrede, pues se presiona a los trabajadores, especialmente a las enfermeras, a cumplirlas, nuevamente por falta de personal en los servicios.

Los ejemplos hasta aquí descritos, son bastante elocuentes en relación a las transgresiones permanentes al CCT las cuales se apreciaron en los centros de atención médica que se visitaron; las transgresiones señaladas significan un cambio a veces evidente y otras, más sutiles, del sentido de protección al trabajador que establecen los principios de la negociación colectiva y expresan el incumplimiento del pacto laboral acordado entre el IMSS y el SNTSS, es a nuestro juicio, una forma de modificación "*de facto*" al documento en referencia. Este panorama analizado con respecto a las transgresiones de la institución del CCT, expresan el desinterés que hoy tiene el IMSS en dar una atención de calidad así como también de favorecer el mejoramiento de las condiciones en que se realiza este trabajo. El proceso de modernización del Instituto ha privilegiado los intereses del proyecto de carácter nacional, con lo cual ha afectado de manera importante a trabajadores y derechohabientes.

Sin embargo hay más aún sobre este tema; en efecto, junto con estas transgresiones mencionadas y que han afectado de manera determinante a las condiciones en que realizan su trabajo enfermeras y médicos del IMSS es necesario agregar un ***sistemático proceso de deterioro de la imagen de los trabajadores***, alentado por la propia institución y por sectores empresariales.

Así es como revisando la prensa escrita, específicamente de los meses de junio a octubre

de 1993 y la de los meses de octubre de años anteriores, época que corresponde al período de revisión del contrato colectivo de trabajo,(8) se encuentra una verdadera campaña de "culpabilización" al CCT, por los costos económicos que le significa a la institución, se habla de las privilegiadas prestaciones con que cuentan los trabajadores, del ausentismo como la causa única y principal de la falta de personal e indican que son los trabajadores la causa del deterioro de la calidad de atención. Un ejemplo concreto de esto es una encuesta elaborada por sectores empresariales y aplicada a los asegurados del IMSS, con el objeto de que evaluaran los servicios que presta el Instituto*; tanto el contenido como la formulación técnica de las preguntas son claramente dirigidas y tendenciosas, en el sentido de apuntar la responsabilidad de la calidad de la atención exclusivamente hacia los trabajadores.

Problemas tan serios como la restricción económica, el proceso de desfinanciamiento de sus principales fuentes de ingreso, el desmantelamiento técnico y el desabasto de recursos materiales no tiene su origen en los trabajadores; sin embargo, son ellos los que conviven diariamente con el usuario quien recibe atención en los deteriorados servicios de atención médica; se crea así un conflicto artificial, entre demandantes y prestadores de servicios, ambos sujetos de un mismo problema. Todo esto contribuye, sin duda a deteriorar la imagen de los servicios públicos. Reconociendo lo antes señalado, es necesario decir que si bien los trabajadores no son los directamente responsables, si existen problemas de maltrato, lo cual puede tener su origen y expresión en lo siguiente:

* El documento que se cita se encuentra en el Anexo N.º 7

La sobrecarga de trabajo

Recordemos que en este estudio, el concepto de carga de trabajo se ha definido como la relación existente entre población demandante de atención, el personal necesario para responder a dichas demandas y los recursos materiales disponibles para llevar a cabo los procesos de trabajo que involucra la atención médica. Tal como se analizó en el capítulo anterior, a lo largo de la última década, se ha producido en el IMSS, un desequilibrio cuantitativo y cualitativo entre estos tres componentes señalados, lo que ha significado tanto para las enfermeras y médicos, una sobrecarga de trabajo que se ha hecho cada vez más severa en estos últimos años. De esta forma, se puede sostener que en la actualidad, los procesos laborales de la atención médica del IMSS, en general no se prestan con oportunidad, muchas veces se brindan con serios problemas de seguridad y por lo tanto de eficacia; problema que, si bien no es posible comprobar en un estudio de estas características, si se puede establecer a nivel hipotético.

Los médicos y enfermeras entrevistadas en varios centros de atención médica del IMSS en el Distrito Federal, coincidieron invariablemente en identificar entre los aspectos claves para el deterioro notable de sus procesos de trabajo, la carencia de medios materiales y una plantilla insuficiente de personal en relación a la creciente y permanente demanda de atención. Actualmente, tanto médicos como enfermeras en los servicios de hospitalización, afirman que tienen más enfermos o usuarios que atender, cuentan con menos y más deteriorados recursos materiales para hacerlo y su competencia profesional muchas veces carece de la actualización necesaria para desarrollar los procesos laborales(9).

Cuando se habla de productividad en el IMSS, en términos de los servicios que se prestan, no puede calificarse más que de exitosa por lo menos en términos cuantitativos, cuando vemos que entre 1982 y 1992, las consultas externas se incrementaron en 21 millones, lo que equivale a un 35 por ciento de aumento, de tal manera que en el año de 1992 se dieron más de 80 millones de consultas externas (general y de especialidad). Algo similar ha ocurrido con la variación de la consulta de urgencias; así, mientras en 1982 éstas ascendían a aproximadamente 7.6 millones, para 1992 la cifra se había incrementado a 11.7 millones (54 por ciento). Sin embargo, cabe recordar que en el capítulo seis, se revisan datos (cuadro 6.13, pp 146), donde se apreciaba una relación claramente deficitaria entre el incremento de los servicios prestados en este período y los recursos disponibles para ello; todas las cifras sobre recursos materiales están por debajo del incremento que han tenido las prestaciones de atención médica.

Si nos detenemos ahora en la relación cuantitativa entre población legal y estos trabajadores, se observa que en 1982, se registraban aproximadamente, 27 millones de derechohabientes; el índice de enfermeras era de 16 por cada 10 mil personas y el de médicos, de 9.7 para igual número de derechohabientes. Cuando se comparan estas cifras con los indicadores propuestos por Coplamar, resulta que de acuerdo a la población derechohabiente, el IMSS tiene un déficit tanto de enfermeras como de médicos.

Si se considera además que por efecto de la tendencia a la especialización, existe una concentración de profesionales en los grandes centros urbanos, se puede suponer que

existen sectores en que la carencia de personal es aún mayor. Como se ve entonces, a pesar que las cifras aisladas muestran un incremento de enfermeras (51.3 por ciento) y médicos (27.5 por ciento) en este período, entre 1982 y 1992, cuando estas cifras se las ubica en el contexto del crecimiento de la población posible de atender, las cifras aparecen insuficiente, explicando además la apreciación cualitativa que al respecto han expresado los trabajadores.

En definitiva, frente a una de las condiciones fundamentales para garantizar una prestación de servicios de atención médica en condiciones de seguridad, oportunidad y eficacia, como es la dotación suficiente de personal, el IMSS no la ha cumplido; por el contrario, además de ello se agrega de manera muy importante, la deficiencia en la disponibilidad de recursos materiales para responder al incremento de los servicios solicitados. Este conjunto de elementos son precisamente los que conforman este fenómeno de sobrecarga de trabajo, que como vemos reviste gran complejidad y va más allá de ser un problema cuantitativo de aumento de la población derechohabiente y usuaria de los servicios.

Además de lo anterior, la sobrecarga de trabajo también está dada por el entorpecimiento que significa para el desarrollo de los procesos laborales, el no contar con recursos materiales disponibles en cantidad y calidad para llevarlos a cabo; o trabajar con equipos deteriorados que se descomponen frecuentemente, con la secuela de retraso en los diagnósticos, tratamientos, prolongación de los días de hospitalización, todo lo cual en definitiva genera un incremento en los costos de las prestaciones y se traduce en una

atención deficiente.

Ahora bien, de acuerdo con la investigación empírica, se pudo identificar que aun cuando el problema de la sobrecarga de trabajo se reconoce como un hecho generalizado en todos los servicios de atención médica, el problema adquiere características específicas en los distintos niveles de atención.

Las particularidades de la sobrecarga de trabajo

Aceptado el aumento objetivo de la carga de trabajo, resulta importante analizar las formas que este fenómeno adquiere entre las enfermeras y médicos, así como también cuales son algunas de sus especificidades en los servicios de hospitalización y en los de atención ambulatoria.

Con relación a las enfermeras, en la gran mayoría de los servicios estudiados, especialmente en los de hospitalización, se apreció que el personal de enfermería que se encontraba laborando en esos momentos era insuficiente para la cantidad de pacientes que había; esta es una situación que a decir de las propias enfermeras y médicos se ha venido dando cada vez con mayor frecuencia en los últimos años y en prácticamente todos los servicios y centros de trabajo. En todos los centros visitados, se observó y así lo confirmaron las apreciaciones de los propios trabajadores, que la relación enfermera-paciente se ha modificado en los últimos años; actualmente, la enfermera atiende más pacientes desde un punto de vista cuantitativo, además desarrolla su proceso de trabajo en condiciones de

organización que se han ido precarizando sistemáticamente, lo que da una connotación cualitativa al problema de la sobrecarga de trabajo.

Con respecto a los médicos, estos también se han visto afectados por el problema de la sobrecarga de trabajo, aún cuando existen algunos factores que hacen que este fenómeno tenga en general una repercusión más atenuada. Nos referimos por ejemplo a la estructura jerárquica (especialista, residente, pasante), que implica parcelar las actividades que componen los procesos laborales de estos trabajadores, donde cada uno de los niveles jerárquicos cumple tareas muy específicas. Lo anterior, significa además que el médico en términos globales, permanece proporcionalmente menos tiempo en contacto directo con el paciente y con los problemas cotidianos que implica la atención médica, lugar donde se materializa, "se vive", la falta de recursos y/o la escasez de personal.

Para entender mejor esto, se hace necesario explicar brevemente esta estructura jerárquica señalada (la que se evidencia claramente en los servicios de hospitalizados); ella está conformada después del Director y Subdirector del hospital o clínica, por el jefe de División, al que le sigue hacia abajo el Jefe del Departamento clínico (o servicio), del cual dependen los médicos de base (es decir, los que tienen un puesto permanente) y los residentes (que son aquellos médicos que se encuentran haciendo una especialidad clínica), que se dividen en tres niveles, según sea el año de especialización en que se encuentran, siendo los R-3, los más avanzados y los R-1, los de recién ingreso.

Dentro de esta estructura, son los médicos de base y en mayor medida los residentes de segundo y tercer año los que están a cargo del manejo de los pacientes, mientras que los residentes de primer año y los internos, cuando los hay, se encargan de realizar todas las actividades del proceso de trabajo de carácter administrativo, tales como llenar formas, solicitar estudios, hacer historias clínicas, etc. Estos últimos están en el plano más operativo y cotidiano, por lo cual se enfrentan justamente con los problemas de la atención ya señalados.

En el sector de atención médica ambulatoria, que corresponde a la consulta de medicina familiar y de especialidades, la intensificación o sobrecarga de trabajo se caracteriza por una disminución global del tiempo de consulta por paciente o demandante. Aún cuando el discurso oficial habla de calidad y calidez de la atención, en los hechos la política institucional aplicada en los centros de atención médica, especialmente en los de primer nivel y urgencias, es un privilegio de la cantidad sobre la calidad como respuesta al aumento de la demanda de atención. Los alcances que tiene para los médicos que dan atención en este primer nivel deben analizarse con detención. En primer lugar, existe una constante presión de parte del numeroso público que habitualmente colma las salas de espera y que las más de las veces espera hasta tres o más horas para ser atendido, pese a haber solicitado su cita con anticipación; luego, cuando por fin es atendido, el médico no tarda más de 10-15 minutos en atender su demanda.

Este tiempo que puede o no ser suficiente desde el punto de vista técnico, es percibido por

el usuario como una atención de mala calidad. Lo anterior, hace que hoy no sea infrecuente observar situaciones violentas de maltrato de palabra e incluso de hecho, al personal que labora en estas unidades, incluidos a los médicos.

En segundo término, derivado de lo anterior, podemos ver las dificultades que tiene el personal para desarrollar sus procesos laborales de manera satisfactoria tanto para el usuario como para el propio médico, toda vez que por un lado tiene la presión de "cumplir" con una cantidad de consultas/día (productividad), de acuerdo a la norma establecida y por otro lado, se ve enfrentado a la razonable exigencia del usuario de solicitar una atención satisfactoria para él. Frente a esta situación, el médico muchas veces ya no quiere (puede) escuchar "largas historias" de ese usuario, sino que necesita saber lo más rápidamente el motivo de la consulta, lo que se reduce mas bien a un "dónde le duele" o "qué le pasa"; para llegar de la misma forma, rápida, a resolver la consulta, "recetando algo" o dando alguna indicación, todo esto sin llegar a establecer la necesaria relación interpersonal para una prestación de servicios satisfactoria para ambas partes.

Esta dinámica de los servicios de atención ambulatoria, lleva a sostener que la calidad de los procesos de trabajo de la atención médica, van más allá de una dimensión ética individual, que sin duda debe estar presente en todo momento; sin embargo para que ella pueda ejercerse plenamente, deben darse condiciones que se relacionan con políticas sanitarias, institucionales y de personal que propicien un desempeño ético en el trabajo cotidiano.

La intensidad del trabajo cotidiano que se observó en algunos servicios ambulatorios, fue que especialidades como urología dan en promedio, 29 consultas durante la jornada laboral del médico (que es de seis horas), lo que significa que a cada paciente le puede dedicar 12.5 minutos como tiempo máximo de atención; en urología, con un promedio de 20 consultas diarias, el tiempo máximo de atención no "debe" sobrepasar los 18 minutos; por su parte en neurología, donde en promedio se atiende a 18 pacientes por día, el tiempo máximo que el médico le puede dedicar a un paciente es de 20 minutos*. Estas cifras promedio, aparecen por sobre la normatividad institucional, que indica que se deben atender 14 pacientes por consulta/día. Por su parte, la enfermera (generalmente solo hay una) que trabaja en la consulta externa, a cargo de las curaciones, refirió realizar aproximadamente 186 curaciones diarias en un lapso de 4 horas, eso significa que realiza 46.5 curaciones/hora, lo que da un promedio de 1.29 minutos para cada curación.

Otro ejemplo es el de una Unidad Médico-Familiar, de la zona sur del Distrito Federal, en donde se observó también el problema de la sobrecarga de trabajo, situación que fue analizada en profundidad en el año 1991, cuando dos médicos de la misma unidad, realizaron un estudio con objeto de hacer una propuesta para una nueva regionalización del área de influencia de dicho centro de atención médica(10). La información que aparece en esa investigación permite observar la desigualdad en la intensidad del trabajo cotidiano que se da allí desde hace ya varios años y que al parecer se mantiene sin variaciones en la actualidad, según afirmaron algunos trabajadores de dicho centro de atención médica.

* Estas cifras corresponden a datos del mes de marzo de 1994.

La problemática que origina esta situación tiene que ver con los cambios demográficos que ha experimentado el área de influencia, los cuales han rebasado la rigidez normativa y administrativa del sistema, dando como resultado que el incremento de la población derechohabiente se haya distribuido desigualmente en los dieciséis consultorios de que dispone actualmente esa unidad.

De acuerdo a las cifras del **cuadro 7.1**, entre 1986 y 1989, los derechohabientes se incrementaron en promedio, un 11 por ciento, lo que en cifras nominales significa que en 1989, había aprox. 735 mil derechohabientes más; el total de población distribuidas por consultorios significa que a cada uno le correspondía más de 5 mil personas en todos estos años, lo que está por encima del tope de 5 mil que disponía en esa época como norma el IMSS. Cabe recordar que a partir del año 1992, la cifra máxima de derechohabientes por consultorio es de 2 mil 500.

| CUADRO 7.1 VARIACIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES* UMF SECTOR SUR CIUDAD DE MEXICO 1985-1989 | | | |
|--|---------------|--------------|-----------|
| AÑO | DERECHOHAB.** | % INCREMENTO | D-H/CONS. |
| 1985 | 74.815 | 100 | 5.343 |
| 1986 | 76.829 | 2.7% | 5.487 |
| 1987 | 83.853 | 12.0% | 5.989 |
| 1988 | 88.545 | 18.4% | 6.324 |
| 1989 | 82.171 | 9.8% | 5.869 |

* cifras en miles de personas

** son cifras promedio

*** derechohabientes por consultorio

el total de consultorios es de 14

Fuente: Domínguez y López. 1991

Frente a este hecho objetivo de incremento de la población derechohabiente, la respuesta esperada sería un aumento congruente de los recursos; sin embargo, se ha respondido con una disminución, del número de consultorios y también de médicos; así, hasta el año 1979 funcionaban 18 consultorios con sus respectivos médicos; desde el año de 1980 se redujeron a 14 los consultorios y recién en 1991, se aumentaron en dos, sumando en total dieciséis a la fecha de realizarse el estudio en referencia. En el mismo sentido, en el año de 1988, se registraron en ese centro de trabajo, durante varios meses del año más de 500 consultas por mes en 6 de los 14 consultorios, llegando uno de ellos a registrar en el mes de agosto, 732 consultas, lo que significó un promedio de 6.1 consultas/hora, que equivale aproximadamente 9 minutos de consulta por usuario. En estos consultorios, se encontraban ampliamente sobrepasados los índices que daba la propia institución para la atención ambulatoria de primer nivel, de 3.7 consultas/hora, que equivale a aproximadamente 16 minutos para cada paciente. En este caso ninguna consulta llegaba a los 15 minutos.

Estos son algunos ejemplos, para la atención ambulatoria del fenómeno de sobrecarga de trabajo que afecta a médicos y enfermeras del IMSS. Los trabajadores entrevistados coinciden en afirmar que no se trata de situaciones aisladas sino de una constante que se da en muchas unidades de consultas ambulatorias, con las particularidades propias a cada unidad, pero en términos generales muy parecidas.

Con relación a la sobrecarga de trabajo en los servicios de hospitalización, en el segundo

nivel de atención, un primer elemento a destacar y que coincide con el sector de atención ambulatoria se refiere al incremento cuantitativo de los pacientes a atender; esto, que es una opinión generalizada tanto de enfermeras como de médicos, resulta coherente si recuerda las cifras señaladas al respecto al comienzo de este apartado. No fue posible acceder a cifras más desagregadas para ver las variaciones experimentadas en servicios como por ejemplo, el de medicina interna, caracterizado generalmente por una gran demanda de pacientes.

Lo que sí pudimos apreciar fue la utilización de espacios físicos que antes se dedicaban a salas de espera o en el hecho ya comentado de la implementación de pseudo salas de cuidados intensivos en servicios de segundo nivel, los cuales han sido "adaptadas" para que allí se dé atención equivalente a un tercer nivel, es decir de mayor complejidad. Los procesos de trabajo que involucran estas adaptaciones son cubiertos por el mismo número de personal con el que se prestaba atención anteriormente.

Otra característica, la constituye el uso intensivo de camas en estos servicios; en efecto, con el sistema de hospitalización conocido como alta precoz u hospitalización transitoria, sucede que en un lapso de 24 horas, una misma cama puede ser ocupada, hasta por tres pacientes diferentes, lo cual representa sin duda una carga no sólo cuantitativa sino que cualitativamente diferente y aumentada, por cuanto cada cambio de paciente, significa llevar a cabo igual número de procesos de trabajo relacionados con el ingreso y alta del paciente. Esto implica a grandes rasgos, preparar la unidad, ejecutar y registrar el ingreso, realizar y

registrar las indicaciones prescritas, atender directamente a la o el paciente, preparar el alta, ejecutarla, registrarla y preparar nuevamente la unidad para el siguiente ingreso, que ya está esperando atención a veces durante horas. Una tercera característica del aumento de la carga de trabajo en este sector de la atención de hospitalización, está dada por una mayor complejidad clínica de los pacientes, desde el punto de vista de su problema de enfermedad; es así como pudimos observar con frecuencia, en salas de atención médica, pacientes con afecciones que requerían de una observación permanente y del despliegue de equipos de ayuda terapéutica que varían más allá de la disponibilidad de material y personal que se requiere en un servicio de segundo nivel.

Los alcances que este hecho tiene para el desarrollo del proceso laboral de atención directa, merece que nos detengamos un momento para revisar su significado. La mezcla de enfermos de diferentes complejidades, en cuanto a sus requerimientos de atención y cuidados, en una misma sala, implica principalmente para las enfermeras que trabajan ahí, llevar a cabo un despliegue constante de múltiples conocimientos (los que no siempre reconocen tener actualizados) y su aplicación, para ajustar el proceso de atención de enfermería a fin de satisfacer justamente esa atención y cuidados específicos.

Se sabe que los sistemas de atención estratificada de acuerdo con la complejidad patológica del enfermo o a criterios de unificación de diagnósticos, permiten un mejor aprovechamiento de los recursos materiales y principalmente un desarrollo de los procesos laborales que favorecen la buena calidad de la atención que se presta. Esto, no se da en los servicios de

atención médica del IMSS (por lo menos en los estudiados). Lo que sucede en la realidad es que a la enfermera se le exige, saber por igual de un enfermo diabético descompensado, que de uno que padece de insuficiencia cardíaca congestiva o de otro que permanece con *delirium tremens* por un síndrome de privación alcohólica.

Frente a esta heterogeneidad de problemas de enfermedad y a la exigencia que se le demanda a la enfermera en el sentido que, a partir de ser enfermera general, debe tener necesariamente la competencia necesaria para dar esta atención diversificada. La respuesta, como práctica de atención de esa enfermera general, es una especie de unificación del proceso de atención de enfermería, lo que se expresa en la ejecución de una serie de rutinas más o menos comunes para todos los enfermos(11), lo cual afecta la calidad de la atención. Cuando se necesita desarrollar procedimientos específicos o enfrentarse a eventos no esperados, si la enfermera tiene años de experiencia profesional, puede solventarlos con cierta pericia; sin embargo si la misma situación le ocurre a una enfermera con una corta experiencia laboral, debe recurrir a la "buena voluntad" de otra enfermera que quiera o pueda ayudarle ya que no existe una organización del trabajo que permita espacios de aprendizaje y de colaboración por parte de los niveles de supervisión, supuestamente con mayor conocimiento que las trabajadoras del nivel operativo (12)

Esta característica de trabajo individualizado, intensivo y sin colaboración, es uno de los cambios más notorios percibidos por las enfermeras (13). Ellas reconocen que aún cuando históricamente sus condiciones laborales no han sido "esplendorosas", sin embargo hace

...
diez años atrás, existían algunas forma de organizar el trabajo que les permitía acceder a una colaboración que hoy no tienen(14). En efecto, hace una década, expresan " se trabajaba en equipo, el personal de intendencia prestaba una colaboración importantísima en lo que se refiere a traslado, movilización y ayuda a la realización de procedimientos que requieren de fuerza física; desde hace años eso ya no ocurre y la enfermera trabaja sola"; en definitiva se realizaban los procesos laborales de una forma mas cercana a lo que es un trabajo en equipo.

La sobrecarga de trabajo en el tercer nivel de atención, entendido éste como el de máxima complejidad, además de encontrar algunas de las características ya descritas, como son la heterogeneidad de pacientes en una misma sala, y el aumento de la demanda de atención, se agrega el alcance que tiene la necesidad de apoyo tecnológico en el desarrollo de los procesos de trabajo. Así es como una de las característica de la atención del tercer nivel, es la utilización de recursos materiales de tecnología más o menos sofisticada (monitores, bombas infusoras, ventiladores mecánicos, desfibriladores, entre muchos otros), como apoyo para la realización de los diferentes procesos laborales.

Lo que observamos en los servicios del tercer nivel, fue en general, un desmantelamiento de su equipamiento tecnológico de esos servicios; de acuerdo a lo expresado por médicos y enfermeras de estas unidades, lo que queda allí son equipos sometidos a una utilización intensiva por largo tiempo y a los que no se les ha proporcionado el necesario mantenimiento para su mejor utilización. Esto constituye uno de los problemas claves que

conforman el fenómeno de la sobrecarga de trabajo, de acuerdo a lo expresado por médicos y enfermeras de estas unidades. Para cumplir con las condiciones de prestar una atención oportuna, segura y eficaz, se requiere, en este nivel con más necesidad que en otros, de disponer de recursos materiales adecuados para desarrollar los diferentes procesos laborales que ahí se dan; junto con esto se necesita de los profesionales necesarios en cantidad y competencia suficiente para llevar a cabo dichos procesos. Como ejemplo de esto, en un hospital de traumatología (tercer nivel de atención), perteneciente al Estado de México, el cambio más evidente percibido por los trabajadores en los últimos años, tiene que ver con el aumento de la demanda de atención. Esto significa que actualmente llegan más personas a demandar atención y la capacidad del hospital no se ha aumentado, lo que implica que los enfermos que se hospitalizan, deben permanecer en las camillas del servicio de urgencia por muchas horas e incluso días en espera de una cama; no es infrecuente que algunos pacientes cumplan toda su hospitalización en estas condiciones y sean dados de alta sin haber ingresado a sala de hospitalización(15).

A modo de síntesis, se sostiene que el problema de la sobrecarga de trabajo en los servicios de atención médica se aprecia como un hecho constante y muy sentido por los trabajadores; dicho problema es producto directo de la respuesta que el IMSS ha dado a la política de extensión de cobertura, de acuerdo por una parte, a un modelo económico global que le impone una política modernizadora que se traduce en una severa restricción de recursos. A esta estrategia de intensificación del trabajo le subyace otra, que aún cuando no está explicitada ni es reconocida como tal, se evidencia como un hecho público; nos referimos

a la estrategia de deslegitimación de las instituciones del Seguro Social.

La flexibilización salarial y desvalorización profesional

Como se recordará anteriormente se analizó la magnitud del deterioro salarial experimentado por las remuneraciones tanto de médicos como de enfermeras, decremento iniciado a fines de los setenta. Esta flexibilización salarial, se considera el aspecto más evidente en este proceso de transformación de la relación laboral y se ha dado con todos los trabajadores asalariados del país, desde comienzos de la década pasada.

Los salarios se consideran uno de los indicadores más importantes en la vida económica y social de una sociedad; en este periodo de análisis, la restricción salarial en México, se ha dado en niveles sin precedente afectando con ello notablemente las condiciones de vida de los trabajadores y de sus familias; esto ha generado la necesidad entre muchas enfermeras de tener en la actualidad dos trabajos remunerados; a los que si se agrega el no remunerado doméstico, se puede suponer fundadamente que estas trabajadoras están sujetas a un sobrecarga de trabajo agregada a la ya analizada en los apartados anteriores. Con respecto a los médicos, tradicionalmente han tenido un doble empleo, que implicaba trabajar en jornada diurna en el IMSS y por la tarde en su consulta privada. Lo que se ha detectado en el último tiempo es que por efecto del deterioro salarial, además de la dinámica tradicional, el médico ocupa tiempo de su jornada en el IMSS para desplazarse a realizar generalmente operaciones quirúrgicas a pacientes privados.

La pérdida de valor del salario también ha tenido alcances significativos en lo que se refiere a la valorización de la actividad laboral; así es por ejemplo como para los médicos del IMSS, el menoscabo de sus sueldos ha significado una de las condiciones de trabajo que más se ha deteriorado en estos años y ello es percibido por estos profesionales como una desvalorización de su actividad profesional.

Las relaciones de poder y su "contribución" a la estrategia flexibilizadora

Frente a esta compleja situación laboral señalada hasta aquí, surgen algunas interrogantes:

¿Cómo afecta a las relaciones interpersonales, interprofesionales e intraprofesionales un proceso de deterioro de las condiciones en que se realiza este trabajo de atención médica?

¿Cómo se puede sostener una situación de deterioro de las condiciones materiales de trabajo en un sector tan sensible como lo es la atención médica, sin que se produzcan situaciones de desestabilización institucional?

¿Por qué, no se ha dado una protesta de parte de los trabajadores, en una magnitud equivalente al deterioro de las condiciones en llevan a cabo su trabajo?

Si bien los resultados de este estudio no tienen la pretensión de dar respuesta a dichas interrogantes, lo que se intenta es hacer una reflexión sobre algunos aspectos específicos de la organización del proceso laboral de atención médica que están a nuestro juicio coadyuvando a este proceso de deterioro, por medio de la aplicación de un estilo de control de los procesos laborales, aprovechando condiciones que históricamente han caracterizado a las profesiones de enfermería y medicina.

La organización del trabajo de atención médica se ha caracterizado históricamente por tener una estructura jerárquica de tipo vertical y rígida, con relaciones de poder de tipo inter e

intraprofesional, donde la conflictividad ha sido un hecho inherente a ellas, asumiendo características particulares según sea el momento social en que se den. Esto es, en términos generales, lo que se ha dado fundamentalmente en la organización del trabajo de atención médica son relaciones de autoritarismo y sumisión. Así, el médico ha mantenido con los demás trabajadores, específicamente con la enfermera (su relación es más directa) formas autoritarias de relación y de supervisión del trabajo de esta última; características presentes también en su relación con el paciente, quien debe obedecer y aceptar "lo que el médico le dice" porque éste es el que "sabe". Esta caracterización muy general, encuentra matices importantes de distinguir, cuando se intenta explicar una realidad concreta, donde se dan diferentes jerarquías al interior de la estructura médica.

Por su parte, las enfermeras han mantenido históricamente relaciones diferentes de acuerdo a los niveles jerárquicos que existen en las diferentes realidades; una característica general a diferenciar en este aspecto es el de subordinación hacia el médico, pero de autoritarismo con los niveles jerárquicos inferiores (por ejemplo, auxiliares de enfermería). De esta forma se puede afirmar que en sus estilos de control y supervisión del trabajo predomina lo impositivo, lo vertical. De acuerdo a la información obtenida, lo que ha sucedido en los últimos años en relación a este aspecto laboral es la profundización de algunos de estos rasgos, los que han posibilitado por una parte, la aplicación de la política institucional restrictiva y por otra, han participado de forma muy importante en el control de los trabajadores evitando o aminorando la posibilidad de protestas por el deterioro de las condiciones en que realizan su trabajo.

Los trabajadores perciben que existe una relación entre sus precarias condiciones de trabajo y las formas de control del trabajo que realizan los niveles de supervisión y dirección de la institución, aún cuando no es una cuestión que tengan muy elaborada. De la misma forma, hay conciencia de una desvalorización general de todo el trabajo de atención médica; pareciera ser que al Instituto le interesa que realicen su trabajo pero no cómo lo hagan(16).

Esta pérdida de valor del trabajo, es apreciada por los médicos como un rasgo destacado del deterioro de las condiciones en que realizan sus actividades profesionales y aún cuando se mantienen en la parte superior de la estructura jerárquica de acuerdo a la división técnica del trabajo, perciben una pérdida cualitativa de la relevancia de su papel de conductor de un equipo, toda vez que hoy difícilmente se puede hablar en el IMSS de un trabajo de atención médica coordinado y articulado, tal y como lo requiere el carácter de equipo. Lo que se ha dado en estos años entre los médicos, es un lento pero progresivo proceso de cosificación (17).

Los médicos, se han transformado en trabajadores asalariados mal pagados (**recordemos nada más que su deterioro salarial es uno de los más acentuado entre los trabajadores del IMSS en los últimos quince años**, que deben cumplir con determinada cantidad de consultas, intervenciones quirúrgicas o cualquier otro procedimiento, sintiéndose en definitiva "hacedores" de actividades de un proceso de trabajo desintegrado y obstaculizado por las serias deficiencias de recursos materiales, que lo hacen entrar en serias contradicciones con su formación profesional.

En efecto, el médico se ha formado bajo un modelo de atención de carácter eminentemente curativo, donde diversos recursos auxiliares como son: laboratorio, radiología, un arsenal farmacológico, por nombrar los más comunes, constituyen herramientas importantes de apoyo al diagnóstico clínico; la utilización de la tecnología bajo este modelo de atención médica, tiene además connotaciones relacionadas con el estatus profesional. Frente a una situación de carencia desde recursos materiales básicos hasta equipamiento tecnológico de variada complejidad, el médico en general lo percibe como una pérdida de importancia de su rol profesional, transformando su trabajo profesional en una "mera charmba"(18).

Otro de los rasgos de esta transformación de las relaciones profesionales tiene que ver con una seria crisis de legitimidad de las jefaturas en general de este sector. Específicamente las jefaturas médicas, se ejercen con muchas dificultades de mando y manejo de personal, por cuanto los médicos deben responder a las demandas constantes del personal operativo bajo su mando; también a las políticas institucionales, que como hemos visto y ellos mismos reconocen han afectado de manera muy importante los procesos de trabajo y finalmente deben funcionar paralelamente con el control que ejerce sobre los trabajadores la estructura sindical. Son los jefes de los servicios los que deben instrumentar y ver que se cumplan las políticas de la institución; esto lo deben hacer con una escasa capacidad de autonomía y de flexibilidad y por tanto aparecen frente a sus subordinados (en épocas de crisis como la que se analiza) profundizando esos estilos tradicionalmente autoritarios para hacer cumplir con el trabajo en los términos que la institución se lo demanda (hacer más con menos).

El colectivo de enfermeras también ha experimentado los efectos de la flexibilización laboral, dándose una tendencia a equiparar los salarios de las diferentes categorías, pero con la salvedad que dicha tendencia es hacia abajo; es decir, es el sueldo de la enfermera jefe de piso el que en los últimos doce años tiende a acercarse al de la auxiliar de enfermería.

En términos generales, las enfermeras reconocen que su situación laboral en cuanto a la organización del trabajo "nunca ha sido excelente"⁽¹⁹⁾, ya que históricamente ha sido en México (y también en muchos otros países) una profesión subordinada a la profesión médica y organizada bajo estilos de supervisión intraprofesional autoritarios; sin embargo en este periodo que se analiza, perciben una profundización de este control autoritario del trabajo que realizan. Se puede sostener que las enfermeras del IMSS pertenecientes a la categoría de supervisoras (personal de confianza), han jugado un rol fundamental en la consolidación de una política institucional economicista, así como en la contención de los efectos de la misma.

Estas trabajadoras se ubican en una posición de enlace entre los niveles superiores de la institución y los niveles estrictamente operativos; sin embargo, en opinión de las enfermeras de este nivel, las supervisoras no propician canales expeditos de comunicación hacia uno y otro lado, sino por el contrario, lo que parecen hacer en realidad es contener las demandas de las bases y dar cumplimiento estricto a los objetivos y planes de la institución.

¹⁹ En un estudio realizado en México por Martínez y colaboradores, se calificó a la Enfermería como una sub profesión, entre otras cosas por su carácter subordinado de manera tan significativa a otra profesión.

Las enfermeras del nivel operativo reconocen un abismo entre lo que ellas viven a diario en sus proceso de trabajo y la visión que de esa realidad tienen las supervisoras; de la misma forma, rechazan los métodos de persuasión utilizados por ejemplo, para mover al personal de un servicio a otro, la mayoría de las veces sin un entrenamiento y orientación previa para desarrollar ese particular proceso de trabajo(20). En efecto, la movilidad del personal, es uno de los aspectos mencionados entre los impuestos por los niveles directivos, especialmente en la categoría de enfermeras; esto tiene alcances importantes relacionados con las condiciones de seguridad con que se realizan los procesos de trabajo, toda vez que lo que sucede con frecuencia es que la enfermera debe capacitarse "sobre la marcha", es decir, cuando ya está trabajando. También tiene alcances económicos, ya que si por ejemplo, va a un servicio donde a la titular le pagan una asignación por insalubridad o riesgo, a la sustituta no se lo pagan, es más la trabajadora muchas veces ni sabe que se lo deberían pagar(21).

Esta polivalencia entre las tareas que efectivamente realizan las enfermeras de las distintas categorías las lleva a percibir que en realidad más que desarrollar una tarea profesional, lo que hacen es cumplir tareas asignadas, desarticuladas entre sí y en definitiva sin un control de su proceso laboral, más allá de un reducido espacio de acción muy inmediato. Las formas de control y supervisión autoritario a nivel de enfermería, sin duda, contribuye a mostrar de qué forma, una característica de la propia profesión, en situaciones críticas como la de los trabajadores del IMSS, se profundizan y sirven en este caso para mantener, a través de diferentes mecanismos, el control de este colectivo (el más grande del sector) y el ejercicio

laboral cotidiano en condiciones tan deplorables como las que aquí se han analizado. Una opinión reiterada entre las enfermeras, es la falta de un reconocimiento social de su profesión; la heterogeneidad de categorías de trabajo, lejos de ser un elemento positivo de desarrollo profesional, se ha transformado en una herramienta útil para ubicarse en un puesto más alejado de la atención directa al paciente y donde se puede ejercer algún tipo de mando(22).

A modo de síntesis, se puede afirmar que con relación a los médicos, se ha producido una crisis de su tradicional rol de conductores del proceso de trabajo de atención médica, lo que se explica en parte por el importante deterioro de sus salarios, pero también por la desvalorización que han experimentado sus actividades; en la actualidad, el médico aparece muchas veces inoperante para resolver los problemas por los que demanda atención el público, pero también, como ocurre con las jefaturas, se percibe ineficaz para dar solución al desabasto de materiales, a la falta de personal y en general a tomar decisiones que signifiquen resolver problemas.

En el caso de las enfermeras, el distanciamiento de los niveles operativos, la no respuesta a las demandas de los problemas cotidianos que afectan a las enfermeras y el cuestionamiento a la legitimidad del puesto de jefaturas, son los elementos que caracterizan las relaciones de poder en este colectivo. Pareciera que la única prioridad de parte de las supervisoras es el que el personal del nivel operativo, "saque el trabajo" de la jornada, más allá de la calidad con que se realice y de las repercusiones que esto tenga para usuarios y trabajadores.

Con su actitud de incapacidad para dar respuestas a los problemas que se les plantean, pareciera que es más importante para estas trabajadoras, no hacer evidente en lo niveles superiores, las carencias de los servicios y los riesgos a los que se puede someter a los usuarios; sino por el contrario, su trabajo parece centrarse en contener esas demandas, sin propiciar espacios para su resolución y utilizar estrategias autoritarias para que se sigan desarrollando los procesos laborales.

CONCLUSION DEL CAPITULO

De acuerdo a lo analizado en este capítulo, se puede afirmar que el deterioro de las condiciones de realización de trabajo de médicos y enfermeras, se caracteriza por un proceso de flexibilización de la relación laboral. Dicho proceso flexibilizador está conformado por factores determinantes del mismo y por otros que aquí se han denominado "factores coadyuvantes" al proceso.

Respecto a los primeros, los elementos que conforman esta flexibilización están dados por: una transgresión al Contrato Colectivo de Trabajo, expresado en el incumplimiento de numerosas cláusulas relacionadas directamente con las condiciones de trabajo, las que en los hechos conforman un deterioro cualitativo de este acuerdo explícito, aún cuando en lo formal el CCT, no ha experimentado recortes como los dado en otros sectores económicos.

Un segundo elemento en este proceso flexibilizador se refiere al deterioro salarial, clave para explicar la desvalorización que ha experimentado esta actividad en el IMSS así como

también para dar cuenta de fenómenos aparentemente generalizados, como es por ejemplo, el ejercicio profesional de médicos en el sector privado en horas de trabajo del Seguro Social, tema que se abordará en profundidad en otro capítulo

El tercer elemento de este proceso flexibilizador, es el fenómeno de sobrecarga de trabajo, que ha afectado tanto a médicos como a enfermeras, aunque para los primeros se da de una forma más atenuada por la estructura jerárquica que tienen, donde las actividades del proceso laboral se dispersan en diferentes niveles. Para las enfermeras en cambio, la sobrecarga de trabajo se da de una forma mucho más uniforme, aún cuando se identifican características específicas por cada nivel de atención.

Para que este proceso de flexibilización se haya hecho efectivo, han existido algunos factores coadyuvantes, dados a partir de algunos rasgos característicos tanto de la profesión médica como de la de enfermería, en los que se destacan las formas autoritarias de control de los procesos laborales y la imposición a través de estas relaciones de autoritarismo-sumisión métodos, de la política institucional de restricción económica.

Visto el proceso de precarización de las condiciones de trabajo de este colectivo, tanto en sus características como en su magnitud, es pertinente hacer una reflexión sobre alcances tal vez más profundos de esta situación, que es posible de observarlos en un plazo mediano. Se trata de las repercusiones en el ámbito de la formación de personal para la atención médica.

El IMSS, ha sido por tradición una de las principales instituciones formadora de los llamados recursos humanos del sector salud, en todos sus niveles ya sea técnico como profesional; el desarrollo de los procesos laborales en condiciones precarias por un largo periodo significa que hay una cantidad considerable de profesionales y técnicos que se ha formado en medio de una situación laboral de esas características.

El impacto de esta realidad no es posible de evaluar en este estudio, pero se puede suponer que se ha producido una afectación negativa en los perfiles profesionales de los trabajadores formados en estos años. Impacto en cuanto a brindar y/o alcanzar modelos de calidad en su formación técnica, pero también en relación al significado y valor que para ellos puede tener el Seguro Social como institución prestadora de servicios solidarios a amplios sectores de la población mexicana.

BIBLIOGRAFIA
7.LAS CONDICIONES DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO
DE ENFERMERAS Y MÉDICOS DEL IMSS

- 1 Cronológico del Contrato colectivo de trabajo.1943-1991:100
- 2 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
- 3 Anexo Visitas a Centros Laborales pp:14-20
- 4 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
Anexo Entrevista a Médicos pp: 21-25
- 5 Cronológico del CCT *op cit*, p 105
- 6 Anexo Observaciones pp:14-20
Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
Anexo Entrevista con Médicos pp: 21-25
- 7 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
- 8 Se refiere a los medios escritos como La Jornada y la Revista Proceso de las fechas citadas.
- 9 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
Anexo Entrevista con Médicos pp: 21-25
- 10 Domínguez, A. y López J. Estudio para una propuesta de regionalización de la zona de influencia de la clínica hospital N°8 del Distrito Federal. México, 1989.
- 11 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
- 12 Anexo Entrevista con Enfermeras *Ibidem*
- 13 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
- 14 *Ibidem*
- 15 Anexo Observaciones pp: 14-20
- 16 Anexo Entrevista con Enfermeras pp:25-30
- 18 Anexo Entrevista con Médicos pp:21-25

19 Anexo Entrevista con Médicos pp: 21-25
Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30

20 Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30

8. LA ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES (El Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social)

Este capítulo está dedicado al análisis de la organización sindical de los trabajadores del Seguro Social en el periodo 1982-1992, considerada como un factor determinante junto con la institución empleadora, de las condiciones en que realizan su trabajo las enfermeras y médicos del IMSS. Dada la importancia y el papel que históricamente han desempeñado en México las organizaciones sindicales, la de los trabajadores del Seguro Social es considerada en este estudio, como una pieza clave para la comprensión y explicación del proceso de precarización que han experimentado las condiciones en que realizan sus procesos laborales el colectivo de trabajadores señalados.

Resulta relevante recordar aquí, en primer término, que el Sindicato nacional de Trabajadores del Seguro Social (desde ahora, SNTSS), nace prácticamente al mismo tiempo que el IMSS como parte del cuerpo legal que da origen al propio Instituto; este hecho marca a esta organización de trabajadores como un sindicato sin cultura de lucha y estrechamente vinculado desde su origen al Estado lo que hace una diferencia importante con otros sindicatos, como el de electricistas (SME) por ejemplo, que aún cuando forman parte de dicha estructura corporativa, han desarrollado una tradición de lucha reivindicativa.

Esta característica de "no lucha" es un hecho importante que hay que recordar cuando expliquemos de qué manera el SNTSS, ha respondido al proceso de modernización implementado en este periodo por el IMSS y de que forma dicha respuesta ha impactado

en los cambios que ha experimentado la organización del trabajo de atención médica en la institución. En los últimos diez años, el sindicalismo mexicano en general y particularmente su forma corporativa, se ha visto enfrentado al proceso de transformación del patrón de acumulación, así como a la recomposición del Estado, los cuales por ende imponen una transformación del propio modelo de sociedad; cambios que tienen como telón de fondo la crisis económica global, conocida como una crisis fiscal.

Frente a esta situación, la respuesta del SNTSS, ha sido "adaptarse" a dichas transformaciones. Así en este capítulo se analizan las características que han tenido estas adaptaciones y algunas de sus consecuencias y costos de la misma en cuanto a su capacidad negociadora, a su preocupación por las necesidades sentidas de los trabajadores del Instituto y a la representatividad frente a sus afiliados.

Un primer rasgo que se aborda en este proceso de "ajuste" sindical, se refiere a la estructura corporativa del sindicato dada en el periodo 82-92; en este aspecto el énfasis está dado por una parte, en la revisión de algunos mecanismos de gestión sindical y de control de los trabajadores y por otra, en un fenómeno que se relaciona con la competencia por el poder entre la estructura sindical y la de atención médica, situación relevante en estos años y que da origen a una suerte de ingobernabilidad en este sector considerado estratégico del IMSS.

A continuación, el análisis se centra en el contenido del contrato colectivo de trabajo, entre 1982 y 1993, al que se considera la expresión material de la relación laboral entre el IMSS

y los trabajadores representados por el sindicato; la revisión de esta herramienta de negociación permite mostrar la limitada capacidad negociadora que ha mantenido la organización y la calidad de los logros obtenidos en el periodo señalado.

Finaliza este capítulo con un análisis de las respuestas que han dado los trabajadores de base, durante estos años, al deterioro de sus condiciones de trabajo y a la gestión sindical; en el entendido que cuando se habla de estructura sindical, ella se refiere, específicamente a los sectores cupulares y no al conjunto de la organización; por ello resulta importante revisar el contenido y las formas de réplica de distintos sectores de trabajadores que no pertenecen a esta dirigencia central, toda vez que ello permite exponer algunas hipótesis sobre las perspectivas de cambio a la crítica situación laboral de los trabajadores del IMSS, específicamente la de médicos y enfermeras.

EL Corporativismo Sindical del Seguro Social Ante el Proceso de "Modernización" Nacional e Institucional

Los sindicatos corporativos mexicanos mantuvieron durante el periodo económico conocido como de sustitución de importaciones, una estrecha relación con el Estado, participando activamente en las decisiones relacionadas con los derechos de los trabajadores y las condiciones de realización de sus procesos laborales; mas allá de los señalamientos críticos que se le hagan a ese largo periodo de la vida sindical nacional, es necesario reconocer que dicho modelo, funcionó con cierta coherencia.

Lo que ha sucedido con el cambio de las "reglas del juego", dado con motivo del proceso de modernización, es que la organización sindical de tipo corporativa, se ha transformado en un obstáculo para la consolidación del proceso, toda vez que, la necesidad del modelo de transformar (flexibilizar) la relación laboral, se ve frenada por los compromisos que mantiene el Estado con estos sindicatos. Mientras se buscan las estrategias idóneas para superar esta traba, se aprovechan esas características burocráticas de los sindicatos para que a través de ellas se ejerza un férreo control sobre los trabajadores, limitando así su capacidad de respuesta frente al deterioro de sus condiciones de trabajo y de vida en general. En "compensación" a esta función asumida, los sindicatos han podido permanecer formando parte de la organización del Estado, aún cuando es visible la pérdida cualitativa de su importancia e ingerencia en las materias que históricamente tuvieron competencia.

El mejor ejemplo de esto es la firma de los llamados pactos nacionales para la competitividad, la estabilidad y el bienestar, a los que ya se hace referencia en el capítulo referente al contexto; en esa oportunidad se sostenía que estos acuerdos han lesionado seriamente los intereses de los trabajadores al utilizarse como estrategia prioritaria para elevar la productividad, la contención de los salarios. A pesar de ello año tras año, las cúpulas sindicales han avalado con su firma, las decisiones políticas que dicho pacto expresa las que son acordadas en los hechos por el gobierno y están en concordancia con el modelo económico vigente. El SNTSS no ha quedado ajeno a esta situación, sin embargo su "adaptación" a los nuevos tiempos tal vez no había resultado hasta hace pocos años tan evidente, como ha ocurrido con otras organizaciones sindicales que han sufrido serios

recortes en sus negociaciones colectivas. Esto se debe por una parte a que la atención de la modernización se centró durante los primeros años de este periodo, en el sector industrial, donde el nuevo modelo exigía actuar de manera prioritaria para poder privatizar gran parte de la industria estatal, para lo cual se necesitaba dismantelar los sindicatos, flexibilizar la relación laboral y en definitiva permitir que los sectores patronales adquirieran el mayor control de los procesos y condiciones de trabajo.

La otra razón, tiene que ver con la importancia estratégica del Seguro Social en cuanto institución de legitimación social del Estado, por lo que requiere a lo menos una apariencia de estabilidad (que no significa necesariamente gobernabilidad); para ello era relevante no "tocar" directamente a este sindicato el segundo más grande del país y que cuenta con aproximadamente 300 mil afiliados a 1992. El avance de las transformaciones y la necesidad de "modernizar" el IMSS, ha significado un cambio en esta conducta, iniciándose un proceso de cuestionamiento entre, otras cosas, a los altos costos que le significa al Instituto mantener el contrato colectivo de trabajo y a la deficiente calidad de atención que se da principalmente en el sector de atención médica.

La estrategia adoptada en estos años por el SNTSS, se ha caracterizado por un discurso de defensa de los trabajadores y de la seguridad social, por la denuncia de algunos problemas laborales y por la reivindicación salarial, entre otros problemas; sin embargo, en los hechos, las acciones de la dirigencia sindical parecen no responder a dicho discurso sino más bien son o parecen la expresión de defensa de sus espacios de poder dentro de la

estructura del Estado y de adaptación a los nuevos tiempos. Los resultados de este acomodo del SNTSS no son alentadores; la disociación entre discurso y acción ha contribuido de forma determinante al deterioro de las condiciones en que realizan sus procesos laborales los trabajadores en general y, en particular, las enfermeras y los médicos del IMSS; el acuerdo laboral entre el Instituto y el sindicato, se ha transformado en un convenio supeditado a los intereses económicos y políticos nacionales, en desmedro de una real y efectiva protección a los trabajadores del IMSS, en cuanto a garantizar condiciones para la realización de su trabajo con calidad. En el mismo sentido, la capacidad negociadora, se ha limitado a lograr mejoras no sustantivas, toda vez que los aspectos centrales como por ejemplo el salario, ya están acordado en los pactos nacionales.

Como parte de su nuevo rol, la cúpula sindical ha adquirido en esta etapa una especial relevancia, ya que en ella se ha centrado cada vez más el poder y el control de los trabajadores, aún cuando aparezcan (en el discurso) con una actitud de apertura y democracia. Una forma de conservar y concentrar ese poder se encuentra en dos características claves de la gestión sindical, que son la afiliación obligatoria y el manejo de cuantiosos recursos financieros.

La primera, les asegura una población cautiva de asociados, misma que garantiza el ingreso de las respectivas cuotas por el concepto de sindicalización, constituyendo la desafiliación a la organización un motivo de pérdida del empleo(**cláusula 62 del CCT**); es importante recordar que este sindicato maneja las cuotas de cerca de 300 mil trabajadores, lo que en

cifras significa por ejemplo que en 1992, la organización percibía un promedio mensual aproximado de 1.200 millones de nuevos pesos(1). Lo segundo, es decir, el manejo de cuantiosos recursos económicos, les permite o les facilita una gestión burocrática y clientelar que resulta clave para el control de los agremiados.

Si se profundiza un poco más en esto, se puede apreciar que no sólo son cuantiosos los recursos percibidos por concepto de cuotas sindicales, sino que también lo son el total de recursos que percibe por diferentes conceptos, entre los que se incluyen los aportes del IMSS. Este hecho hace relevante incluir algunos datos al respecto; en efecto, el contrato colectivo de trabajo tiene en la actualidad trece cláusulas(cuadro 7.1), que se refieren específicamente a disposiciones que le significan al IMSS traspasar recursos al Comité Ejecutivo Nacional (CEN) del sindicato.

| CUADRO 7.1 RECURSOS ECONÓMICOS AL SNTSS CCT 1991-1993 | |
|---|--|
| CLAUSULA | TITULO |
| 70bis a 80bis | Reconocimiento de servicios a diferentes grupos de trabajadores. |
| 96 | Descuento sindical |
| 118 | Acción deportiva |
| 119 | Sindicato |
| 145 | Turismo social |
| 149 | Programas educativos |
| 149bis | Sistema nacional de educación sindical |

Fuente: Cronológico del CCT 1943-1993.

Para tener una idea de la magnitud de los ingresos del SNTSS, se citan algunos años . En **1992**, el promedio de **ingresos mensuales** de la organización fue de aproximadamente **5,713 millones de nuevos pesos**; en **1993**, estos **ingresos** fueron de aproximadamente **6,900 millones de nuevos pesos**. De estos, alrededor de un 23 por ciento, provienen de las cuotas sindicales; el resto lo conforman las aportaciones del IMSS y la administración de una serie de beneficios sociales, como son préstamos para viviendas, recreación, entre otros.

En el mismo sentido, es relevante señalar la cuantía del incremento de las cláusulas que se mencionan en el cuadro 7.1 durante el período 1982-1992. Así, tenemos por ejemplo, la **cláusula 145**, creada en 1981 con el objeto de promover el turismo social entre sus trabajadores, la cual se incrementó desde su creación hasta el año de 1992 en un 33.2 por ciento. Por su parte, la **cláusula 118**, relacionada con las acciones deportivas, experimentó un incremento de un 97.3 por ciento entre 1988 y 1990 y, de un 41 por ciento entre 1990 y 1992. De la misma forma, en 1979, se crea la **cláusula 149**, destinada a desarrollar programas educativos y cuyo incremento entre 1988 y 1990 fue de un 97.2 por ciento y entre 1990 y 1992 de un 40.9 por ciento. A esta cláusula se agrega la creación de la **149bis**, relacionada con las actividades del sistema nacional de educación sindical, misma que significa un aporte anual de 1200 millones de nuevos pesos.

En definitiva, con estas cifras se quiere mostrar, por una parte, la magnitud de los recursos económicos que maneja el sindicato y por otra, los incrementos experimentados por los

diferentes conceptos que establece el CCT, en cifras y porcentajes, los que contrastan notoriamente con los incrementos salariales nominales sometidos al tope establecido por los pactos nacionales. El manejo de cuantiosos recursos económicos, unido a la estructura centralizada de la organización sindical constituyen los cimientos que permiten condiciones propicias para la gestión de tipo burocrática y clientelar, más aún cuando de forma paralela se da un proceso de deterioro de las condiciones en que se realizan los procesos de trabajo de la institución.

Asimismo existen algunas otras disposiciones clausulares, que aún cuando no significan una entrega directa de recursos económicos, tienen relación con una ampliación de facilidades para la gestión sindical. Es el caso, por ejemplo, de la **cláusula 42, sobre permisos sindicales**; con ella se ha venido dando de manera sistemática, con cada revisión contractual, un incremento del número de licencias sindicales con goce de sueldo íntegro para funcionarios de los diferentes niveles sindicales; en 1983, se modifican algunos incisos de esta cláusula, dejándose abierto el número de permisos a integrantes del CEN y de las comisiones nacionales de la organización.

Otra se refiere a la **cláusula 61, sobre sanciones sindicales**, la que establece la obligación del Instituto a suspender en sus labores a los trabajadores, cuando así lo solicite el sindicato; en 1987, se modifica con la supresión del límite máximo de ocho días que podía durar la sanción; es decir, el sindicato cuenta con más atribuciones para el control de sus trabajadores. Igual sentido tiene la **cláusula 62, sobre exclusión**, que le permite al sindicato

de acuerdo a los estatutos, separar al trabajador de su cargo en caso de renuncia o expulsión de la organización. Bajo las nuevas reglas del modelo económico, la institución parece dispuesta a proveer a la cúpula sindical de suficientes recursos económicos y de mecanismos administrativos que le permitan mantener el control de los trabajadores.

Con relación al costo social que esta adaptación del sindicato ha tenido, se pueden distinguir dos elementos: el primero, tiene que ver con una limitación aún mayor de la autonomía relativa del sindicato para formular demandas diferentes al proyecto político del cual forma parte; el segundo, se refiere a la pérdida de credibilidad de parte de sus asociados al no responder de una manera clara y precisa a las demandas más sentidas de los trabajadores, sino por el contrario, profundizando su estilo burocrático, poco participativo y "distribuidor" de beneficios a sus asociados.

Esta aseveración, cobra fuerza cuando se recoge la opinión de los trabajadores con relación a la estructura y actuación en esta última década de su propio sindicato. En efecto, la visión e interpretación que sobre estos aspectos tienen los distintos sectores al interior del sindicato, queda reflejada en las conversaciones sostenidas con representantes sindicales de diferentes niveles (dirigentes nacionales, seccionales, delegacionales y de base), quienes expresaron su punto de vista al respecto(2).

Si bien estos trabajadores reconocen el impacto de la modernización tanto nacional como institucional, se evidencia una clara diferencia de interpretación sobre la respuesta que el

sindicato (la cúpula), ha dado a este proceso de transformaciones nacionales y de deterioro institucional. Así, por ejemplo, con respecto a **la adhesión al nuevo modelo económico** que el sindicato ha expresado con su firma en los diferentes pactos de "solidaridad" económica ha significado para los dirigentes nacionales(3), una forma de negociar la conservación e incluso el mejoramiento de ciertas condiciones de trabajo, evitando un mayor deterioro de las mismas. Un muestra de esto, sostienen, es la utilización de estrategias como las retabulaciones de categorías y el incremento de algunas prestaciones, con el fin de ayudar a recuperar en parte, la pérdida del poder adquisitivo que han tenido los salarios en la institución.

Por su parte, para algunos sectores dirigentes de nivel seccional (4), así como para sectores de base, este mismo hecho es interpretado como el signo más claro y evidente de obsecuencia con las políticas del gobierno, "más cercana a los intereses de la empresa que a los de los trabajadores"; para ellos, la firma de esos pactos representa la incapacidad del sindicato de negociar reivindicaciones reales para sus asociados, muy por el contrario, lo que se ha logrado con este apoyo a los pactos nacionales a juicio de estos sectores, es legitimar el deterioro de las condiciones laborales qué, como los topes salariales y la sobrecarga de trabajo entre otras, han impactado negativamente en todos los trabajadores sindicalizados del Instituto.

En relación específicamente con el modelo de sindicato corporativo que mantiene la organización, algunos dirigentes sindicales nacionales(5), lo califican como un hecho positivo en términos de que esto les permite formar parte de poderes del Estado como es la Cámara

de Diputados, donde pueden tener presencia efectiva e influir en las decisiones de política nacional propuestas o iniciativas de modificaciones legales y de creación de nuevas disposiciones que favorezcan a los sectores que representan. Si a ello se agrega, como sostienen los mismos sindicalistas, la mayor apertura de espacios de participación de las bases sindicales que se ha dado particularmente desde el año 1990, es decir, en la última gestión liderada por Miguel Angel Sáenz, entonces se concluye que para el sector sindical cupular, este modelo de relación y gestión sindical reúne características democráticas que lo legitiman ante sus asociados y de esta forma según ellos se desmitifica el modelo sindical corporativo como una forma negativa de sindicalismo.

Esta justificación de la estructura sindical tradicional está muy lejos de ser compartida por otros sectores del sindicato. Para todos ellos(6), el modelo, constituye un gran obstáculo a la posibilidad de mejorar o tan sólo mantener ciertas condiciones satisfactorias para llevar a cabo los procesos laborales. Sostienen que lo sucedido con este estilo de gestión y relación sindical, es una acentuación de la tradicional conducta paternalista que el sindicato ha mantenido con los trabajadores, "solucionándoles" problemas de poca trascendencia (tal vez importante para el trabajador en lo individual), pero sin un abordaje real de las cuestiones fundamentales que los aquejan en lo colectivo. La desinformación de las bases con la consecuente escasa o nula participación de las mismas en la toma de decisiones, son dos elementos permanentes que estos sectores le atribuyen a la gestión sindical.

Asimismo, si bien algunos grupos reconocen una apertura en la generación de espacios democráticos (léase de participación), consideran que ellos además de ser muy pocos, no pasan de ser espacios de expresión más no de decisión. Los acuerdos y las decisiones siguen tomándose en los hechos a nivel de cúpula, con una participación por parte de las bases, mas formal que efectiva(7).

Como parte de este análisis, es necesario ubicar a unos actores muy importantes dentro de esta estructura sindical; se trata de los *delegados sindicales*. En efecto, ellos fueron considerados por todos los entrevistados como los elementos fundamentales en la materialización del estilo de gestión sindical. Su función o más exactamente, su sentido de existencia es que constituyen el enlace entre los sectores dirigentes y las bases, puesto que se encargan de controlar el cumplimiento de los acuerdos que establece el CCT, pero pareciera que en la realidad esto no sucede. La mayor parte del tiempo están ocupados en realizar múltiples tareas producto de la burocracia sindical, mismas que muchas veces puede hacer o tramitar directamente el trabajador, pero que no sabe realizar, precisamente por esa actitud paternalista (mutiladora) que ha caracterizado la relación con su organización sindical. Este hecho, reconocido por los dirigentes nacionales, es interpretado por ellos mismos como una característica de tipo cultural muy arraigada entre los trabajadores, la que efectivamente distorsiona el verdadero trabajo de los representantes sindicales en cuanto al control del efectivo cumplimiento de las disposiciones del CCT, además si no realizan "adecuadamente" su papel de gestor "entonces son los mismos trabajadores de base los que se encargan de sacar del puesto al delegado"(8).

Por su parte, los propios delegados reconocen tener un papel muy difícil, dado el momento que vive la institución; su margen de acción en cuanto a la solución de los problemas que cotidianamente les manifiestan sus compañeros en el centro de trabajo es muy limitado. Lo que les ocurre con más frecuencia, dicen, es que sus solicitudes, informes y/o reclamos llegan hasta el escritorio del delegado seccional y allí pareciera que se interrumpe la cadena por donde tendrían que circular de ida y regreso sus demandas y respectivas soluciones(9). Asimismo, coinciden en reconocer la característica de dependencia que tiene el trabajador de base, en cuanto a pedir a "su delegado" que le trámite un permiso o sus vacaciones; sin embargo ellos atribuyen esta conducta a la forma tradicional de gestión sindical y a la situación de desinformación en que la dirigencia mantiene a las bases.

La estructura sindical v/s la estructura de atención médica

Una expresión muy concreta de la estructura sindical del Seguro Social en este periodo de análisis, caracterizada en el apartado precedente, se refiere a la situación de ingobernabilidad que ha provocado su gestión burocrática y acomodaticia a los "nuevos tiempos", en el sector de atención médica. Esta crisis de mando está dada por una competencia de poder entre la estructura sindical y la organización de la atención médica. La institución amenazada con desestabilizarse por el evidente deterioro de las condiciones en que se realiza el trabajo, es decir, la forma de prestar servicios en el estratégico sector de atención médica, situación que pondría en peligro cumplir con la necesidad extra institucional de mantener al IMSS como la institución de legitimación más importante que posee el Estado, ha buscado caminos a nuestro juicio equivocados para lograr dicho

objetivo. En efecto, pareciera ser que se intenta aparentar que el Instituto marcha perfectamente, soslayando los reales e importantes problemas como los referidos a lo largo de este estudio. Tanto las autoridades como el sindicato del IMSS manejan un discurso tranquilizador o adormecedor, donde se pretende convencer de que la institución sigue siendo poderosa en lo financiero y de excelencia en sus servicios; así lo exige la necesidad de legitimar la recomposición del Estado.

El sindicato ha cumplido un papel decisivo en la mantención de este "aparente" bienestar institucional; a cambio, ha negociado, de manera implícita, un mayor poder de manejo de ciertas situaciones que le permiten "solucionar" problemas o responder a demandas individuales de los trabajadores, interfiriendo de manera muy importante en el funcionamiento de los servicios de atención médica. Ejemplo de lo anterior son las posibilidades que permite el actual CCT para que un trabajador solicite permisos autorizados vía sindicato por distintos motivos como puede ser la asistencia a cursos, permisos sin goce de sueldo, entre otros, hechos que se dan sin la debida comunicación y acuerdo con las jefaturas de los servicios, lo que implica en la práctica, sobrepasar la autoridad que también la institución les otorga a las jefaturas de los servicios médicos.

En definitiva, la relación que se da entre esta estructura de poder sindical, implícitamente acordada con la institución y la estructura médica, se puede definir como una relación contradictoria, paralela, con escasa comunicación, estas características que ha contribuido a deteriorar las condiciones en que se trabaja y se presta servicios.

Desde la perspectiva de algunos jefes de servicios(10), lo que ha venido sucediendo, cada vez con mayor frecuencia en los servicios de atención médica, es una dualidad de poder que afecta la dinámica interna de los servicios, hecho que enfrenta a las jefaturas tanto médicas como de enfermería a situaciones muy complejas, primero, en cuanto a su legitimidad y de forma más específica, en cuanto a sus funciones de programación y planificación del trabajo a un plazo más largo que el día a día. Esta situación puede ser calificada, como de **ingobernabilidad**, y sus consecuencias mas frecuentes son: una pérdida del ambiente de respeto mutuo que acompaña estos procesos de trabajo; desvalorización profesional de quien ejerce, en un determinado momento, funciones de jefatura y, la profundización de las ya deterioradas condiciones de realización del trabajo, puesto que provoca situaciones de ausencias imprevistas, reacomodo no programado del personal efectivo y afectación en las relaciones interpersonales.

Por otro lado, desde la perspectiva de los trabajadores de base se aprecia, a través de sus opiniones expresadas en las entrevistas sobre el tema(11), una desvalorización de las estructuras jerárquicas; los jefes o jefas ya sea médicos o enfermeras, son vistos en general, como ya se ha analizado, lejanos del nivel operativo, muchas veces insensibles a las demandas de los trabajadores que prestan los diferentes servicios cotidianamente.

A ello se une la impresión generalizada de que los cargos de jefatura son ocupados más que de acuerdo a la idoneidad del trabajador, a su capacidad de someterse de manera incondicional a cumplir y a hacer cumplir las políticas institucionales. Asimismo, con un

mayor sentido de autocrítica, se aprecia un reconocimiento de este problema por parte de algunos trabajadores de base que, al percatarse de esta doble estructura de funcionamiento institucional, hacen uso de ambas para fines generalmente de carácter individual.

Los objetivos de este estudio, no permiten dar cuenta de situaciones similares en periodos anteriores al que aquí se analiza; sin embargo, aún cuando se hayan dado, pareciera ser que fenómenos como el de la ingobernabilidad por competencia de poderes, cobran relevancia en momentos de crisis y deterioro laboral. La responsabilidad compartida de la mantención y el ejercicio de una estructura jerárquica que permita organizar, planificar y ejecutar los procesos de trabajo, del sindicato, de la institución y por cierto de los trabajadores parece no darse en una forma unificada o por lo menos armónica.

Cada uno de estos corresponsables actúa de forma independiente; así, el sindicato, pareciera que utiliza las facultades que tiene para promover la capacitación y perfeccionamiento de los trabajadores, principalmente con fines clientelistas; la institución por su parte, bajo la necesidad impuesta por las políticas globales de carácter nacional, privilegia la estabilidad en desmedro de la gobernabilidad y, finalmente, los trabajadores envueltos en la crisis institucional y sindical, parecen debilitar su conciencia colectiva en relación a las características de sus procesos laborales y del objeto de su trabajo, aprovechando una situación crítica como la de este periodo para extraer una ganancia individual que afecta negativamente a terceros, quienes pueden ser sus propios compañeros de trabajo y por cierto los derechohabientes de la institución, olvidándose todos del espíritu

que enmarca la relación laboral y que obliga a tener presente en todo momento la función generalmente de prestar servicios a personas con problemas de salud, que cumple la Institución.

Finalmente, y a manera de síntesis de este primer apartado, se puede afirmar que frente al nuevo modelo modernizador, hecho que implica una lógica que ofrece contradicciones esenciales tanto con la Seguridad Social mexicana como con la organización sindical, el SNTSS, ha respondido modelando un comportamiento que se podría calificar como el de una **negociación desventajosa**, lo que se expresa con claridad en el manejo del CCT que ha hecho el SNTSS en este periodo. Por tales razones hay coincidencia con un comentario aparecido en la prensa escrita donde se expresa que "el corporativismo sindical, ha gravitado de manera muy importante en la crisis que se vive en el IMSS. La forma patrimonialista y burocrática de conducir, dominar y controlar a los trabajadores con estructuras rígidas y centralistas, limitan severamente el desarrollo de la calidad y el progreso de la productividad fomentando el clientelismo y una contracultura de solapamiento y encubrimiento que obstruye la participación laboral y política de los trabajadores" (12).

Las Transformaciones del Contrato Colectivo de Trabajo en el Periodo

El contrato colectivo de trabajo (CCT), se considera como instrumento de negociación de derechos y deberes en el cual se establece una base de acuerdos para ser cumplidos tanto por los trabajadores como por la institución. Se habla de acuerdos básicos, porque se entiende el CCT como una herramienta flexible que permite adecuaciones a partir de esa

plataforma de acuerdos, a las diferencias existentes en los variados centros de trabajo que conforman una compleja institución como es el IMSS.

El análisis de los cambios que ha experimentado el CCT, herramienta formal de negociación, expresa de manera bastante clara el desmedro de la capacidad negociadora del sindicato, así como también la despreocupación de la cúpula por garantizar expresamente las condiciones necesarias para la realización de los procesos laborales. Un primer hecho que se debe tomar en cuenta con relación al CCT es el limitado acceso y conocimiento que sobre su propio documento de deberes y derechos tienen en general los trabajadores de base, lo cual se apreció de manera reiterada en los recorridos realizados por diferentes centros de atención médica.

En efecto, los trabajadores reclaman el difícil acceso a un ejemplar de dicho contrato, responsabilizando a los dirigentes sindicales del hecho, e interpretándolo como un acto deliberado para propiciar la desinformación y la participación de los trabajadores de base en su propia gestión sindical(13). Cabe recordar que el IMSS tiene obligación de imprimir 260 mil ejemplares del contrato, los que debe entregar al sindicato para que los distribuya entre sus asociados(14). Lo que se pudo apreciar es que hay un conocimiento del CCT, transmitido verbalmente y que se refiere a algunas cláusulas que son de más interés para los trabajadores. Se constató por ejemplo, que los trabajadores saben sobre disposiciones relacionadas con vacaciones, permisos, atrasos y faltas injustificadas, pero muy poco o nada sobre modificaciones de cláusulas, o de aquellas que no se revisan hace muchos años y

menos aún de lo que establecen los distintos reglamentos.

Manejo del CCT en el período 1982-1992

Para mostrar la limitada capacidad negociadora del sindicato, así como la falta de interés en la defensa de mejores condiciones de trabajo, se hace necesario revisar las cláusulas existentes hasta 1993; de ellas se analizarán las creadas en este período, en el sentido de apreciar de qué forma ellas han significado mejoría en las condiciones de trabajo. En segundo término, se revisarán aquellas cláusulas relacionadas con incrementos del salario integrado, como son las prestaciones en dinero, de tal manera de conocer la magnitud real de dichos incrementos con relación al sueldo tabular, toda vez que son estos aumentos en los que se basa el SNTSS para avalar una actitud de defensa a los trabajadores.

En tercer lugar resulta interesante analizar modificaciones a algunas cláusulas que expresan mecanismos de control y de estímulo/sanción, que sirven de requisito para acceder a determinadas prestaciones. Finalmente, se examina un conjunto de cláusulas que no han sido sometidas a revisión por períodos prolongados, permite mostrar el poco interés del SNTSS en mejorar las condiciones materiales en que se desarrollan los procesos laborales de atención médica.

Cláusulas creadas entre 1981 y 1993

Son ocho las cláusulas de nueva aparición durante este período; de ellas, sólo una afecta directa y positivamente a un grupo de trabajadores. Se trata de la cl. 151, creada en 1987

* En el anexo N°1 "Revisión del contrato colectivo de trabajo" se encuentra la descripción detallada de las disposiciones legales.

la cual otorga una compensación a todas las enfermeras, por "su participación en actividades docentes, de enseñanza y de investigación". Dicha compensación alcanzaba (cuadro 7.2), en el año 1992 a un 20%, sobre su sueldo tabular.

| CUADRO 7.2 COMPENSACIÓN PARA ENFERMERAS POR DOCENCIA E INVESTIGACIÓN 1992 | | | | |
|--|----------------|------------|--------------|------------|
| CATEGORÍA | SUELDO TABULAR | | COMPENSACIÓN | |
| | N\$ ctes | N\$ reales | N\$ ctes | N\$ reales |
| AUX.ENF. | 744.2 | 9.4 | 148.8 | 1.74 |
| ENF.GRAL | 899.2 | 11.3 | 179.8 | 2.10 |
| ENF.ESP. | 1,025.2 | 13.0 | 205.0 | 2.40 |
| JEFE DE PISO | 1,247.8 | 15.8 | 249.5 | 2.92 |

Fuente: Datos del CCT 1991-1993.

Las cifras en pesos corrientes pudieran parecer un incremento significativo para el sueldo, sin embargo cuando vemos el valor del sobresueldo en cifras reales a precios de 1982, podemos dimensionar que el sobresueldo no pasa de ser una "compensación" más bien simbólica. Por otra parte, nos parece que otorgar un sobresueldo a todas las enfermeras por un concepto de docencia e investigación encubre una desvalorización hacia dichas actividades, toda vez que en la realidad estas trabajadoras en su gran mayoría no ejercen funciones ni de docencia ni tampoco de investigación. ¿no se están desvirtuando actividades tan importantes y necesarias para el desarrollo de los proceso de trabajo, como lo son la docencia y la investigación, al utilizarlos de forma genérica como parte de las compensaciones señaladas?

De las restantes cláusulas, es relevante mencionar de manera especial, la creación de la **cláusula 22bis**, referente a la **cobertura y revisión de plantillas de personal**, la que establece una permanente revisión de la dotación de trabajadores en todos los centros laborales y el compromiso de la institución de mantener el personal necesario en las distintas dependencias de la institución.

La cláusula 22bis, expresa con claridad la estrategia del doble discurso; por una parte se acuerda formalmente abordar el problema de distribución y/o falta de personal; acuerdo al que se le da amplia difusión en los medios de comunicación institucionales, como una muestra de preocupación de parte de la institución y del sindicato. Sin embargo a más de diez años de creada esta disposición, la revisión y cobertura de plantillas en este sector institucional estratégico sigue constituyendo uno de los problemas más agudos en la vida laboral de la institución y más sentidos de los trabajadores en su quehacer cotidiano. Hasta el año de 1992, no había un estudio conocido realizado ya sea por la institución o por el sindicato, que diera cuenta del problema de la dotación de personal en la institución; sin conocimiento de la real magnitud de este problema, difícilmente podrán participar los trabajadores en la solución del mismo; las soluciones vendrán seguramente de la parte institucional, como la propuesta de productividad analizada en el capítulo cinco. El sindicato mas allá de un discurso que plantee la necesidad de cumplimiento de esta cláusula, no ha mostrado acciones eficaces para contribuir a solucionar este problema.

En resumen, las cláusulas de nueva creación en la última década, no reflejan de manera

consistente una preocupación por mejorar las condiciones en que se realizan los procesos de trabajo en el IMSS y aquella, la única, que implica un sobresueldo a un grupo específico, aparece insignificante en cifras reales. De lo que se trata más bien con estas cláusulas es dar una solución aparente a problemas tan graves por su magnitud y alcance como es la dotación adecuada de personal en los servicios de atención médica; además de favorecer un refuerzo al modelo sindical tradicional, en el sentido de otorgar considerables recursos que pueden ser utilizados de forma clientelista.

Cláusulas relacionadas con prestaciones en dinero

Como se recordará, algunos dirigentes nacionales del SNTSS, han sostenido que la organización ha sido capaz de romper en los hechos, los topes salariales, al conseguir para sus asociados compensaciones que representan incrementos significativos de sus salarios. Los hechos sin embargo, permiten mostrar que esto no pasa de ser un discurso demagógico del sindicato, tal vez en un intento de conservar una imagen negociadora que ya no tiene en lo hechos. En contraste con las trece cláusulas que significan entrega de dinero al sindicato, existen sólo cuatro que se refieren a prestaciones o compensaciones en dinero y que incrementan el sueldo tabular; se trata de las cláusulas, 63bis, 86, 142bis y 151. Los datos compilados, permiten afirmar que con estas cuatro cláusulas se ha pretendido sostener que el sindicato ha quebrado los topes salariales impuestos por los pactos nacionales, ya que sus incrementos han significado una elevación del salario.

Veamos cuales son éstas:

CL 63bis: "Ayuda para pago de renta de casa-habitación"

Esta cláusula consta de tres incisos, cada uno de ellos implica una prestación en dinero. El inciso a) es una compensación mensual igual para todos los trabajadores; el inciso b) es una compensación equivalente a un 13 por ciento del sueldo tabular y el inciso c) corresponde a la entrega anual a cada trabajador de una cantidad equivalente al número de días de sueldo de acuerdo a su antigüedad efectiva. En 1992, esta cláusula se traducía en las siguientes cifras para enfermeras y médicos:

| CUADRO 7.3 AYUDA PARA RENTA DE CASA-HABITACIÓN CLÁUSULA 63BIS 1992 | | | | | | | |
|---|----------------|---------|-----|-------|------|--------|------|
| CATEGORIA | SUELDO TAB. | INCISOS | | | | | |
| | | A | | B | | C | |
| | | * | ** | * | ** | * | ** |
| AUX.ENF. | 744.2 | 94.5 | 1.2 | 96.7 | 1.22 | 1860.5 | 23.5 |
| E.GRAL. | 899.2 | 94.5 | 1.2 | 116.8 | 1.47 | 2248.0 | 28.4 |
| E.ESP. | 1025.2 | 94.5 | 1.2 | 133.2 | 1.68 | 2563.0 | 32.4 |
| J.DE PISO | 1247.8 | 94.5 | 1.2 | 162.2 | 2.05 | 3119.5 | 39.5 |
| MEDICO | 1564.8 | 94.5 | 1.2 | 203.4 | 2.57 | 3912.0 | 49.5 |

* cifras en nuevos pesos corrientes

** cifras en nuevos pesos reales a precios de 1982

*** se consideró una antigüedad de 10 años, lo que equivale a percibir 75 días de sueldo una vez al año.

Fuente: elaboración propia con datos del CCT 1991-1993.

Tal como veíamos en relación a la cláusula de sobresueldo para las enfermeras, esta ayuda para renta que estipula la cláusula 63 bis es, en cifras reales una pequeña ayuda para pagar una renta de casa-habitación, pero de ninguna manera se acerca a compensar el deterioro

salarial de los últimos quince años. Es importante mencionar que en 1982 el monto del inciso a), era de 2 nuevos pesos, superior a lo que se ha logrado negociar en estos últimos diez años (1.2 nuevos pesos).

Otra de estas disposiciones es la *cl 86*, "Sobresueldo a médicos, estomatólogos y cirujanos máxilo-facial".

Se trata de una compensación que por diferentes causas se les da a los profesionales que se indica. Hasta el año de 1985, lo recibían médicos y dentistas, fijándose el monto de acuerdo a las horas de jornada. En 1985, se cambia el tradicional cuerpo de esta cláusula para otorgarse un 5% del sueldo tabular que tendrá repercusiones en las prestaciones de: aguinaldo, antigüedad, vacaciones pagadas, ampliación de jornada y jubilaciones. Una vez más se aprecia (**cuadro 7.4**) a través de estas cifras, que los incrementos de estas cláusulas son exiguos en cifras reales, lejanos a "compensar" el detrimento salarial.

| CUADRO N°7.4 SOBRESUELDO A MÉDICOS, ESTOMATÓLOGOS Y MAXILOFACIALES CLÁUSULA 86 1992 | | | | |
|--|----------------|------------|------------|------------|
| CATEGORIA | SUELDO TABULAR | | INCREMENTO | |
| | N\$ ctes. | N\$ reales | N\$ ctes. | N\$ reales |
| MEDICO | 1546.8 | 19.5 | 234.7 | 2.97 |
| ESTOMATOLOGO | 1440.7 | | 216.1 | 2.73 |
| MAXILO FACIAL | 1546.8 | 19.5 | 234.7 | 2.97 |
| EST. DE CAMPO | 1080.5 | | 162.0 | 2.05 |

** pesos reales a precios de 1982
Fuente: Datos del CCT 1993-1995

La cuarta cláusula es la 142bis: "Despensa", donde se establece que el Instituto entregue quincenalmente a cada uno de sus trabajadores un vale por mercancía; prestación que a partir de 1987, se hace extensiva a todos los trabajadores y cuyo monto en 1992 era de 63.7 nuevos pesos corrientes, lo que equivalía en pesos reales de 1982 a 0.80 nuevos pesos. En definitiva, las cuatro cláusulas señaladas no pueden considerarse suficientes compensaciones salariales, toda vez que sus montos reales de incrementos son muy pequeños y además, dos de ellas afectan únicamente a algunos sectores de trabajadores.

Cláusulas relacionadas con prestaciones condicionadas

Anteriormente se mencionó la existencia de disposiciones contractuales, que en este periodo de análisis se habían modificado en el sentido de exigir su cumplimiento como requisito para acceder a otras prestaciones. Se trata de las cláusulas 81 y 146 (préstamos habitacionales y para automóviles, respectivamente); además de las modificaciones sufridas en cuanto a los montos y requisitos solicitados para acceder a ellos, en ambas se introduce la salvedad que "tendrán prioridad para la obtención de estos créditos, los trabajadores con mejores índices de asistencia"(15). A estas cláusulas que se les ha denominado condicionadas, habría que agregar otras como la 38, creada en 1979, donde se establecen estímulos para los trabajadores que se presenten puntualmente a trabajar, así como sanciones económicas para los atrasos mas allá del tiempo de tolerancia, mismo que se reduce en 1989, de 15 a 5 minutos; esto último como una forma de disminuir el ausentismo laboral, medida que por cierto no ha contribuido a solucionar el problema

Lo que queda claro hasta aquí es que el centro de las negociaciones colectivas no ha estado en el mejoramiento real de las condiciones en que realizan sus procesos de trabajo, en este caso, las enfermeras y médicos del IMSS, toda vez que los salarios no son materia de negociación sectorial.

Esta despreocupación por los trabajadores y su trabajo cotidiano, se expresa aún con mayor énfasis en una serie de *cláusulas que no han sido modificadas en un largo período* y que están directamente relacionadas con condiciones de realización de los procesos de trabajo (cuadro 7.5).

| CUADRO N°7.5 CLAUSULAS NO MODIFICADAS | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| CLÁUSULA | | FECHA ULTIMA MODIFICACION |
| 65 | EDIFICIOS Y LOCALES | 1973 |
| 66 | BAÑOS | 1971 |
| 67 | VESTIDORES | 1971 |
| 68 | GUARDA DE UTILES | 1987 |
| 71 | RESPONSABILIDAD POR DEMORA | 1971 |
| 82 | ENF. GRLES | 1951 |
| 83 | ATENCION MEDICA | 1967 |
| 87 | ENF. DE TRABAJO | 1945 |
| 88 | ATENCION MEDICA POR RIESGO | 1963 |

Fuente: Cronológico de CCT del SNTSS 1943-1991

De forma sintética, a continuación se dan algunos ejemplos de estas cláusulas no revisadas; la 65, donde el instituto se compromete a mantener los lugares de trabajo de forma tal que "resulte la mayor garantía posible para el trabajador"(16), la última modificación (hace 23 años), establecía que el cumplimiento de la misma queda a cargo de la Comisión Central de Seguridad, al igual que las cláusulas 66 y 67; la revisión de estas dos últimas se hizo en 1971. Sobre el manejo descuidado e incumplimiento de cláusulas importantes para las condiciones en que se realizan los procesos de trabajo, así como para aquellas relacionadas con los posibles impactos de esos procesos en los perfiles patológicos de los trabajadores, se recordará el análisis que al respecto se hizo en el capítulo seis.

A manera de síntesis, se puede decir que si bien el CCT del IMSS no ha experimentado recortes en sus disposiciones clausulares, las que a lo largo de este último decenio se han negociado tradicionalmente cada dos años; lo que se ha conservado en los hechos es la formalidad de una negociación, sin embargo la calidad de la misma denota un progresivo desplazamiento de los acuerdos que protegen a los trabajadores y garantice las condiciones en que realizan su trabajo y prestan atención a los derechohabientes, hacia una negociación que favorece y profundiza la tradicional gestión sindical centralizada, burocrática y con un fuerte control hacia los trabajadores.

Lo anterior refuerza el carácter desventajoso de la negociación que ha realizado el SNTSS en este periodo, la que además de apreciarse en el CCT, se manifiesta en la adhesión a los pactos nacionales firmados a partir de 1987, los cuales limitan y condicionan su capacidad

negociadora; por ello lo que se negocia en realidad, son "compensaciones" para resarcir, aunque sea en una mínima expresión, el deterioro salarial; compensaciones que consisten principalmente en brindar algunas prestaciones en dinero. En los hechos no ha habido un abordaje de los graves problemas relacionados con las condiciones en que realizan su procesos laborales los trabajadores del Instituto y menos aún de materias como la democratización de la vida sindical. Además de las "compensaciones", el SNTSS también ha negociado, de manera implícita, una profundización de la gestión sindical clientelar, dando ciertas "facilidades" a los trabajadores como: permisos, defensa de ausencias sin justificación más allá de lo que establece el propio CCT, entre otras, todo lo cual genera una permanente interferencia con las funciones de los Jefes de servicios, dando lugar a un preocupante problema de ingobernabilidad en el sector de atención médica.

El precio que ha pagado la organización se percibe con claridad entre los trabajadores de base, como una notable pérdida de credibilidad frente a sus dirigentes nacionales, lo que sin duda le resta capacidad negociadora frente a la institución para abordar y solucionar los graves problemas que hoy afectan a los trabajadores del IMSS como los señalados en el capítulo anterior. En definitiva, el modelo necesita del sindicalismo corporativo para legitimar y contener los efectos políticos de sus medidas; a cambio de ello, las organizaciones, en este caso el SNTSS frena las reivindicaciones salariales, apoya la política económica y conserva su cuota de poder, transformándose en la práctica en una organización instrumental que ayuda a legitimar el modelo "modernizador", en desmedro de las condiciones de trabajo de sus afiliados.

Los Trabajadores de Base: Una Respuesta a la Crisis Sindical.

Al inicio de este capítulo, se esbozaban algunas ideas acerca de la falsa dicotomía que históricamente se ha dado en México entre la estructura sindical, representada por las cúpulas y los trabajadores sindicalizados, que no forman parte de dicha estructura aún cuando pertenecen a la organización. De esta forma el control de la organización está ejercido en los hechos por un grupo reducido de personas que "representan" a todos los afiliados a la organización.

Los mecanismos de ejercicio democrático en la vida sindical se ven así muy limitados, favoreciéndose por el contrario, el desarrollo de una burocracia sindical y una relación paternalista y controladora de los trabajadores, quienes no tiene espacio para una participación activa y efectiva sobre sus condiciones y procesos de trabajo. El SNTSS, puede ser ubicado dentro de este esquema de funcionamiento, que se mantiene hasta la actualidad, pero donde se están produciendo algunos hechos que revelan iniciativas de cambio.

Estos acontecimientos provienen justamente de los trabajadores sindicalizados, de aquellos que históricamente no han tenido espacios de participación en la estructura sindical; en efecto, en los últimos años se han dado expresiones de franco descontento tanto con la institución como con la dirigencia de la organización; a ambas se las percibe lejana de las bases y de una u otra forma, "causantes" de las precarias condiciones en que realizan sus procesos de trabajo.

Dicho descontento se ha traducido varias veces en movilizaciones sin precedentes de **amplios sectores de trabajadores del IMSS**. De éstas y del carácter de sus reivindicaciones **se da cuenta a continuación**, dando énfasis a aquellas que han sido protagonizadas por **enfermeras y/o médicos**, teniendo presente que ha habido una respuesta generalizada de **todos los trabajadores del Instituto**.

Los movimientos de trabajadores en la década 80-90:

A lo largo de esta década, los trabajadores sindicalizados del Seguro Social se han **manifestado de diversas formas en rechazo al modelo de acción sindical (sindicato charro)** y al deterioro de las condiciones en que realizan su trabajo, como una consecuencia relevante de la crisis sindical institucional. Entre estos trabajadores se encuentran grupos de la base sindical y sectores de la dirigencia seccional que mantienen posiciones críticas a la dirigencia central, aún cuando pertenecen a la estructura de la organización. Es el caso por ejemplo, de la sección XXXII del sindicato, ubicado en la delegación noroeste del Distrito Federal. Ellos han explicitado su posición respecto al CEN, demandándole, entre otras cosas la democratización de la vida sindical, la defensa explícita de la seguridad social pública, el rechazo a la libre movilidad de los trabajadores y el término del mal uso del cargo sindical que conduce a la corrupción y al clientelismo(17).

En 1979, se dio el primer movimiento de residentes del IMSS, por reivindicaciones salariales y mejoramiento de las condiciones de trabajo. En 1981, se da una movilización de médicos, por demandas similares y cuyo logro fue la retabulación salarial. Por su parte, en 1981,

frente al intento de suprimir varios puestos propios de la categoría, surge el primer movimiento de enfermería del IMSS de este periodo, en el que estas trabajadoras manifestaron su descontento y rechazo no sólo a la medida puntual sino que también a la actuación de la dirigencia sindical. El resultado de esa movilización fue el desistimiento parcial de la misma que consistió en suprimir el puesto de supervisoras, quedando cubierto por las subjefas.

En 1985, el deterioro de las condiciones laborales manifestada, entre otras cosas, en la sobrecarga de trabajo, condujeron a un grupo de enfermeras a iniciar nuevamente una serie de acciones en diferentes estados de la república, tendientes a manifestar y exigir la solución a demandas económicas y laborales, confluyendo todas estas acciones en la delimitación de un pliego petitorio general para todas los trabajadores del IMSS, que incluía nuevamente mejoramiento salariales y democratización de la estructura sindical. Dicho movimiento, no exento de obstáculos por diferentes intereses alentados por la institución, fue reducido a demandas sectoriales con lo que finalizó con logros mínimos en relación a lo que se demandaba.

En el año de 1987, se produce otro movimiento de trabajadores, a escala nacional levantado por la rama de enfermería del IMSS; una vez más se reclamaba por mejoras en sus apremiantes condiciones de trabajo y por el deterioro salarial que las afectaba; fue una movilización a decir de algunas de sus organizadoras, surgida de las bases, con muchas dificultades para mantener activo el movimiento y para difundir con veracidad sus demandas,

toda vez que no contaban con financiamiento y tampoco con el apoyo de la dirigencia sindical de la época; a pesar de ello, logró mantenerse por tiempo suficiente para alcanzar algunos de sus objetivos reivindicativos.

De las cuestiones concretas logradas como producto de la lucha unitaria del personal de enfermería de todo el país, surge posteriormente la cláusula 151 que da a todas las enfermeras una compensación por docencia y la jubilación como enfermeras generales para las auxiliares de enfermería; también se logra que la institución se comprometa a no tomar represalias contra las dirigentes del movimiento. Problemas relevantes del sector, como la compensación por infectocontagiosidad para todas las enfermeras, la retabulación y redefinición de funciones, la excesiva carga de trabajo o el reconocimiento académico-laboral a la licenciatura de enfermería, no fueron resueltos; menos aún, se produjeron cambios en materias generales fundamentales.

Esto muestra una vez más la menguada capacidad negociadora del SNTSS, para responder a las demandas sentidas de un sector estratégico de trabajadoras, como lo es la rama de enfermería. Aún cuando la dirigencia pueda reconocer la necesidad de estas demandas, su opción no han sido estrategias de carácter combativas que puedan poner en riesgo su participación en la estructura del Estado tal y como ha sucedido hasta ahora; estos intereses parecen prioritarios frente al mejoramiento de las condiciones en que trabajan sus asociados.

Sin duda, la expresión más clara de protesta de las bases sindicales, en contra de sus dirigentes nacionales así como de su gestión, lo constituyó el movimiento surgido con motivo del Congreso Nacional de Trabajadores del Seguro Social (máxima autoridad dentro de la estructura organizativa), llevado a cabo en Octubre de 1989. En dicha oportunidad el Comité Ejecutivo Nacional, se vio rebasado por los congresistas apoyados ampliamente por las bases, quienes se negaron a aceptar la firma del CCT 1989-1991, declarándose en asamblea permanente hasta lograr revocar el documento ya oficializado en las instancias laborales pertinentes y someterlo a una nueva revisión. Esto significó entre los hechos de mayor importancia, la renuncia del Secretario General del Sindicato de ese momento, asumiendo el cargo en forma interina el Dr. Miguel Angel Sáenz, quien fue posteriormente elegido para el siguiente período de cuatro años.

Otros resultados relevantes de este movimiento, fueron cambios estatutarios entre los que estuvo la creación de las Secciones Sindicales a nivel del Distrito Federal (DF). Con ello, el SNTSS quedó dividido en 35 delegaciones, incluyendo las cuatro recién creadas (Noreste/ Noroeste/ Sureste/ y Suroeste del DF). Los aspectos positivos que tuvo esta división, a juicio de la actual secretaria general de la sección XXXII del SNTSS(18) fue por una parte, que los trabajadores del DF, dejaron de depender directamente del CEN del sindicato como ocurría hasta ese momento. De esa forma, se logró cierta autonomía que si bien no se ejerce en plenitud, creó un espacio legítimo y legal a través del cual se puede llevar a cabo una acción diferente a la de la cúpula sindical.

Se habla de autonomía relativa porque al formar parte de un sistema normativo, las secciones deben "alinearse" a los acuerdos generales, declaraciones y resoluciones del sindicato nacional. Otro aspecto positivo a juicio de esta dirigente seccional, es haber provocado un cierto cambio, por lo menos en el discurso y en algunas acciones concretas, creando espacios de participación, "más no de decisión"; de alguna forma se ha obligado al CEN a pronunciarse aunque sea en el discurso, sobre materia como productividad y aumento de salarios. En general estos sectores están permanentemente atentos a la actuación de la dirigencia nacional.

En enero de 1993, con motivo de la celebración del Día de la Enfermera, en contraste con los elogios que se expresaban por parte de las autoridades en las ceremonias oficiales (ver publicación oficial del SNTSS del mes de enero de 1993), en un ambiente donde parecería que no existían mas problemas que los esperados en una institución de las proporciones que tiene el IMSS; un grupo de enfermeras de base, manifestaban su problemática laboral en un documento dirigido al secretario general del SNTSS, que por cierto no obtuvo respuesta según nos dijeron las propias trabajadoras.

En dicho documento, denuncian los alcances negativos que tiene el estilo de gestión sindical y el deterioro salarial que ha afectado a todos los trabajadores (los que no han sido recuperado en su valor real, hasta la actualidad); en lo particular reconocen como problemáticas relevantes de las enfermeras: la sobrecarga de trabajo, el uso discrecional de los índices enfermera/paciente, la falta de cobertura de plazas vacantes temporales.

El abuso de autoridad, prepotencia y maltrato por parte del personal de confianza, quienes constantemente presionan, amenazan y condicionan los derechos de estas trabajadoras, formaba parte de la problemática que afecta a su trabajo diario. En definitiva, protestan por el incumplimiento a una serie de cláusulas entre las que se destacan la 22bis, 27, 32, 34, 44, 45, 46 y 47 que en lo general se refieren a la revisión de plantillas, a la nivelación de acuerdo a las labores desempeñadas, al tiempo extraordinario de trabajo, a los permisos temporales, guardias, descansos y vacaciones.

Las enfermeras manifestaban finalmente en ese documento que no están en contra de los festejos y reconocimientos de que son objetos, pero sí solicitan a los dirigentes sindicales, exijan a las autoridades que cumplan cabalmente con lo establecido en el CCT y que no se les "chantajee" con la consigna de que bajos principios humanitarios deben aceptar la precarización de las condiciones que se les han ido imponiendo a lo largo de esta década.

En octubre de 1993, todos los trabajadores sindicalizados, volvieron a movilizarse con motivo de la revisión del CCT; en esa oportunidad, la dirigencia nacional mantuvo una posición de rechazo a las modificaciones propuestas al acuerdo contractual, por parte de la Dirección de la institución (comentada en el capítulo cinco), manifestándose con marchas y protestas públicas, donde participaron en todo el país amplios sectores de todas las categorías de trabajadores y donde también se hizo presente la directiva nacional.

En junio de 1994, se presentaba consideración de los trabajadores del Instituto, una

propuesta sobre calidad de atención(19) en la que se hace un diagnóstico de la situación institucional, donde establecen que existe una crisis en el IMSS, misma que responde a la lógica productiva de "hacer más con menos" y que se ha traducido entre otras cosas en: deterioro salarial, desmantelamiento de la planta tecnológica, crisis de abastecimiento cada vez más grave; todo esto acompañado de un modelo de dirección altamente burocratizado y autoritario.

Basados en este diagnóstico situacional, llegan a la conclusión que las propuestas de solución al problema del IMSS, pasa por considerar la productividad como un proceso más amplio y complejo, que se refiere a la calidad. La propuesta en consecuencia considera tres líneas de acción: una, donde se definan las prioridades institucionales para redefinir a partir de ahí las características de la organización y administración institucional; otro lineamiento se refiere a establecer formas de consulta permanente a los derechohabientes con el objeto de construir un nuevo proyecto de Seguro Social de manera conjunta. Un tercer camino de acción se refiere a la transformación del modelo sindical, en uno de carácter participativo y democrático, con participación real de todos los trabajadores en la gestión y control de sus procesos laborales.

CONCLUSIONES DEL CAPITULO **(una negociación desventajosa: el costo de conservar un espacio de poder)**

Una primera y relevante conclusión de la participación del SNTSS, en el deterioro de las condiciones de trabajo, es que tanto el IMSS como institución así como el sindicato

representado en sus dirigentes nacionales han supeditado intereses particulares en desmedro del interés superior que le da sentido a la existencia del Seguro Social. Ambos, han desvirtuado los objetivos que les dieron origen y han privilegiado intereses externos a él. El sindicato, por su parte, ha optado por la defensa de su cuota de poder dentro del Estado corporativo del cual forma parte; empeñado en esa defensa, la que por cierto no ha sido fácil, ha debido aceptar la precarización de las condiciones en que realizan su trabajo médicos y enfermeras que prestan sus servicios en el IMSS con la consecuente repercusión de ello en la atención a los derechohabientes, todo esto como producto de la política restrictiva aplicada por el IMSS.

Para el modelo neoliberal, tanto la existencia de la Seguridad Social, como el sindicalismo de cualquier apellido, constituyen una contradicción que debe ser superada para poder consolidar dicho proyecto; en efecto, su lógica tiende hacia la máxima flexibilización de la relación laboral, lo que quiere decir, a la desaparición del sindicato como actor social en la negociación de los procesos y condiciones de trabajo.

Dada la realidad mexicana, una vez más le surge la necesidad al modelo neoliberal de utilizar las estrategias adecuadas a ella, las que para este caso específico ha sido la de mantener el estilo de sindicalismo corporativo, "por ahora", asignándole la función de contener e impedir que el impacto de las medidas de recorte y austeridad, propias del modelo, provoquen por lo menos en el corto plazo una inestabilidad al interior de la institución, aunque ello implique provocar una situación de ingobernabilidad, como ocurre en los servicios de atención médica, con las graves consecuencias que dicho fenómeno implica.

BIBLIOGRAFIA
8.- LA ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES: EI SNTSS

- 1.- Cronológico del contrato colectivo de trabajo. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. 1943-1991:100.
- 2.- Anexo N°5 Entrevista a Sindicalistas pp:30-38
- 3.- *Ibidem* p:30-38
- 4.- Anexo Entrevistas a Sindicalistas pp:30-38
Anexo Entrevista a Enfermeras pp:25-30
Anexo Entrevista a Médicos p: 21-25
- 5.- Cronológico *op cit*, p 105
- 6.- Anexo Entrevista a Enfermeras pp: 25-30
- 7.- Anexo Entrevistas Sindicalistas pp: 30-38
- 8.- Anexo Entrevistas con Enfermeras pp: 25-30
Anexo Entrevista con Sindicalistas pp:30-38
- 9.- *Ibidem*
- 10.- Anexo Entrevistas con Médicos pp: 21-25
- 11.- Anexo Entrevista Enfermeras pp: 25-30
Anexo Entrevista Médicos pp: 21-25
- 12.- Anexo Entrevista con Enfermeras pp: 25-30
- 13.- *Ibidem*
- 14.- Anexo Revisión CCT pp: 1-13
- 15.- Anexo visitas a Centros Laborales pp: 14-20
- 16.- Anexo Revisión CCT pp: 1-13
17. Se sugiere revisar el periódico informativo de la sección XXXII del SNTSS en sus ediciones correspondientes al año de 1993.

18.- Anexo Entrevista Sindicalistas pp: 30-38

19.- Documento presentado por el grupo GESS

CONCLUSIONES GENERALES

En esta investigación se ha tenido como propósito analizar las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en un periodo en que México se ha visto enfrentado a un proceso de profundas transformaciones producto de la aplicación de un nuevo modelo económico. En lo ideológico, tiene una lógica privatizadora e individualista y en lo político ha significado una recomposición del Estado y una reformulación de las políticas sociales.

Las consecuencias de este nuevo modelo para la gran mayoría de la población ha sido un notable deterioro de sus condiciones de vida tanto individual como colectiva. Este impacto negativo ha tenido entre sus afectados "privilegiados" a los trabajadores del país, toda vez que las necesidades del nuevo proyecto "modernizador" de carácter neoliberal, exige la transformación de los procesos laborales en general y de manera especial de las formas de organización del trabajo.

La principal estrategia utilizada para transformar los procesos laborales en todos los sectores productivos del país, ha sido la **flexibilización de la relación laboral**, que si bien adquiere diferentes expresiones entre los países y en los distintos sectores productivos, tiene como características comunes por una parte, eliminar las "trabas laborales" que desde su perspectiva impiden el incremento de la productividad y por otra, rompe las relaciones solidarias, transformando el trabajo en un fenómeno individualizado tanto en su quehacer técnico como en la organización y resolución de los problemas laborales.

En definitiva, la magnitud de las transformaciones ocurridas en México en los últimos doce años, han dado lugar a procesos sociales cuyas repercusiones no sólo afectan en lo inmediato sino que tienen un impacto a largo plazo. Esta afirmación cobra especial validez en el ámbito de la atención médica y se expresa en el fenómeno que aquí se ha denominado desprofesionalización del trabajo de atención médica. Problemas como éste, que retomaremos más adelante, se consuman precisamente en períodos de crisis cuando quedan al descubierto situaciones que en épocas prósperas pueden ser solventadas.

I

La conclusión general de este estudio es que durante el periodo en cuestión, efectivamente se ha producido un progresivo proceso de cambios en las formas de organización del trabajo de atención médica, lo que ha significado un severo deterioro de las condiciones en que realizan su quehacer cotidiano los médicos y enfermeras del IMSS. Este resultado, seguramente no constituye una sorpresa para los trabajadores que día a día durante largo tiempo han visto deteriorarse progresivamente las condiciones para realizar su trabajo. Con seguridad tampoco lo es para los miles de usuarios de estos servicios que viven el producto del deterioro señalado y que se expresa en ejemplos como las largas esperas para recibir una consulta médica, la que finalmente se limita a unos cuantos minutos; o el dar a luz en una sala de espera del hospital porque no hay camas suficientes para que su parto sea atendido en condiciones dignas. Estos y otros derechos a recibir atención de salud, tal como lo establece el artículo 4º de la Constitución Política de la República, son vulnerados diariamente en los servicios del IMSS.

Este deterioro de las condiciones en que realizan su trabajo enfermeras y médicos del IMSS, se relaciona directamente con el proceso de modernización de la institución y con el papel asumido por el Sindicato de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), tradicionalmente corporativo en su relación con el Estado, pero refuncionalizado de acuerdo con las necesidades de la modernización. Ambos factores han sido determinantes en este grave problema que se vive en la principal institución de seguridad social del país, otrora, símbolo de calidad y excelencia en la prestación de servicios médicos. En esta compleja situación los trabajadores han contribuido, involuntariamente, asumiendo un rol de resignación frente a este panorama desolador y buscando muchas veces sortear sus dificultades laborales inmediatas e individuales a través de estrategias inadecuadas que finalmente solo contribuyen a profundizar el daño.

II

La información analizada fundamentalmente en el capítulo seis resulta elocuente para dar cuenta de **la crisis financiera del IMSS**, como el componente central de la modernización institucional. Los elementos que grafican los problemas financieros del Instituto son: en primer lugar, el impacto del deterioro salarial experimentado por los trabajadores del sector formal de la producción, toda vez que **el monto de las cotizaciones al Instituto, tanto obrero-patronales como del Estado se calculan con base al salario diario**. Así vemos que el salario promedio de cotización al IMSS se deterioró en un 27 por ciento entre 1982 y 1993; de la misma forma, mientras el número de cotizantes se incrementó en el mismo periodo, en un 72 por ciento, la masa salarial (es decir, el aporte global) experimentó un aumento equivalente tan sólo a un 30 por ciento.

En segundo lugar, los problemas financieros del IMSS están dados por las importantes variaciones producidas en los dos seguros más importantes del Instituto; estos son: el de enfermedad y el de invalidez y vejez. El primero de ellos, muestra una disminución de sus ingresos entre 1982 y 1988 y aún cuando las cifras mejoran a partir de 1989, el monto del aumento (61.5%), resulta insuficiente en comparación con el 72 por ciento de incremento de sus egresos de los últimos once años. Por su parte, el seguro de invalidez y vejez que tradicionalmente cubría los déficits del anterior, ha visto mermado sus ingresos por el deterioro salarial ya señalado y por el aumento de sus gastos.

En estos últimos once años los jubilados y pensionados pasaron de 500 mil en el 82 a 2.5 millones en 1993. En tercer lugar, el Estado a partir de 1987, luego de la modificación del artículo 115 de la ley del Seguro Social, disminuyó su aporte al IMSS en una cifra equivalente al 50 por ciento de lo que históricamente había sido su contribución, rompiendo además con esto, el precedente histórico de compromiso del Estado con la fuerza de trabajo asegurada. En contraste con la restricción de sus fuentes de ingresos, la población derechohabiente de la institución aumentó en aproximadamente 10 millones de personas, a lo que es necesario agregar los 13 millones del periodo 73-82; es decir en veinte años, el IMSS duplicó su población legal.

La modernización del IMSS, exige de acuerdo a la lógica del modelo aplicado, el desarrollo de los distintos servicios que proporciona en el marco de una importante crisis de decremento de sus fuentes de ingresos; dicho de otra manera, la institución se ve

enfrentada a la contradicción de implementar una política de austeridad financiera y a la vez responder por una parte, al incremento de la demanda de atención médica y por otra, al mejoramiento del monto de las jubilaciones, comparativamente más bajas que el de las demás instituciones del seguro social mexicano. Para solventar esta situación, el IMSS ha empleado la estrategia de "hacer más con menos", es decir intensificar la utilización de los recursos materiales e incrementar el trabajo en el sector. Esto ha provocado al cabo de poco más de diez años, el desmantelamiento de su planta tecnológica, el desabastecimiento de materiales básicos y equipos y la sobrecarga de trabajo en el sector de atención médica al no realizarse una actualización de las planillas de personal, lo que se ha traducido en la prestación de servicios deficientes y en un creciente y preocupante desprestigio de la institución.

La estrategia de desgaste aplicada de manera a veces más evidente y otras más sutil, conforma en el IMSS uno de los aspectos relevantes de la flexibilización laboral que además ha contado con la estrecha alianza de la estructura sindical. En efecto, la comprensión y explicación del deterioro de las condiciones de realización del trabajo de atención médica, como consecuencia de la modernización del IMSS, no puede dejar de lado el papel que ha jugado en este periodo el SNTSS, organización que se ha mantenido fiel a su tradición de incondicionalidad al régimen de gobierno de la nación, alero en el que se ha cobijado desde su nacimiento y donde ha tenido un espacio de poder.

Las características históricas de este sindicato permiten explicar, más no justificar la respuesta de la organización frente a la modernización nacional e institucional, que en los hechos muestra una posición de defensa mucho más cercana a sus intereses particulares como estructura sindical, que a la de los trabajadores y derechohabientes de la institución. Su adhesión permanente a los llamados pactos de solidaridad, la participación de su líder máximo como Diputado Federal en representación del partido en el gobierno, se pueden considerar como claras expresiones de su compromiso con el Estado corporativo y por lo tanto de su consecuente incapacidad para actuar con autonomía y enfrentar los problemas de los trabajadores que representa legalmente.

La consecuencia de esta conducta en el trabajo de atención médica se traduce entre otras cosas en una permanente y sistemática transgresión al Contrato Colectivo de Trabajo, lo que se expresa en: el no cumplimiento de cláusulas contractuales relacionadas directamente con las condiciones de realización del trabajo; las pocas disposiciones creadas con objeto de mejorar las condiciones laborales; la no revisión de cláusulas, en el condicionamiento de otras a actos de "buena conducta" y en el incremento notable de los montos que el IMSS otorga al SNTSS para su manejo. En definitiva, el comportamiento de la principal herramienta de negociación colectiva de los trabajadores del Seguro Social, ha experimentado en este periodo, cambios aparentemente poco notorios en lo formal, pero en los hechos, es decir en el trabajo cotidiano, se observa una transgresión mucho más evidente.

El costo de este papel asumido por el sindicato, ha sido una creciente falta de credibilidad frente a sus asociados y una pérdida importante de su capacidad negociadora que ha significado en definitiva que el IMSS haya implementado la "modernización" a costa del deterioro de las condiciones en que se realiza el trabajo en el estratégico sector de servicios médicos. El sindicato, para mantener el control de los trabajadores ha establecido alianzas con el IMSS, quien en contraste a los magros incrementos de salarios, proporciona en cambio cuantiosos recursos al sindicato, lo que le permite ejercer y profundizar su tradicional gestión clientelar.

En resumen, el proceso de modernización del IMSS, una de cuyas expresiones fundamentales es el desfinanciamiento, junto con la respuesta del SNTSS a las exigencias del nuevo modelo, donde ha optado por aliarse a los intereses generales del mismo, han determinado el detrimento de las condiciones de realización del trabajo de enfermeras y médicos, han generado un desprestigio de los servicios públicos de atención médica y han propiciando un ambiente de deterioro ético y de desprofesionalización en el sector de atención médica.

III

La estrategia de flexibilización laboral en el IMSS, aparece con características comunes a otros procesos laborales pero también con rasgos específicos coherentes con las particularidades del trabajo de atención médica. Entre las características comunes está la flexibilidad salarial que no significa otra cosa que una notable pérdida del valor real de los salarios; específicamente los salarios de médicos y enfermeras del IMSS, han

experimentado sólo desde 1982 un deterioro equivalente en el caso de los primeros a casi un 60 por ciento y en el de las enfermeras dicha pérdida de valor ha oscilado entre un 46 y un 30 por ciento según la categoría que corresponda.

La respuesta a esta situación salarial ha sido en muchas ocasiones motivo de movilizaciones de los trabajadores demandando mejoramiento de sueldos; de esos hechos se ha derivado la negociación por parte de los dirigentes sindicales, de mejoras en algunos de los otros componentes del salario, puesto que el tope de los sueldos está supeditado al pacto nacional, que en realidad solo tienen un carácter de "compensación simbólica" toda vez que en cifras reales ellas están lejos de recuperar la pérdida adquisitiva del salario. Ejemplo de ello son el sobresueldo para enfermeras, médicos y estomatólogos, la compensación por despensa y la ayuda para renta de casa-habitación.

Las características propias de la flexibilización laboral en este sector tiene como una de sus expresiones más sentidas por los médicos y enfermeras, la sobrecarga de trabajo que se da en todos los niveles de atención. Las cifras al respecto son elocuentes: el IMSS proporcionó en 1992, 80 millones de consultas externas, lo que equivale a un incremento de un 35% con respecto a 1982; prestó 14 millones de consultas de urgencia (54% de incremento); realizó 1.2 millones de cirugías (54% de incremento) y atendió más de 700 mil partos (28% de incremento). ¿Existe alguna otra institución de servicios médicos en el país que tenga esta productividad?

Frente a la magnitud de estos incrementos de los servicios prestados, la respuesta en cuanto a recursos materiales aparece insuficiente, si observamos que los consultorios aumentaron en un 26 por ciento; los quirófanos por su parte sólo lo hicieron en un 28% y todavía peor ocurrió con las cunas y las salas de expulsión que en el mismo periodo, disminuyeron en un 6 y 1 por ciento respectivamente. En cuanto al personal de atención médica, aún cuando la información es poco clara al respecto, se observa en cifras globales hubo un incremento de trabajadores, aunque fueron comparativamente más bajos (36.9%) en relación a la SSA (107%).

Con respecto a algunas cifras desagregadas sobre personal de este sector, los datos revelan que mientras los médicos dedicados a la atención directa se incrementaron sólo en un 27.5 por ciento, aquellos que se dedican a otras labores lo hicieron en un 96 por ciento. El incremento de enfermeras fue el más bajo (49%) en comparación con el ISSSTE (62%) y la SSA (108%). Un comportamiento similar tiene las cifras relacionadas con el personal de confianza en el sector de atención médica; en efecto, entre 1982 y 1992, los trabajadores sindicalizados aumentaron en un 46 por ciento, los de confianza lo hicieron en un 83 por ciento.

En definitiva, la modernización del IMSS se ha traducido en un incremento notable en la demanda de atención y una respuesta insuficiente tanto en dotación de personal como en la disponibilidad de recursos materiales. Realizar cotidianamente las distintas actividades de atención médica con menos personal que el que se necesita y sin los recursos materiales

suficientes para dar respuesta al constante incremento de demanda de servicios, constituye un hecho de mucha gravedad ya que pone en serio peligro la seguridad, la oportunidad y la eficacia de los servicios que se prestan.

Sin embargo, la flexibilización salarial y la sobrecarga de trabajo no son suficientes para consolidar el proceso de transformaciones (modernización) del IMSS; se hace necesario además afectar la organización del trabajo en aspectos muy esenciales de este proceso de atención médica; nos referimos a las formas de control del proceso y a las relaciones de poder inter e intra profesiones. La acentuada y tradicional estructura jerárquica que divide las distintas tareas del proceso laboral de atención médica, ha jugado un papel muy relevante en cuanto a la posibilidad de implementar de manera efectiva la flexibilización laboral

Estos cambios relativos a las relaciones de poder aún cuando son difíciles de dimensionar, fueron descritos principalmente por las enfermeras, como un aspecto relevante que afecta las condiciones en que realizan su trabajo y también genera un ambiente de conflictividad laboral que perciben en los centros. Los estilos autoritarios e impositivos para controlar y supervisar el trabajo, la deficiente organización de los servicios y la incapacidad de las autoridades para resolver situaciones críticas como las que se viven actualmente en los servicios médicos del IMSS, son algunas de las expresiones más relevantes, de esta conflictividad laboral que no parece tener salida. A las enfermeras se les exige una serie de competencias en el desempeño de su trabajo y no recibe por ello un reconocimiento laboral

ni tampoco una compensación monetaria. A aquellas trabajadoras y trabajadores, especialmente en la rama de enfermería, que plantean las dificultades que existen para el trabajo diario, se les imponen sanciones por parte de las supervisoras, de tipo morales o éticas, acusándoseles de falta de espíritu humanitario, o de incumplimiento de sus deberes. La situación de los médicos al respecto, es similar aún cuando, por su estructura jerárquica, las afectaciones son diferentes; en los niveles de jefatura el médico se enfrenta a una crisis de liderazgo y a la estructura de poder del sindicato que actúa paralela y muchas veces en oposición a la jefaturas médicas.

Este conjunto de cambios en los componentes organizacionales conlleva consecuencias explícitas e implícitas: entre las primeras está la transformación de este proceso laboral, de una actividad solidaria realizada bajo una lógica de acciones en equipo en que el conjunto de ellas iba conformando una totalidad que era el prestar servicios médicos, hacia la realización de un trabajo individualizado de resolución solitaria frente a los problemas cotidianos; por otra parte, contribuyen definitivamente al control de las respuestas de los trabajadores frente al deterioro de las condiciones en que realizan su trabajo. Entre los objetivos que subyacen está el generar una situación de ingobernabilidad bajo una apariencia de estabilidad pero de desprestigio de los servicios públicos.

Lo anterior, permite materializar la utilización intensiva (explotación) tanto de la mano de obra como de los recursos materiales así como también hace posible la contención del deterioro a límites posibles que permitan a la institución seguir funcionando, como lo ha

hecho hasta ahora, sustentada en una especie de inercia de épocas mas prósperas. En definitiva contribuye a contener los problemas sociales actuales, coherente con su papel de legitimación que le corresponde cumplir.

IV

Ante esta situación surgen nuevas interrogantes no abordadas de manera explícita por la institución, seguramente por los alcances éticos y morales que tiene en un plano personal y también colectivo; al no ser un tema explícito, tampoco está socializado y por tanto pensamos que cada trabajador lo vive en lo particular y con sus propios recursos. Nos referimos al **fenómeno de desprofesionalización** de los trabajadores del sector de atención médica, el que se ha definido aquí como un tránsito desde el desarrollo de procesos laborales bajo principios éticos que rijan los objetivos que tiene el trabajo de atención médica, hacia el desarrollo de procesos laborales que no son otra cosa que la suma de actividades inmediatas, posibles y necesarias de "acomodar" o de "adaptar" según sean las circunstancias.

El trabajo cotidiano en este sector por más de una década bajo condiciones que se han vuelto cada vez más críticas, tiene un elevado costo porque se ha creado un ambiente de desvalorización del trabajo, donde se termina por hacer "lo que se puede" más que "lo que se debe". La calidad y calidez no pasa de ser un slogan oficial que en los hechos es una responsabilidad adjudicada exclusivamente a los trabajadores. El esfuerzo y la dedicación para prestar atención en el IMSS, está sustentado probablemente en la actitud de médicos y enfermeras, que en lo individual intentan llevar a cabo sus procesos laborales, de acuerdo

a sus principios éticos, con la oportunidad, seguridad y eficacia que las condiciones se lo permiten. Sin embargo no basta con una actitud individual para garantizar la calidad de este particular trabajo, sino se requiere necesariamente de condiciones institucionales que favorezcan una práctica ética colectiva basada en los principios de solidaridad que dieron origen al Instituto.

En la actualidad, bajo este ambiente de deterioro, se vive en lo cotidiano una relatividad en las formas de desarrollo de los procesos laborales. Así, la dimensión ética que a nuestro juicio tendría que ser la rectora de los procesos laborales, por el carácter del trabajo de atención médica, bajo situaciones de crisis se relativiza, quedando de esta forma el cumplimiento del trabajo a expensas de los cimientos que en este delicado aspecto hayan adquiridos enfermeras y médicos en el proceso de formación como trabajadores de la salud.

Así, en medio de este ambiente caótico de relatividad y desvalorización del quehacer laboral cotidiano, se genera entre los trabajadores una situación alienante que impulsa a una actuación personal a su criterio, resolviendo problemáticas de forma individualizada, utilizando todas las posibilidades y resquicios que le permitan sortear la precariedad permanente, sin percatarse que con esa actitud no soluciona el problema de fondo que tiene un carácter colectivo y además provoca repercusiones en otros trabajadores y en los derechohabientes.

El trabajo de atención médica del IMSS realizado sistemáticamente en condiciones precarias, con una crisis de legitimidad de las jefaturas y con las "facilidades" que ofrece una estructura sindical que por mantener su preciada cuota de poder, no duda en utilizar el arsenal de herramientas de cooptación, clientelismo y lo que sea necesario, para controlar e involucrar a los trabajadores en general en un ambiente viciado en su forma y en el fondo, ha propiciado a su vez el deterioro de los propios trabajadores, reduciendo o tal vez profundizando una precaria participación en su rol como sujetos activos de su realidad laboral.

Así entonces, los trabajadores, inmersos en este ambiente, unos más otros menos, seguramente muchos ajenos, parecen desarrollar una especie de "inmunidad" al trabajo diario realizado en condiciones precarias. A pesar de todo esto, los trabajadores continúan realizando su quehacer cotidiano, pero... aprovechan los resquicios para escapar a esa situación laboral, con permisos de todos tipos, que el sindicato no tiene inconveniente en avalar, aún cuando ello signifique dejar descubierto su puesto de trabajo o en el mejor de los casos dejar a sus compañeros con la consiguiente sobrecarga de trabajo que implica suplir sus funciones.

En la siguiente oportunidad le tocará la situación inversa y se sentirá pagando su falta, pero con el permiso conseguido tal vez ya pudo realizar otro trabajo que le significa la remuneración equivalente a un mes de trabajo en el IMSS. Decíamos que el trabajo se relativiza, se cumple al mínimo; el médico pasa su visita de rigor y luego se va a operar a

algún hospital privado en horas de labor en el Instituto, y cómo negarle el permiso dice su jefe, si su sueldo es tan bajo, más vale decirle que no se demore mucho. La frustración diaria del trabajo realizado en malas condiciones, la presión y reclamo constantes del usuario por la atención deficiente, la impotencia de no encontrar caminos por donde revertir esas malas condiciones de trabajo, es decir el conjunto de condiciones que han sido analizadas a lo largo de este estudio, permiten entender, más no justificar esta conducta a la que ha sido llevado el trabajador como parte de esta flexibilización laboral.

De mantenerse estas condiciones de realización del trabajo de atención médica se vislumbran graves consecuencias entre las que destacamos: la profundización del desprestigio de la atención médica pública y de la institución en general con el consecuente peligro que se materialice alguna forma de privatización del Instituto, con lo que se pondría en riesgo la existencia del seguro social como expresión de solidaridad colectiva; el incumplimiento de su papel de prestador de servicios médicos, incluso a niveles que puede atentar contra la salud de los derechohabientes y las condiciones de salud de los propios trabajadores del IMSS.

Otra repercusión a más largo plazo de este deterioro del trabajo de atención médica se refiere al carácter de institución formadora de nuevas generaciones de trabajadores para el sector salud; hay que recordar que el IMSS ha sido por tradición, una institución formadora de trabajadores para la atención médica. De acuerdo a esto se puede suponer con bastante certeza que los procesos educativos del IMSS se han desarrollado en estos años en las

mismas condiciones deterioradas que ha tenido lugar la realización de esta actividad y han provocado una educación distorsionadora del sentido que tiene la atención médica de carácter público además de las no menos importantes carencias de tipo técnica que se hayan podido dar por la falta de recursos materiales y de personal que los acompañe en el desarrollo de diferentes habilidades y destrezas. Todas estas son consecuencias que no se ven en el plazo inmediato sino en un periodo de tiempo más lejano, con el agravante que en muchas ocasiones se trata de resultados irreversibles.

V

Nadie puede cuestionar la necesidad de defender los derechos de los trabajadores, la pregunta es ¿defenderlos de cualquier forma?, ¿que significa defender los derechos de los trabajadores? ¿no se estará en ocasiones como ahora en el IMSS y como lo hace el SNTSS, defendiendo el derecho a los caprichos de los trabajadores, todo a cambio de consolidar los propósitos privatizadores que subyacen a la modernización institucional?

Sostenemos que la defensa de los derechos de los trabajadores está en estrecha relación con la de la seguridad social y sus principios; es necesario reconocer la magnitud y gravedad de los problemas que hoy afectan a la institución en general y específicamente al sector de atención médica, así como también el origen que ellos tienen. No tenemos dudas que las soluciones definitivas pasan por un cambio en el rumbo económico y político de carácter nacional e incluso tal vez regional.

Sin embargo ello no excluye la actuación de los trabajadores del seguro social; entre las propuestas que se pueden derivar de un problema complejo como el analizado, se desprende que los trabajadores deben abandonar su condición de objetos que la institución y el sistema económico perverso insisten en mantener; se requiere que asuman el papel protagónico de actores y abandonen el de espectadores de una situación que les afecta no solo en el presente sino que amenaza su futuro y el de la propia institución. Lo anterior implica de manera definitiva la democratización de la estructura sindical, de tal manera de convertir a la organización en un espacio de efectiva defensa de la seguridad social y conjuntamente de las condiciones de realización de los procesos laborales.

Es necesario que los trabajadores levanten un nuevo proyecto de seguridad social, que manteniendo los principios de solidaridad y justicia social, busque y proponga soluciones creativas a los problemas que les afectan; esta tarea sólo puede ser asumida con un carácter viable si se realiza en conjunto con los derechohabientes. No se puede seguir mirando al IMSS de décadas pasadas, ahora es necesario y urgente replantearse el funcionamiento y desarrollo del Instituto.

ANEXOS

ANEXO Nº1
REVISION DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO

CLAUSULAS CREADAS

Claúsulas de nueva creación entre 1982 y 1992

Las cláusulas de nueva creación en esta última década se refieren a las siguientes materias:

CL 22bis: "Cobertura y Revisión de Plantillas", se crea en 1981, señalando que las partes integrarán comisiones para revisar permanentemente y actualizar las plantillas en todos los centros de trabajo, certificando las plazas vacantes y las revisiones de la fuerza de trabajo de cada uno de ellos a fin de dotar el personal necesario en cada centro de trabajo.

CL 55bis: "Rescisiones de contrato", se crea en 1983 y en ella se conviene que cuando un trabajador deba presentarse para investigación, éste deberá ser citado con 36 horas de anticipación, para presentarse dentro de su jornada, con excepción de la jornada nocturna. Cuando su lugar de adscripción sea fuera del asiento de la Delegación, se le otorgará pliego de comisión y viáticos, a fin de cumplir con el citatorio.

CL 62bis: "Exclusión", se crea en 1983, donde se conviene "que cuando un trabajador de confianza asesore algún asegurado, derechohabiente o solidariohabiente para la presentación de una acusación en contra de un trabajador de base, del sindicato o del instituto, éste último se obliga a investigar el hecho en conjunto con el sindicato, y en caso de existir culpa rescindir el Contrato al trabajador de confianza.

CL 145: "Turismo Social", prestación que nace en 1981, para promover el turismo social entre sus trabajadores; para ello, el Instituto entregará anualmente al Sindicato en el mes de enero una aportación de:

| AÑO | CANTIDAD (nominal) | CANTIDAD (real) |
|------|------------------------|-----------------|
| 1981 | 7 millones de pesos | 100 |
| 1983 | 50 " " " | |
| 1985 | 100 " " " | |
| 1987 | 400 " " " | |
| 1989 | 1200 " " " | |
| 1991 | 2400 " " " | |
| 1993 | 4'800,000 nuevos pesos | |

CL 149bis: "Sistema Nacional de Educación Sindical y Sistema Nacional de Capacitación Sindical", prestación que nace en 1991, para las actividades del sistema nacional de educación sindical y para las actividades del sistema nacional de capacitación sindical; para ello, el Instituto entregará el día 16 de Octubre de cada año al CEN del sindicato la cantidad de:

| AÑO | CANTIDAD |
|------|------------------------|
| 1991 | 1200 millones de pesos |
| 1993 | 1200 " " " |

CL 150: "Estacionamientos", prestación que nace en 1981, donde el Instituto se compromete dentro de sus posibilidades económicas y físicas, a construir estacionamientos en sus unidades de nueva creación para los trabajadores que en ellas laboren.

CL 151: "Sobresueldo al personal de Enfermería", mediante el convenio del 14 de Agosto de 1987, Instituto y Sindicato convienen en que todos los trabajadores de la categoría autónoma de Auxiliar de

enfermería, así como los trabajadores de las categorías escalafonarias de la rama de enfermería, percibirán una compensación del 5% sobre su sueldo tabular, por su participación en actividades docentes, de enseñanza y de investigación.

Este convenio se incorpora como cláusula 151 en el CCT 1987-1989, incrementándose el porcentaje de:

CL 152: "Seguro de Vida", prestación que nace en 1987, acordando el Instituto entregar a los beneficiarios de trabajadores fallecidos, ya sea por muerte natural, muerte accidental o accidental colectiva, que se encuentren señalados en su pliego testamentario o designados por la autoridad competente, independientemente de las prestaciones a que se refieren las dls 85 y 89 del CCT, la cantidad de:

| AÑO | CANTIDAD (mill. de pesos) |
|------|------------------------------|
| 1987 | 3 - 9 |
| 1989 | 6 - 12 |
| 1991 | 10 - 20 |
| 1993 | 15 - 30 |

Claúsulas modificadas entre los años 1982 y 1992

El texto de cada una de las siguientes cláusulas está redactado en base al CCT 1979-1981; puede ser textual o un resumen del mismo cuando su extensión sea demasiado larga. En cursiva aparecerán el año y las modificaciones de la cláusula en el período señalado.

CL 4: "Ambito de aplicación del contrato",

1979, El presente contrato regirá en cualquier lugar del sistema en que trabajadores contratados directamente por el instituto desempeñen labores para el mismo, salvo las modalidades que con respecto a los trabajadores de confianza el mismo establece.

1991. Se suprime la especificación de trabajador de base, a obra determinada y sustitutos.

CL 11: "Clasificación de trabajadores"

1979, donde dice que los trabajadores del Instituto se clasifican como:

- confianza A (designados libremente por el instituto)
- confianza B (designado por el Instituto en acuerdo con el sindicato)
- de base , a obra determinada, sustitutos (proviene invariablemente de las bolsas de trabajo y serán contratados en los términos de la cl 23 del CCT).

Se conviene que para seleccionar a los trabajadores de confianza B serán designados por el Instituto, seleccionándolos entre el personal de base mediante exámenes de oposición elaborados y convenidos por las partes.

1981. Para la selección de personal de confianza B se crea la Comisión Mixta para la calificación y selección la que no se hará únicamente entre los trabajadores de base (como hasta ese momento), sino también entre los de confianza B.

CL 14: Sindicalizados que pasen a puestos de confianza"

1979, señala que cuando un trabajador de base pase a ocupar un puesto de confianza, debe solicitar licencia al Sindicato y su puesto de base será respetado.

1983. Las plazas de pie de rama, autónomas o escalafonarias, que dejen los trabajadores al pasar a confianza se considerarán vacantes definitivas.

CL 16 "Trabajadores de base"

1979, se señala que los trabajadores de base con adscripción y horario fijo, deberán llevar especificado en su nombramiento horario, jornada y categoría y los que no tienen adscripción fija comisión, jornada, turno y categoría.

1985. Los trabajadores a que se refieren los puntos 2,3 y 4, serán contratados exclusivamente para las coberturas de ausentismo previsto e imprevisto de acuerdo a la revisión de plantillas en cada centro de trabajo.

CL 17: "Adscripción definitiva"

1979, se señala que la adscripción definitiva se otorgue únicamente a los trabajadores reunidos los requisitos de laborar ininterrumpidamente durante seis meses en un lugar sin tener adscripción fija, sean además de pie de rama o de categoría autónoma.

1985, se agrega que los de los incisos 3 y 4 de la cláusula 16 (adscripción fija, horario y turno móvil y sin adscripción fija con horario y turno móvil), serán beneficiados por esta cláusula. Así mismo se incluyen los incisos 3 y 4 para que junto con los sin adscripción fija y con horario móvil, sólo sean movilizados a puestos de su misma categoría.

CL 22bis: "Cobertura y Revisión de plantillas"

1979, no existía en esa fecha.

1989, creada en el año 1981, es revisada en este año, donde se establece la obligación de cubrir oportunamente las vacantes temporales o definitivas. Así mismo se integran al CCT 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.

CL 23: "Ocupación de plazas vacantes e Ingreso de trabajadores"

1979, el proceso de selección de aspirantes, se regirá por los procedimientos señalados en el Reglamento de Selección de Recursos Humanos.

1989, se suprime:

- *"Bolsas de trabajo del Instituto" y "los contratos para obra determinada y, sustituciones".*
- *Que en las vacantes menores de 30 días, el Instituto seleccionará libremente de las Bolsas de Trabajo; desde ahora Bolsa de trabajo seleccionará libremente.*
- *que la selección de profesionales se hará con base en la calificación de sus características y antecedentes profesionales, a criterio de las subdirecciones generales respectivas, con intervención del sindicato.*

mediante el convenio de diciembre de 1989 para aclarar se agrega que el Sindicato podrá revisar los expedientes que se integren en el proceso de selección de los aspirantes de nuevo ingreso y participar en la expedición de los nombramientos.

CL 27: "Nivelación"

1979, se refiere a que ningún trabajador podrá desempeñar labores distintas a las que corresponden a su nombramiento o categoría, sin orden expresa y por escrito del Subdirector General Administrativo, y los delegados regionales, estatales y del Valle de México. Establece también que deberán ser trabajadores de base de la categoría inmediata inferior, quienes cubran provisionalmente las plazas que originan el desempeño de labores distintas.

1981, establece que cuando las plazas que originen el pago de diferencias sea vacante definitiva o temporal por más de 30 días, deberá ponerse a disposición de la Comisión de escalafón o a la Bolsa de trabajo según corresponda.

1987, se agrega que para cubrir provisionalmente plazas de la categoría inmediata inferior "seleccionándolos preferentemente dentro de los de mayor antigüedad en el mismo centro de trabajo"; pagando las diferencias señaladas en los párrafos anteriores.

CL 29 "Acumulación y distribución de jornadas"

1979, se conviene que a los trabajadores de seis y seis y media horas, que trabajen una jornada acumulada de doce, el Instituto podrá contratarlos para que laboren cinco horas diarias, durante cinco días en la semana y once en domingo. Además para los trabajadores de ocho horas que trabajen jornada acumulada nocturna y dominical once horas y media cada tercer noche y catorce en domingos alternos.

1991, se suprimen los incisos d) por ya no existir estas jornadas. De esta forma, a partir de ahora la distribución y acumulación de la jornada se regirá por tres normas que son:

a) la jornada máxima de servicio continuo será de 24 horas.

b) para los efectos de pago, el día empieza a las cero horas y termina a las veinticuatro horas.

c) los trabajadores de ocho horas con jornada acumulada nocturna, trabajarán tres veladas alternas a la semana de once horas cuarenta minutos cada una y disfrutarán de un día de descanso fijo.

Así mismo, se pactarán otras modalidades de jornadas acumuladas, atendiendo a los requerimientos de los servicios y las necesidades de descanso de los trabajadores.

CL 30: "Cómputo del tiempo de servicios"

1979, define los tiempos que se considerarán de servicios efectivos, estableciendo los días de descanso y otros que serán considerados para estos efectos, incluyendo en el cómputo las incapacidades mayores de 28 días que expidan los médicos del Instituto en forma continua.

1981, elimina toda limitación de tiempo a las ausencias motivadas por enfermedades o accidentes profesionales.

1987, se cambia el concepto de maternidad por pre y post-parturienta; así mismo se reconoce como tiempo efectivo de servicios a todos los que hayan hecho su especialidad dentro del Instituto desde su fundación.

CL 38: "Tiempo de tolerancia"

1979, establece estímulos para quienes se presenten puntualmente a la hora de entrada y cinco minutos siguientes. Sanciona a quienes lleguen después del minuto 16.

1985, se modifica el tercer párrafo, quedando sólo que el personal que registre su asistencia entre los minutos 16 y 45 recibirá el descuento del tiempo no laborado. El registro de asistencia entre los minutos 31 y 45 durante 10 veces lo hará acreedor a una amonestación equivalente al descuento de un día de aguinaldo. Luego de 10 marcas de atraso, al llegar después del minuto 30 se considerará como falta de asistencia.

1987, se incrementa de 1 a 3 los días de aguinaldo, por cada 20 veces que el trabajador registre su asistencia hasta el minuto 5 de entrada.

1989, se cambian los 3 días de aguinaldo por cada 20 veces por 2 días de aguinaldo por cada 10 veces. La tolerancia se reduce de 15 a 5 minutos y la de llegar de 45 a 30 minutos.

CL 40: "Causa justificada con posterioridad"

1979, con la creación de las Subcomisiones Mixtas Disciplinarias, se establece que serán éstas las que determinen la sanción, con excepción de cuando las faltas de asistencia sean motivo de rescisión de contrato.

1991, se faculta a la comisión mixta disciplinaria o subcomisiones correspondientes a justificar faltas de asistencia, cuando el trabajador tenga más de tres faltas en un lapso de tres días siempre que no se haya determinado la rescisión del contrato de trabajo, caso en el cual la justificación se hará exclusivamente a juicio del instituto.

CL 44 "Permisos temporales"

1979, se especifica que durante la vigencia del CCT se concederá permisos hasta por un año, sin goce de sueldo, en dos períodos no acumulables de 180 días cada uno, por cada año calendario y siempre y cuando el trabajador tenga más de un año de antigüedad

89, se modifica el texto en el sentido de que desde ahora, el instituto se obliga a conceder durante la vigencia permiso a sus trabajadores en forma temporal, continua o discontinua, hasta por un año. La solicitud de permiso deberá hacerse con un mínimo de ocho días de anticipación.

1991, se baja de ocho a cinco días para presentar los permisos.

CL 45: "Guardias"

1979, señala que el nº de horas de la guardia no podrá ser inferior a la jornada y turno habitual del trabajador.

1981, señala únicamente guardias en los días de descanso obligatorio suprimiendo las guardias en descanso semanal; el pago de dichas guardias se hará al siguiente día hábil a aquél en que se laboró la guardia.

1985, el trabajador con más de 20 años de servicios le será potestativo realizar guardias, salvo en los casos en que no exista posibilidad de cubrir la guardia con otro trabajador de base o sustituto.

1989, establece que las partes elaboraran los roles cuando menos con 45 días de anticipación (antes era con 8 días) y comunicados los trabajadores en forma inmediata para su firma de aceptación. Con respecto al pago de las guardias, desde ahora se hará en la quincena anterior al día en que deberá laborarse la guardia.

1991, ahora, el trabajador entre 15 y 20 años de servicios le será potestativo realizar guardias con las salvedades ya señaladas.

CL 46: "Descanso diario, semanal y obligatorio"

1979, se señala que las unidades donde se laboran siete días a la semana, el personal con mayor antigüedad tendrá derechos preferenciales para descansar sábado y domingo....

1985, se agrega como día de descanso obligatorio, el 2 de noviembre.

1989, se trasladan a las vacaciones los días 5 de mayo, 10 de mayo, 14 de septiembre, 12 de octubre y 2 de noviembre.

1991, se incorpora el 10 de mayo como día de descanso.

1993, queda la cláusula finalmente así:

- los trabajadores que laboren ocho horas, tiene derecho a treinta minutos diarios para descansar o tomar sus alimentos

- todos los trabajadores tendrán derecho a dos días consecutivos de descanso semanal que serán fijos

- los días de descanso obligatorio son. 1 de enero/ 5 de febrero/ 21 de marzo/ 1 de mayo/ 10 de mayo/ 15 y 16 de septiembre/ 20 de noviembre/ 25 de diciembre/ jueves viernes y sábado de la semana mayor/ el día de las elecciones federales el año que corresponda/ el 1 de diciembre cuando corresponda la transmisión del poder ejecutivo federal.

CL 47: "Vacaciones"

1979, los trabajadores tenían derecho a disfrutar de vacaciones 10 días por cada seis meses y por cada año de servicio cumplido se aumentará un día sin que pueda exceder de quince, estableciéndose desde el año 1967 el pago efectivo de un período vacacional, siempre que haya disfrutado el anterior. Tanto los trabajadores con más de veinte años de servicios como los expuestos a emanaciones, disfrutarán de tres períodos vacacionales.

1989, se cambia los períodos vacacionales tal como fueron descritos arriba, por un período mínimo de vacaciones que será de 16 días hábiles, aumentándose un día por cada año de servicios el que no podrá exceder de 20 día anuales.

El tercer período por 20 años de servicios se establece en diez días hábiles, recibiendo un pago en la quincena previa a su disfrute, de diez días adicionales de salario por el concepto de ayuda para actividades culturales y recreativas o laborarlo totalmente y recibir 30 días de salario por el anterior concepto mencionado.

Mediante el convenio del 22 de Octubre de 1989, se agrega la cláusula que será optativo para el trabajador, recibir la ayuda para actividades culturales y recreativas o disfrutar de un segundo período

vacacional de hasta 15 días hábiles según su antigüedad efectiva; similar trato recibirán los que tengan más de 20 años de servicios y los expuestos a emanaciones radioactivas con su período extra.

CL 59: "Renuncias"

1979, establece las prestaciones que se le deberán de cubrir a los trabajadores que renuncien con una antigüedad mayor de 15 años, así como aquellas a las que tendrán derecho los trabajadores con antigüedad mayor a 15 años, diferenciándolos de que los primeros recibirán el pago de 12 días de salario por cada año de servicios y los segundos hasta un tope de dos meses de salario.

1991, se incrementa de dos a tres meses de salario.

CL 63bis: "Ayuda para pago de renta de casa-habitación"

1979, se establece una compensación para la ayuda de renta, sin que ella se integre al salario y repercuta en las demás prestaciones contractuales. El monto de esta prestación era de \$850.00 mensuales.

1989, en la revisión anual de sueldos de enero de 1989 se acuerda modificar la cláusula 63bis de la siguiente manera:

se aumenta a \$18,000.00 mensuales

se incrementa del 3% al 13% para el inciso b), que se refiere a la entrega de una cantidad de dinero de su sueldo tabular, por el mismo concepto; esta cantidad repercutirá en todas las demás prestaciones que se consignen en el presente CCT y que tengan como base el sueldo tabular y que aumentará en la misma proporción y en las mismas fechas que lo haga el sueldo tabular.

Con el fin que no fuese gravado por impuestos, como lo anterior, con esta fecha se traslada la cl 144 "gratificación por antigüedad" a formar parte de esta cláusula 63bis en el inciso c).

Este inciso c) dice que por el mismo concepto, el Instituto entregará a sus trabajadores, anualmente, una cantidad equivalente al nº de días señalados de acuerdo a su antigüedad efectiva.

De esta forma a contar de esta fecha se suprime el capítulo XXI y la cl 144, ya mencionada.

1991, la ayuda para renta de casa-habitación se incrementa en 75 por ciento pasando de \$54,000 a \$94,500.

CL 64: "Comisión Mixta de seguridad e higiene"

1979, la comisión central de seguridad, con residencia en el distrito federal, creará comisiones en los centros de trabajo que sean necesario para inspeccionar y señalar cuando deberá efectuarse arreglos o reparaciones a los mismos.

1981, se creó la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene con residencia en le DF las que conforme al reglamento respectivo establecerá estas comisiones en las delegaciones regionales, estatales, del valle de México y las localidades que consideren necesarias en los centros de trabajo de todo el sistema.

CL 73: "Medicina, útiles para la atención médica y fomento a la salud y mejoramiento de la calidad de vida"

1979, señala que el cumplimiento de esta cláusula queda a cargo de la Comisión central de Seguridad, que a partir de 1981 se llamará Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene.

1989, se le agrega al título lo de fomento a la salud y en el texto se establece que mediante módulos se realizarán acciones de educación para la salud, multidetección de padecimientos a través de grupos de trabajadores con enfermedades tales como: diabetes, hipertensión arterial, úlcera péptica, etc. Se proporcionará también información específica sobre planificación familiar y prevención de riesgos de trabajo.

CL 74: "Asistencia médica al trabajador y a sus familiares"

1979, se amplía la asistencia médica para el registro de derechohabientes para los trabajadores del Instituto, que no se encuentren comprendidos los que se señalan en esta cláusula, y la condicionante

en que la inscripción la apruebe el Consejo Técnico en los meses de enero, mayo y septiembre, mediante seguro facultativo, pagando las cuotas correspondientes.

1983, se modifica que los padres tendrán derecho a la asistencia médica aún cuando estos no vivan en el hogar del trabajador. La inscripción a familiares podrá hacerse ahora en cualquier tiempo.

1989, con motivo de la revisión anual del tabulador, se agrega como beneficiarios al esposo y concubino.

CL 76: "Guarderías infantiles"

1981, establece que el servicio de guarderías estará en relación a la jornada laboral del trabajador. El Instituto se obliga a cubrir al trabajador 500 pesos mensuales por cada hijo que deba percibir la prestación y que no la reciba ya sea por no haber cupo en la guardería o ésta no exista.

1985, se incrementa a 2 mil pesos/mes; **1987**, el monto se incrementa a 12 mil pesos/mes y en **1989**, el monto se incrementa a 20 mil pesos/mes.

CL 77: "Maternidad"

1979, la trabajadora al servicio del Instituto tendrá derecho a:

90 días de descanso con salario íntegro a partir de la fecha en que el médico expida la incapacidad por maternidad

entrega de canastilla después del parto, si el producto fue viable

suministro de leche durante los primeros diez meses de edad del niño

a las demás prestaciones que menciona la Ley del Seguro Social al respecto

un descanso extraordinario durante la etapa de lactancia, limitado a seis meses a partir de la fecha de reanudación de labores.

1981, se modifica esta última fracción, especificando que el descanso extraordinario podrá tomarse al iniciar o terminar su jornada, previo acuerdo de las partes.

CL 81: "Préstamos para el fomento a la habitación"

1979, el Instituto invertirá 100 millones de pesos. Cada trabajador recibirá como máximo 400 mil pesos, cuando el valor del inmueble sea mayor de este monto pero sin llegar a los 800 mil pesos, el Instituto gestionará la cantidad necesaria para completar el 80% de su valor. A los trabajadores con ingresos mensuales hasta de \$8,179.00 se les podrá conceder un plazo hasta de 20 años cuando el préstamo no excede de 275 mil pesos.

Comportamiento en el período 81-87

AÑO Inversión del IMSS Monto del préstamo

| | (pesos) | (pesos) |
|------|------------------|--------------|
| 1981 | 1'600,000,000.00 | 1,000,000.00 |
| 1983 | 3'200,000,000.00 | 2,000,000.00 |
| 1985 | 3'200,000,000.00 | 2,000,000.00 |
| 1987 | 6'400,000,000.00 | 4,000,000.00 |

Fuente: Cronológico CCT del SNTSS 1943-1991. pp 122-128

1989, además de cambiar el título de la cláusula de "Préstamos hipotecarios" a su título actual, se cambia el concepto de cantidad por nº de créditos y que se otorgarán durante la vigencia del CCT 2,600 créditos hipotecarios y se agrega otra modalidad de 1,400 créditos personales para los mismos fines. Se conviene que tendrán prioridad para la obtención de los 1000 créditos hipotecarios y los 1400 personales a mediano plazo, los trabajadores con los mejores índices de asistencia en los términos del reglamento correspondiente.

1991, dice que el Instituto entregará a los trabajadores de base con antigüedad no menor a 5 años un total de 3,000 créditos hipotecarios y 1750 créditos personales. Tendrán prioridad para la obtención de 1400 de los créditos hipotecarios y del total de los personales, los trabajadores con mejores índices de asistencia, en los términos del reglamento correspondiente.

CL 81bis: "Ayuda para gastos de escrituración"

1979, el Instituto otorgará préstamos a los trabajadores de base con una antigüedad no menor de tres años, destinados para el pago de enganche en la compra de casa-habitación. La cantidad que cubrirá el Instituto será el 20% del valor real del inmueble, sin que en ningún caso rebase los 80 mil pesos.

Cláusula 81bis**"Ayuda para gastos de escrituración"**

Comportamiento entre 1981 y 1992

AÑO MONTO DE LA PRESTACION

| | (pesos) |
|------|---------------|
| 1981 | 160,00.00 |
| 1983 | 320,00.00 |
| 1985 | 320,00.00 |
| 1987 | 640,00.00* |
| 1987 | 1'280,00.00* |
| 1989 | 2'560,00.00** |
| 1991 | 5'000,00.00 |

* en este año se modifica el título de la cláusula a su nombre actual y aparecen dos préstamos para el mismo fin de pago de escrituras y trámites notariales.

** en este año se reduce el interés de un 9% a un 7%

Fuente: Cronológico CCT del SNTSS 1943-1991. pp 128

CL 85: "Muerte"

1979, se refiere a la indemnización que recibirán los familiares directos en caso de fallecimiento del trabajador, que ascenderá al equivalente de 150 días, 50 días por año y gastos de funeral.

1987, se agrega en las prestaciones, la prima de antigüedad a que se refiere la Ley Federal del Trabajo y se incrementa de 60 a 90 días de salario por concepto de gastos de funerales.

CL 86: "Sobresueldo a médicos, estomatólogos y cirujanos máxilo-facial"

1979, los profesionales señalados reciben un sobresueldo compensatorio por algunas características de sus actividades laborales y de acuerdo a la categoría y al nº de horas de contrato.

1985, se cambia el tradicional cuerpo de esta cláusula para otorgarse un 5% del sueldo tabular que tendrá repercusiones en las prestaciones de: aguinaldo, antigüedad, vacaciones pagadas, ampliación de jornada y jubilaciones.

1987, se actualiza el título de esta cláusula; se incluye con su nueva denominación a estomatólogos y cirujanos máxilo-faciales y se incrementa la compensación a un 10% del sueldo tabular.

1989, se incrementa el porcentaje de la compensación a un 15%

1991, se incrementa el porcentaje de la compensación a un 15%.

CL 89 "Indemnizaciones"

1979, las indemnizaciones estipuladas en esta cláusula, no están sujetas a descuento alguno autorizado expresamente por la Ley Federal del Trabajo, las causa de esta prestación se refieren a: muerte, incapacidad permanente total, incapacidad parcial y permanente y a la obligación del Instituto de readmitir o reubicar al trabajador que presente este último tipo de incapacidad. La indemnización consiste en 200 días del último salario y además 50 días por cada año de servicios, además de las prestaciones que se le adeudaran. también pagará el Instituto el importe de 60 días de salario por gasto de funerales; otorgándose todo ello independiente de la Ley del Seguro Social.

1981, establece que para los trabajadores con una antigüedad menor de diez años que sufran un riesgo de trabajo y que traiga como consecuencia la muerte, la indemnización a sus beneficiarios será equivalente a 730 días del último salario. para los trabajadores con más de diez años de antigüedad se le agregan 50 días por año.

1987, se incrementa a 1095 días la indemnización y además se agrega la prima de antigüedad a la

que se refiere el artículo 162 de la LFT. Se incrementa también a 90, los días de salario para gasto de funerales.

1989, se suprime la diferencia del monto de indemnización por años de servicios, quedando en forma equitativa para todos los trabajadores.

CL 107 "Aguinaldo"

1979, se establece que el aguinaldo sólo tendrá repercusiones respecto del régimen de jubilaciones y pensiones y su monto es de tres meses de sueldo nominal que se pagará así:

medio mes en la primera quincena de enero

medio mes a elección del trabajador en sus períodos vacacionales

dos meses en la primera quincena de diciembre

1989, se cambia la forma de pago del aguinaldo más no su monto, quedando así:

- medio mes a elección del trabajador... por un mes más en la primera quincena de agosto y el saldo en la primera quincena del mes de diciembre.

CL 114: "Capacitación y Adiestramiento"

1979, los cursos de actualización, capacitación y orientación son considerados esenciales por las partes, así como la elevación de su nivel cultural, acordando la permanente impartición de cursos de actualización, capacitación y orientación a sus trabajadores de todas las categorías, los que se impartirán conforme a los programas de la Comisión Nacional Mixta de capacitación.

1981, se establece que los cursos serán de adiestramiento de los trabajadores, así como para la elevación del nivel cultural. Se señala que todas las dependencias en lo referente a la capacitación y adiestramiento se sujetarán al reglamento respectivo. Los cursos se impartirán dentro de la jornada de trabajo.

1989, se cambia el concepto de capacitación y adiestramiento por el de "desarrollo".

CL 118: ""Acción deportiva"

1979, se establece que para el fomento de las actividades deportivas el Instituto entregará al Sindicato en el mes de Enero de cada año una cantidad de dinero para la atención del deporte, quedando al exclusivo cargo del Sindicato. Para este año fue de 5 millones de pesos.

Comportamiento entre 1981 y 1992

| AÑO | CANTIDAD |
|------|----------------|
| | (pesos) |
| 1981 | 20'000,000.00 |
| 1983 | 20'000,000.00 |
| 1985 | 40'000,000.00 |
| 1987 | 160'000,000.00 |
| 1989 | 480'000,000.00 |
| 1991 | 960'000,000.00 |

Fuente: Cronológico CCT del SNTSS 1943-1991, pp 183

CL 119: "Sindicato"

1979, para la instalación y funcionamiento de los comités ejecutivos del sindicato y sus dependencias el Instituto entregará mensualmente las siguientes cantidades:

Aportaciones del Instituto años 1981-1992

| Dependencia Sindical | 1981 | 1992 |
|-------------------------------|-----------|---------------|
| Comité Ejecutivo Nacional | 40,000.00 | 2'500,000.00 |
| Comité Ejecutivo Seccional | 20,000.00 | 1'250,000.00* |
| Comité Ejecutivo Delegacional | 10,000.00 | 625,000.00* |
| Secciones Sindicales y deleg. | 6,000.00 | 300,000.00* |
| Oficinas del CEN en el DF | 2,000.00 | 100,000.00* |

* para cada una de ellas

Fuente: Cronológico CCT del SNTSS 1943-1991 pp 183-185

CL 142: "Tiendas"

1979: Instituto y Sindicato convienen en establecer tiendas en los términos del Reglamento.

1987, los trabajadores o sus familiares debidamente acreditados tendrán un descuento aplicable quincenalmente del 20% en sus compras hasta por 50 mil pesos en una sola operación.

1991, se incrementa a un 40% de descuento en compras de hasta 50 mil pesos quincenales.

CL 142bis: "Despensa"

1979, el Instituto entregará a los trabajadores con sueldo nominal de \$8,179.00 quincenalmente un vale con valor de \$175.00.

1981, se establece que la despensa se entregará a aquellos trabajadores con sueldo mensual hasta el equivalente al de la categoría de auxiliar universal de oficinas 8.00 horas, en un vale de \$400.00 quincenales.

1983, se aumenta a \$800.00 quincenales dicho vale.

1985, se amplía hasta la categoría de oficial técnico de oficina 8.00 horas y se incrementa la cantidad a \$1,200.00.

1987, con motivo de la revisión anual del tabulador de sueldos, se incrementó esta cantidad a \$8,500.00, suprimiéndose la limitante de categoría, con lo que se hace extensiva a todos los trabajadores.

1989, se incrementa el vale a \$10,625.00.

1991, se incrementa el vale a \$63,750.00

CL 143: "Fondo de Retiro"

1979: este fondo establecido por las partes con el propósito fundamental de fomentar la creación de capital productivo que beneficie a sus trabajadores, cuando estos dejen de prestar servicios o cuando concurren las causas que señala el Reglamento respectivo. Dicho fondo se constituirá mediante la aportación mensual y continua de los trabajadores, los estímulos que el Instituto agregue y los intereses que generen las aportaciones y los estímulos.

Comportamiento en el período 1979-1992

AÑO APORTE DEL TRABAJADOR ESTIMULO DEL IMSS

| | (pesos) | (pesos) |
|-------|-------------------------------|---------|
| 1979 | 110 | 50 |
| | 200 | 85 |
| | 300 | 135 |
| | 700 | 210 |
| 1987* | 5.000 | 2.500 |
| | 10.000 | 5.000 |
| | 20.000 | 8.500 |
| | 70.000 | 21.500 |
| 1992 | No experimenta modificaciones | |

* se incrementan las aportaciones de los trabajadores de cinco pesos a cinco mil como mínimo o múltiplos de diez mil.

Fuente: Cronológico CCT del SNTSS 1943-1991. pp 203-204

CL 144 "Fondo de Ahorro"

1979, no existía en esta fecha, puesto que había desaparecido en 1971 para crearse el fondo de retiro.

1983, se crea nuevamente la obligación del Instituto de entregar a sus trabajadores en la segunda quincena de julio de cada año, el equivalente a una quincena de sueldo tabular, por este concepto, libres de impuesto y proporcional al tiempo laborado computado a partir del 15 de diciembre de 1983.

1985, se incrementa a un mes de sueldo tabular, computado del 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.

1987, se incrementa a 38 días de sueldo tabular.

CL 146: "Adquisición de automóviles"

1979, el Instituto convendrá con las empresas fabricantes de vehículos, la adquisición de automóviles

a precios especiales, que sus trabajadores podrán obtener con un enganche del 30% y en un plazo de amortización no mayor de 48 quincenas con un interés del 7% anual.

1983, se amplía a la compra de automóviles hasta con dos años de uso.

1985, se amplía la compra de automóviles hasta con cinco años de uso.

1987, en la revisión anual del tabulador se acordó modificar esta cláusula ampliando a ocho años de uso. Las partes convienen en que anualmente se financien por este procedimiento hasta 1,500 vehículos.

1989, se establece que el Instituto otorgará durante la vigencia del CCT a los trabajadores de base con antigüedad no menor a cinco años un total de 6,000 créditos para financiamiento de automóvil, de los cuales 3,000 serán prioritariamente para los trabajadores con mayor índice de asistencia.

Cláusulas Transitorias, correspondientes al CCT 1991-1993

12a) dice que las circunstancias actuales obligan a que el ejercicio de la prestación contenida en la cláusula 97 (anticipo de sueldo), esté sujeta a una programación financiera y las partes acuerdan que en esa programación tengan prioridad aquellos trabajadores con mejores índices de asistencia.

ANEXO N°2

INSTRUMENTOS DE OBSERVACION Y ENTREVISTAS

GUIA DE OBSERVACION PARA UNIDADES
DE ATENCION MEDICA DEL IMSS.**Objetivos:**

- a) Obtener información necesaria para reconstruir las condiciones en que realizan su trabajo médicos y enfermeras.
- b) Identificar características específicas de dichas condiciones en cada uno de los tres niveles de atención.
- c) Establecer diferencias, si las hay, entre los centros de trabajo del sector sur y los de la zona norte de la ciudad de México.

La guía consta de los siguientes rubros:

- 1) Caracterización general de la unidad.
- 2) Planta física y medios de trabajo.
- 3) División y organización del trabajo que realizan estos trabajadores.

DESARROLLO**1.- Caracterización general de la unidad a observar.**

nombre de la unidad
 nivel de atención
 centro al que pertenece
 ubicación geográfica
 tipo de atenciones que otorga
 organigrama de la unidad

2.- Planta física y medios de trabajo.

ubicación física de la unidad
 servicios de apoyo más utilizados
 equipos de que dispone la unidad (se refiere a máquinas, instalaciones y recursos materiales en general).

VISITAS**Descripción General de lo Observado**

En el Sector Sur de la ciudad, se visitó un hospital de tercer nivel de atención dedicado a la especialidad de gineco-obstetricia; una clínica- hospital, que incluye una unidad médica familiar y un hospital de segundo nivel y finalmente se observaron dependencias correspondientes a la consulta externa y al servicio de medicina interna y cirugía de un hospital de segundo nivel de atención. A lo largo de las distintas visitas se mantuvieron pláticas informales con los trabajadores de esos centros laborales.

En el sector norte de la ciudad, se visitó también un hospital de tercer nivel de atención, éste dedicado

a la especialidad de traumatología; un hospital general de zona con servicios del segundo nivel de atención y una unidad médico familiar que presta servicios en el primer nivel.

Hospital de tercer nivel.

a.- Descripción de la observación directa: este centro de atención médica presta servicios de la especialidad de ginecología y obstetricia tanto en sistema de consulta externa como de hospitalización.

En la visita realizada se recorrieron todos los servicios destinados a la atención directa de pacientes y algunas dependencias de apoyo como son esterilización de equipos y laboratorio clínico. En cada uno de ellos se observó fundamentalmente las condiciones ambientales de trabajo (ambiente físico) y la disponibilidad de recursos materiales que afectan de manera directa los procesos laborales que ahí se desarrollan; durante la observación se mantuvieron algunas pláticas breves e informales con algunas de las enfermeras en turno.

Todos los servicios visitados mostraban, con los matices de cada realidad particular, un denominador común dado por un ambiente físico caracterizado por: un reducido o inadecuado espacio de desplazamiento, deficiente ventilación, calor perceptible como incómodo e iluminación no suficiente o inapropiada para las actividades que allí se realizan.

Si bien la planta arquitectónica externa muestra un edificio de amplias dimensiones (como en todos los centros visitados); sin embargo, al recorrer sus dependencias interiores se puede apreciar en general, espacios inadecuados para un desplazamiento diligente y seguro del personal. Esto se hace más evidente en servicios como terapia intensiva o recuperación de anestesia, donde al mobiliario habitual que compone la unidad del paciente, se agregan múltiples aparatos de ayuda terapéutica; ahí, el personal debe desplazarse, para desarrollar los diferentes procedimientos al enfermo, entre equipos, cables y conexiones con el consiguiente riesgo de un accidente que implique consecuencias tanto para el enfermo como para el propio trabajador.

En los servicios generales (embarazadas de alto riesgo, oncología, etc), la inadecuación del espacio está dada por la disposición de las salas de hospitalizadas a lo largo de un pasillo común que de un extremo a otro tiene aprox. 200 metros, donde la estación de enfermería se ubica en uno de los extremos; lo cual ofrece inconvenientes para desplazarse, toda vez que no hay una selección de enfermos en el sentido que, aquellos con mayor necesidad de observación estén más cerca del control de enfermería para facilitar justamente su control, sobretodo cuando la dotación de personal de enfermería, la mayoría de las veces (según sostienen las mismas profesionales) no está completa.

Se observó en algunos de los servicios de hospitalizados, cómo se utilizan para sala de pacientes dependencias que antes cumplían otras funciones (sala de espera), sin reunir las condiciones de espacio y privacidad necesarias para ello.

En relación a los recursos materiales, predominaban los equipos con muchos años de uso y sin la mantención necesaria para que cumplan sus funciones de manera óptima; por el contrario, lo más común era observar reparaciones o adecuaciones realizadas en general por las enfermeras, las que haciendo un despliegue de imaginación y creatividad, solventan muchas veces los inconvenientes que significa realizar el trabajo cotidiano en esas condiciones.

Un ejemplo ilustrativo lo constituyen las incubadoras de los servicios de cuidados intensivos y cuidados intermedios las cuales presentan un evidente deterioro producto de muchos años de uso y falta de mantención; es así que sus sistemas de humidificación y temperatura para mantención de un ambiente óptimo para el pequeño paciente, hace ya tiempo no funcionan, debiendo las enfermeras recurrir a toda suerte de "parches" que intentan solventar, las que deberían ser unas condiciones óptimas y seguras para desarrollar ese particular proceso de trabajo, garantizando la calidad del servicio que se presta.

Al deterioro de los equipos y recursos materiales ya señalados, debe añadirse la insuficiencia de material básico como: jeringas, gasas, compresas, etc, así como la escasez y reducción que ha sufrido el cuadro básico de medicamentos con que cuenta la institución. Ambos, son hechos referidos, por enfermeras y médicos, como altamente entorpecedores e incluso distorsionadores de los procesos laborales que se desarrollan allí.

Otro hecho observado y referido por las enfermeras, es una mayor heterogeneidad y complejidad patológica de las pacientes; se pudo observar en los servicios generales, pacientes con patologías y planes terapéuticos que exigen un monitoreo constante de los resultados de esos tratamientos, propios de servicios de mayor complejidad.

Hospital de III Nivel de atención, perteneciente al Estado de México y que presta servicios de traumatología. Su población adscrita o área de influencia la constituyen actualmente los habitantes del estado de México, Zacatecas, Veracruz. El centro cuenta con 1700 trabajadores, distribuidos en 3 turnos. Aquí se concentran todas las especialidades traumatológicas; es así como encontramos las dedicadas a miembro pélvico, miembro torácico, columna, pediatría, cirugía reconstructiva, quemados, cuidados intensivos e intermedios y 25 consultorios que proporcionan consulta externa.

Cada servicio general dentro del hospital, consta de 26 camas, las que permanecen generalmente ocupadas en su totalidad; para este nº de enfermos, existe habitualmente una dotación de 3 enfermeras (2 auxiliares y 1 general), siendo la dotación necesaria según las propias enfermeras, de 5 trabajadoras, dado la calidad de los pacientes en términos de su grado de dependencia. Lo que observamos, entonces fue la presencia de un familiar con el enfermo, el que de alguna manera es utilizado como recurso para algunas atenciones básicas.

Hay servicios más críticos, como el de cuneros, donde se encuentran lactantes que han sufrido diversos grados de quemaduras; aquí, existe 1 enfermera general para la atención de 6 niños; la dotación necesaria es de por lo menos 2 enfermeras. dada esta situación, las horas de alimentación de este personal no están garantizados, debiendo dejar el servicio "encargado" si es necesario que esa persona salga.

Las unidades de cuidados intensivos e intermedios, funcionan en la misma planta física, ambas unidades, con el transcurso del tiempo, se han hecho muy poco diferenciadas en cuanto a la calidad (gravedad) de los enfermos; la diferencia se establece en que solo en lo que se considera cuidados intensivos se desarrollan los procesos laborales con enfermeras especialistas, la unidad de cuidados intermedios solo cuenta con enfermeras generales.

Los trabajadores con los que se conversó de manera informal, identificaron como el problema más serio de sus condiciones de trabajo, el de la falta de personal; los servicios están permanentemente con una dotación menor que la que se necesitaría, dada la cantidad y calidad de pacientes. El material y los medios de trabajo, si bien se nota una disminución de ellos, no es referida como un hecho tan crítico como en otros centros visitados.

El cambio más evidente que ha ocurrido en los últimos años, tiene que ver con el aumento de demanda de atención, actualmente llegan más personas a demandar atención y la capacidad del hospital no se ha agrandado, de tal manera que ello significa que los enfermos que se hospitalizan, deben permanecer en las camillas del servicio de urgencia, por muchas horas e incluso días en espera de una cama; no es infrecuente, nos relataban que algunos pacientes cumplan toda su hospitalización en estas condiciones y sean dados de alta sin haber ingresado a sala de hospitalización.

Otro hecho que nos llamó la atención en este centro fue el espectáculo desolador que proporcionan los familiares de los pacientes que han acudido al servicio de urgencias; de acuerdo a las disposiciones de ese servicio, debe permanecer las 24 horas del día un familiar, lo que significa que por la noche sin que el hospital les ofrezca alguna comodidad, deben improvisar "carnas" con mantas, periódicos o lo que puedan para sortear el frío y el cansancio.

Clínica del IMSS, donde se da conjuntamente atención de primer (unidad médico familiar) y segundo nivel (hospital y consultorio externo de especialidades). En la unidad médico familiar se observó en primer lugar las esperas prolongadas de los pacientes para ser atendidos. Los cubículos de atención son en general estrechos para ser ocupados por el paciente, el médico y a veces también el pasante de medicina.

Visitamos también la **consulta externa de un hospital de segundo nivel**; las dependencias que recorrimos, tienen el carácter de provisionarias (desde hace casi dos años), puesto que el edificio originario se encuentra en reconstrucción; esta planta física provisionaria es uno de los cinco lugares físicos en los que se encuentra fraccionado dicho hospital. Lo que corresponde a la consulta externa, son instalaciones muy precarias, de reducido espacio, donde se están realizando trabajos de reparaciones, por lo que los accesos se ven entorpecidos por la presencia de andamios, herramientas y personal que realiza dichos trabajos.

En el espacio donde se ubica la consulta externa, hay una sala de espera al centro, dos mesones en sus extremos, donde las asistentes médicas prestan atención de público y los cubículos de atención médica, que por cierto son insuficientes para el número de atenciones, por lo que no es raro observar a los médicos esperando turno para acceder a un cubículo o simplemente atendiendo en los pasillos. Los espacios son muy estrechos, en todo momento se debe utilizar iluminación artificial y en los días de mayor afluencia de público, se hace aun más notoria la deficiente ventilación del lugar.

En los servicios de hospitalizados de este mismo hospital desarticulado por ahora, recorrimos los destinados a medicina interna y cirugía; cada sala de hospitalización está acondicionada con seis camas

En el Hospital general de zona visitado en el norte de la ciudad se recorrieron todas las dependencias del centro, constatándose en muchos de los servicios visitados, especialmente en el de medicina interna y en urgencias la falta de personal a sí como de material de trabajo. En es local llamó especialmnte la condiciones en que se presta atención en el servicio de urgencias; allí además de las camas censables existentes (ocho) y de las camillas para la atención transitoria, se han agregado en el último tiempo camillas (no censables) que en la práctica funcioanan como camas de hospitalización cuando los servicios respectivos no tienen capacidad para recibir los pacientes (hecho que ocurre con mucha frecuencia según refirieron los trabajadores en turno).

Aún así la demanda de atención supera la disponibilidad de camas o camillas, por lo que se debe recurrir a numerar todos los espacios posibles del servicio y allí ubicar a los pacientes en sillas para que reciban atención. Más deficientes resultan las condiciones en que son atendidos aquellos paciente en que se presume alguna enfermedad de tipo infeccioso, ya que a ellos se les atiende en un cuarto oscuro donde hay unas colchonetas en el suelo.

La enfermera auxiliar que está a cargo de administrar el tratamiento ambulatorio que consiste en una variada gama de actividades, se ve casi siempre sobrepasada por la demanda, hecho que motiva a algunas horas del día largas filas y la incorfomidad de los usuarios; cuando la situación se hace más crítica, quienes le ayudan a dar medicamentos o tomar la presión etcétera, son los chóferes o camilleros que están en las ambulancias y quienes no tienen ningún tipo de capacitación para realizar

estos procedimientos.

Finalmente en la unidad médico familiar del sector norte no se observó una situación al parecer menos difícil que en otras unidades aún cuando existen problemas de demanda de atención.

A modo de conclusión de las observaciones se puede decir que merece una especial atención, las condiciones de seguridad e higiene para los trabajadores; esto, porque ellas representan, a nuestro juicio, un buen indicador de la calidad de protección a que están sujetos los mismos, en un momento y realidad determinada.

De acuerdo a lo observado y a lo escuchado, en la actualidad y desde hace ya un tiempo, estas condiciones de seguridad e higiene, distan mucho de acercarse a lo que explicita el texto del CCT, muy por el contrario, la precariedad que se advierte en la calidad y cantidad de los recursos materiales, nos permite afirmar que hoy día, los trabajadores que prestan atención directa a enfermos y usuarios del IMSS, no cuentan con condiciones seguras de trabajo, tanto para el resguardo de su integridad física como mental.

En efecto, difícilmente se puede creer que existen condiciones de seguridad para el trabajador, cuando por ejemplo en un servicio de esterilización, no están delimitadas las áreas sépticas, limpias y estériles; cuando el personal debe manipular el material sucio solamente provisto de un par de guantes de hule, cuya calidad protectora no está garantizada o cuando ese mismo personal "prefiere" entalcar guantes sin las máscaras protectoras necesarias porque éstas resultan aún más incómodas para trabajar que los efectos que produce la aspiración constante del talco.

En el mismo sentido, no se observó en los recorridos realizados durante las visitas, ningún tipo de señalamiento en relación a las "precauciones universales" (el concepto se refiere al hecho de que todos los pacientes se deberán considerar, potencialmente infectantes, dada la imposibilidad de reconocer a los individuos con riesgo de infección de VIH, hepatitis B u otra, de similar vía de transmisión; por lo que de acuerdo a ello, se deberán tomar precauciones en todo momento y con todos los pacientes para evitar el contacto con sangre y líquidos corporales potencialmente contaminados).

En el caso que nos preocupa, podemos afirmar que no vimos elementos ya sea de recomendaciones, advertencias u otro tipo de comunicación escrita y menos aún acciones concretas relacionadas con el ejercicio efectivo de las precauciones universales en los diferentes procesos laborales que se realizan en el sector, este hecho es percibido con preocupación por los trabajadores, sin embargo reconocen que, los comités de seguridad e higiene que establece el CCT que deben existir en todos los centros de trabajo, en la práctica no funcionan.

Las conclusiones extraídas de las observaciones realizadas coinciden plenamente con la percepción que las enfermeras principalmente y los médicos en menor medida tienen, en relación al deterioro de sus condiciones laborales en lo que al ambiente físico y recursos materiales; en efecto, ello se manifestó como el elemento más destacado cuando reflexionaban en torno a su trabajo diario, así como también expresaban el entorpecimiento que ello significa para poder llevar a cabo sus actividades laborales, al dejar de dar ciertos tratamientos porque no existe el medicamento o porque se acabó el material necesario para su administración, o la restricción del nº de compresas en los actos quirúrgicos, entre muchos otros ejemplos señalados.

**ANEXO N°3
GUIA PARA ENTREVISTA A MEDICOS**

Objetivos:

- a) conocer la percepción que tienen los médicos en lo personal acerca de las condiciones en que realizan su trabajo diariamente.
- b) identificar desde su perspectiva los cambios más importantes ocurridos en este aspecto laboral en los últimos diez años aproximadamente.
- c) establecer cuales son los problemas más relevantes para ellos en las condiciones de realización de su trabajo y que significado tienen para el médico.

Categoría : Médico del servicio de urgencia del Centro Médico La Raza

Duración : 120 minutos

P: Cree ud que las condiciones de trabajo de los médicos han sufrido un deterioro en la última década?

R: Una cuestión global por lo que cabe empezar este análisis, es analizando una gran contradicción, que es el aumento de cobertura v/s la disminución de presupuesto o ingresos al IMSS. Con relación a lo mismo, la distribución de esos ingresos en los tres niveles no ha tenido una lógica de ordenamiento; así es como se ha asignado una gran cantidad proporcionalmente al III nivel el que aún sin ser aparentemente prioritario, requiere de ingresos por los altos costos de la atención. Por una priorización al I nivel también se le han destinado recursos; el mas desprovisto y sin priorización ha sido el II nivel

Definitivamente las condiciones laborales del personal médico se han deteriorado severamente en los últimos 10 años.

P: A que atribuye dicho deterioro?

R: El IMSS desde hace 10 años se encuentra acéfalo desde el punto de vista de la generación de políticas de atención médica; esto, unido a la crisis financiera y a la crisis del sistema corporativo sindical, ha impactado de manera severa en todos los trabajadores del IMSS. La Institución tuvo un período que se puede llamar de bonanza, hasta 1979, el que fue paulatinamente deteriorándose en el transcurso de la última década.

P: Cuales son los aspectos de estas condiciones económicas más afectados para los médicos?

R: Los aspectos mas afectados de las condiciones laborales son:

a) salarios: la pérdida del poder adquisitivo de los salarios de los profesionistas en general, incluyendo a los médicos ha sido más que significativa. Este deterioro salarial es una expresión de menor valoración profesional de parte de la institución y que contribuye también a una auto percepción menos valorada de los médicos en este caso.

b) carga de trabajo: está claro que el aumento del nº de derechohabientes (hasta el año 79 había 19 millones; entre el 80 y el 93 se duplicó a prácticamente 40 millones). Un ejemplo de ello es el comportamiento de las consultas en el servicio de urgencia de este hospital; en el año 84, hubo 43 mil consultas/año (120 c/día), mientras que en el 93, se llegó a 65-70 mil consultas/año (180 c/día). Mientras esto sucedía con la demanda de atención, la plantilla de trabajadores no creció en proporción a este incremento de derechohabientes.

La carga de trabajo ha aumentado en los tres niveles de atención; esto, unido al divorcio que existe entre los tres niveles de atención significa que por ejemplo, el I nivel incrementa su demanda de atención por problemas que deben resolverse en el II o III nivel y que no se hace porque la capacidad de esos servicios no ha aumentado. En relación a la carga, también los servicios de urgencias se ven sobrecargados de demanda no resuelta en otro nivel.

c) desprofesionalización: existe un proceso de desprofesionalización entre los médicos, el que se puede

caracterizar por una pérdida del sentido social que tiene o debe tener la profesión; se tiene un empleo mas, no se cumple o no se actúa profesionalmente. Hay una percepción de no valoración profesional por parte de la institución y una percepción de poca valía entre los médicos. La aguda falta de medios de trabajo, unido al deterioro de la infraestructura tecnológica provoca frustración y desencanto entre los médicos, ya que por un lado se le está diciendo que esos elementos son necesarios para llevar a cabo su proceso de trabajo y por otro, resulta que en la realidad no hay o están descompuestos.

P: Cual es el impacto de este deterioro sobre la formación del médico?

R: Esta desprofesionalización que tiene que ver con la crisis del Instituto, está también relacionada con las instancias de formación profesional. En efecto, si los médicos se forman bajo un esquema dual, en que por una parte los programas de estudios no abordan, ni consideran la situación de crisis que vive el IMSS (tal vez también otras instituciones), donde se forman médicos y por el contrario, actúan como si aún se viviera en la época de prosperidad institucional.

Por otro lado, lo que ven y como aprenden los residentes, es sobre la base de una tecnología gastada y sin mantención, con una carencia notable de medios, incluso básicos de trabajo y además una persistente y permanente actitud de rechazo y repudio a la Institución como "responsable" de esta situación, la misma donde muchos de ellos trabajarán posteriormente.

P: Que significado le concede a la organización sindical?

R: Con relación a la organización sindical, el sistema corporativo que es la forma de acción que también tiene el SNTSS, lo que hace es relacionarse con los trabajadores, de forma clientelista, concediéndoles aparentes prerrogativas y protegiéndolos, pero en el fondo no está abocado ni soluciona los problemas fundamentales.

Por otra parte, hay una total incomunicación entre por ej, los jefes de servicios y el sindicato, lo que es "aprovechado" por los trabajadores para obtener permisos, becas u otras beneficios sin mayor preocupación por las consecuencias que ello tenga en la marcha del servicio.

En cuanto al Sindicato propiamente tal y a los sectores llamados "no alineados", si bien ganaron algunos espacios generados democráticamente, han demostrado insuficiencia en su gestión, con respecto a democratizar verdaderamente esos espacios, al no incorporar a su trabajo a sectores con pensamiento divergente y por otro lado, carecen de propuestas concretas en relación a los problemas de los trabajadores y del seguro social.

La productividad y su discusión es una trampa en el sentido que esto no permite ver lo de fondo, que es el plantearse la refundación del Seguro Social; en efecto, hoy existe la urgente necesidad de pensar una propuesta creible y viable en términos de una reformulación del seguro social mexicano. Este ya no puede ser como fue, digamos, hasta el año 79, ni menos puede seguir manteniéndose en las precarias condiciones que hoy tiene. Un ejemplo del deterioro es que el entrevistado, como jefe de servicio, ocupa un 75% de su tiempo de trabajo en buscar y gestionar los medios para que el personal operativo lleve a cabo sus respectivos procesos laborales.

Es muy importante considerar por ej, los alcances del TLC: hay que pensar que va a haber una mayor generación de empleos, lo que traerá cambios en los procesos laborales (intensidad del trabajo), con los consecuentes cambios en los perfiles patológicos. El IMSS debe prepararse para dar atención curativa a sus trabajadores, basado en una estrategia de atención primaria; debe crear los mecanismos de referencia y contrarreferencia para una comunicación fluida de los tres niveles.

Médico, del segundo nivel de atención
Duración: 60 minutos

P: Cree ud que las condiciones de trabajo de los médicos han sufrido un deterioro en la última década?

R: Todos los trabajadores del IMSS han sufrido deterioro de las condiciones de trabajo, principalmente en lo que se refiere al desabasto de todo tipo de material de trabajo, desde elementos básicos hasta instrumental y equipos, salvo algunos servicios de superespecialización que a la institución le interesa mantener e incluso crear porque eso le ayuda a su imágen.

El otro aspecto que se ha deteriorado severamente se refiere a los sueldos; los médicos en estos últimos diez años hemos perdido más de la mitad de nuestro poder adquisitivo y esp tiene graves consecuencias ya que afecta en la valoración profesional. Hoy día no resulta como era años atrás, un trabajo de prestigio y reconocimiento laborar en el IMSS.

P: A que atribuye dicho deterioro?

El elemento más claro parece ser la cuestión económica; el Instituto ya antes de 1982 había empezado con problemas de tipo financieros, los que se agudizaron en este periodo por la disminución de las cotizaciones por los bajos salarios y porque el Estado también disminuyó sus aportes, pero no hay que olvidarse del factor administrativo y eso es algo que en el IMSS definitivamente no funciona bien en muchos sectores de la institución.

P: Cuales son los aspectos de estas condiciones económicas más afectados para los médicos?

Principalmente el deterioro de los sueldos y las cada vez peores condiciones para trabajar sin el material necesario. El incremento de la demanda de atención también es un elemento muy importante de las condiciones de trabajo.

P: Cual es el impacto de este deterioro sobre la formación del médico?

Es muy grave porque el aspecto práctico, o sea el modelo de atención que observa el alumno en el hospital es la forma más importante de aprendizaje; si lo que a diario ve son reclamos hacia la institución, falata grave de material para trabajar, su formación se deteriora tanto en lo técnico, porque no tiene material para aprender a suturar o a canalizar una vena, etcétera, pero también aprende que el trabajo en la institución está devaluado y entonces más tarde posiblemente no le interesará trabajar en las instituciones públicas de salud.

P: Que significado le concede a la organización sindical?

El sindicato no memerec niuguna credibilidad, su forma de actuar siempre está rodeada de componendas y en los hechos solo defienden su cuota de poder y los verdaderos problemas de los trabajadores no los solucionan. Los trabajadores que no dan problemas no,les hace falta el sindicato tal y como funciona, él les sirve a aquellos que están pensando que permiso pedir o como solucionar lo de la cuarta falta, etcétera.

ANEXO N°3 GUIA PARA ENTREVISTA CON ENFERMERAS

Objetivos:

- a) conocer la percepción de estas trabajadoras sobre las condiciones en que realizan su trabajo cotidiano.
- b) establecer cuales son en este sentido los problemas más importantes para este colectivo y que significado le atribuyen a los mismos.
- c) reflexionar con las enfermeras acerca de los cambios ocurridos en las condiciones de realización de su trabajo.
- d) identificar el papel o importancia que le conceden al sindicato con relación a las condiciones en que realizan sus procesos laborales.

Entrevistas a enfermeras

Entrevista colectiva con enfermeras de un hospital de tercer nivel de atención: el grupo lo formaban 10 enfermeras, entre las cuales habían auxiliares, enfermeras generales y especialistas; tenían entre cinco y veinte años de trabajo y una mayoría, trabajaba en dos centros de atención médica; si a ello se agrega su trabajo del hogar entonces es fácil deducir que estas enfermeras cumplen una triple jornada de trabajo.

En relación con la reflexión acerca de su proceso de trabajo y las condiciones laborales en que lo desarrollan diariamente, se distinguen tres aspectos como los más sentidos colectivamente, ellos son: el aumento de la carga de trabajo, el deterioro e insuficiencia de recursos materiales y la conflictividad intra profesional. Sobre la carga de trabajo, es unánime la opinión del aumento significativo de la demanda de atención contra el no aumento proporcional de personal de enfermería, lo cual significa entonces que es necesario hacer más, con el mismo o menor número de enfermeras.

Como ya mencionábamos antes, a este aumento de demanda de atención se agrega la escasez y/o deficiencia de los medios de trabajo, hecho que cobra especial importancia en el tercer nivel de atención, toda vez que parte importante de su atención está apoyada en la utilización de instrumentos, máquinas y material para el diagnóstico, tratamiento y observación de los enfermos. En relación a la conflictividad intraprofesional, ésta fue un aspecto muy destacado por las propias enfermeras y al que le atribuyeron algunos de los orígenes de los actuales problemas de su trabajo diario. Expresan las enfermeras, que no existe un reconocimiento social de su profesión; que la heterogeneidad de categorías de trabajo que existen, lejos de ser un elemento positivo de desarrollo profesional, se ha transformado en una herramienta útil para ubicarse en un puesto más alejado de la atención directa y donde se puede ejercer algún tipo de mando. Por su parte, la licenciatura no está reconocida en el IMSS, como una categoría distinta, ni siquiera está señalada como tal en el profesiograma o en el CCT.

La poca diferenciación entre las tareas que efectivamente realizan las enfermeras de las distintas categorías las lleva a percibir que en realidad más que desarrollar una tarea profesional, lo que hacen es cumplir tareas asignadas, descontextualizada de lo que es el proceso de atención de enfermería. De igual manera identifican entre los elementos relacionados con lo anterior, el hecho de que existe una formación muy diversa de enfermeras, donde no existe una regulación ni un control en la calidad de los programas de estudio, de los docentes ni en general de las instituciones que forman personal de enfermería. Un hecho que parece relevante, es la desaparición de la estructura de enfermería del IMSS, ocurrida después del año de 1985, cuando desaparecen sus dependencias físicas con motivo del sismo de ese año.

Dentro de esta misma problemática, destaca también el hecho de la existencia de un abismo entre los niveles operativos y los niveles de jefatura; se reconoce de parte de las enfermeras en atención directa, que los niveles de jefatura rara vez se ocupan por capacidad e idoneidad para el puesto, lo cual hace que no exista autoridad efectiva para cumplir las funciones que les corresponde. En virtud de ello, se utiliza de preferencia estrategias autoritarias de supervisión y control del proceso de trabajo.

Entrevista colectiva con enfermeras/os de un hospital del segundo nivel de atención

Aquí se trabajó con diez enfermeras y enfermeros de los servicios de medicina interna y pediatría. Ocho de ellas, tenían dos trabajos en centros diferentes. Los aspectos relevantes relacionados con sus condiciones laborales y procesos de trabajo se centran en los siguientes aspectos: las dificultades que provoca el trabajo diario con escasez o insuficiencia de medios materiales; el aumento de la carga de trabajo y el poco apoyo y comunicación existentes entre los niveles operativo y de supervisión.

Las enfermeras que plantean las dificultades que existen para el trabajo diario, se les imponen sanciones por parte de las supervisoras, de tipo morales o éticas, se le acusa de falta de espíritu humanitario, de faltar a sus deberes, etc. Las enfermeras que están en condiciones contractuales inestables o precarias como son las 08 (personal de reemplazo), es más dócil a cumplir con las exigencias que se le hacen ya que sobre ellas las sanciones son más tangibles, cambiándolas de servicio o simplemente no renovándoles su contrato.

3. Entrevista colectiva con enfermeras del primer y segundo nivel de atención.

Aquí se conversó con dos enfermeras generales con 12 y 20 años de trabajo en el IMSS; trabajan en un servicio de cirugía y en la consulta externa. Acerca de sus condiciones laborales dijeron: "a la enfermera se le exige una serie de competencias en el desempeño de su trabajo y no recibe por ello una compensación correspondiente.

Ejemplo del trabajo diario de una enfermera general en una sala de segundo nivel de atención: allí existe habitualmente 1 enfermera para 6 enfermos, independiente de su complejidad patológica, la que según la percepción de las entrevistadas, éste se ha incrementado en los últimos años; "los enfermos llegan por una cosa y se les agregan otras".

Actividades en una jornada de trabajo

recepción de turno

se provee de ropa rápidamente, porque corre el riesgo de ya no alcanzar y tener que esperar por ella hasta muy tarde o simplemente ya no tener.

de acuerdo a las tarjetas de medicamentos, se desplaza a la central de medicamentos del piso donde la proveen de lo que necesita (cuando hay)

vuelve a su cubículo y procede a abrir las hojas de terapia para cada enfermo, en ese momento aprovecha para hacer una visita de enfermería y registrar las condiciones en que se encuentra esa persona en ese momento.

hora de desayuno

baños de enfermos

satisfacción a necesidades diversas del enfermo en ese momento

visita médica, lo que implica acompañar dicho procedimiento, revisar los cambios de indicaciones, y hacer los cambios necesario para cumplir la nueva terapia.

momento de movilización de pacientes ya sea aquellos que se levantan o los que es necesario movilizar en cama

momento de preparar soluciones a administrar y equipos para curaciones, cambios de vendajes o procedimientos similares

de 10 -11 si se puede se toma un café en la dependencia donde se distribuyen los medicamentos (no

existe una dependencia para este fin).
controles de signos vitales
administración de medicamentos en los horarios establecidos
horas de la comida de los enfermos
revisión final para entregar el turno.

La enfermera que trabaja en la consulta externa, refirió aproximadamente 186 curaciones diarias en un lapso de 4 horas, eso significa que realiza 46.5 curaciones/hora, lo que da un promedio de 1.29 minutos para cada curación.

Lo que sucede en la realidad es que a la enfermera se le exige, saber por igual de un enfermo diabético descompensado, que de uno que padece de insuficiencia cardíaca congestiva o de otro que permanece con delirium tremens por un síndrome de privación alcohólica; frente a esta heterogeneidad de problemas de enfermedad y a la exigencia de que por ser enfermera general debe tener la competencia para esta atención diversificada, lo respuesta como práctica de atención, es una especie de unificación del proceso de atención de enfermería, lo que se expresa en la ejecución de una serie de rutinas más o menos comunes para todos los enfermos.

Cuando se necesita desarrollar procedimientos específicos, si la enfermera tiene años de experiencia profesional, puede solventarlos con cierta pericia; sin embargo si la misma situación le ocurre a una enfermera con una corta experiencia laboral, debe recurrir a la "buena voluntad" de otra enfermera que quiera o pueda ayudarle ya que no existe una organización del trabajo que permita espacios de aprendizaje y de colaboración por parte de los niveles de supervisión, supuestamente con mayor conocimiento que las trabajadoras del nivel operativo. Este fue el panorama que precisamente observamos en los servicios de tercer nivel de atención visitados; esto fue también lo que nos dijeron los trabajadores que laboran en centros de tercer nivel de atención.

De acuerdo a lo expresado por las propias enfermeras, podemos afirmar que el nivel de supervisión de enfermería, juega un rol fundamental en la mantención de dichas condiciones y en la contención de los efectos de la misma; estas enfermeras se ubican en una posición de enlace entre los niveles superiores de la institución y los niveles estrictamente operativos; sin embargo no propician canales expeditos de comunicación hacia uno y otro lado, sino por el contrario, lo que parecen hacer en realidad es contener las demandas de las bases y ubicarse al lado de los objetivos y planes de la institución.

Las enfermeras del nivel operativo reconocen un abismo entre lo que ellas viven a diario en sus procesos de trabajo y la visión que de esa realidad tienen las supervisoras; de la misma forma, rechazan los métodos de persuasión utilizados por ejemplo, para mover al personal de un servicio a otro, la mayoría de las veces sin un entrenamiento y orientación previa para desarrollar ese particular proceso de trabajo. Pareciera que la única prioridad de parte de las supervisoras es el que el personal del nivel operativo, "saque el trabajo" de la jornada, más allá de la calidad con que se realice y de las condiciones de los trabajadores.

Con su actitud de incapacidad para dar respuestas a los problemas que se les plantean, pareciera que es más importante para estas trabajadoras, no hacer evidente en los niveles superiores, las carencias de los servicios y los riesgos a los que se puede someter a los usuarios, dado lo anterior, sino por el contrario, su trabajo parece centrarse en contener esas demandas, sin propiciar espacios para su resolución y utilizar estrategias autoritarias para que se sigan desarrollando los procesos laborales. Así es como para los médicos, su percepción de deterioro laboral se relaciona más fuertemente con una desvalorización de su trabajo, con una pérdida notoria, para ellos, de su importancia dentro de la estructura de la atención médica institucional.

La necesidad permanente de estar adaptando, parchando, utilizando material inadecuado, buscando medicamentos de un servicio a otro, etc, impide el poder desarrollar el proceso de atención de enfermería de una manera sistemática y reflexiva; por el contrario, casi siempre éste se centra en la ejecución de tareas y en la "solución" de los múltiples problemas cotidianos que provienen de hechos como los descritos, relegando a un segundo lugar su objeto de trabajo cual es el cuidado y atención al enfermo.

Respuestas de 37 enfermeras del curso de posgrado de administración de servicios de enfermería del IMSS.

A estas enfermeras se les pidió que anotaran cinco condiciones de trabajo de tipo técnico, que se hubieran deteriorado en su trabajo diario y otras cinco condiciones de trabajo de otro tipo que también consideraran deterioradas.

De esas 37, todas respondieron a lo solicitado; el grupo de compañía de 23 enfermeras del tercer nivel de atención, 10 del segundo nivel, 1 del primero y 3 no registraron ese dato.

Para las enfermeras que se desempeñan en los niveles de atención intrahospitalaria (2º y 3º), los dos aspectos presentes en prácticamente todas las respuestas, fueron el ambiente físico de trabajo (iluminación, espacio, ventilación, insuficientes áreas de descanso y sanitarias, deficiente higiene y limpieza de la planta física) y las condiciones materiales de trabajo, o sea la insuficiencia y/o deterioro de los diferentes medios de trabajo, ya sea de equipos, medicamentos, material de curaciones, etc.

Otros aspectos mencionados, a lo menos por un 60% de este grupo y que los ubicaron como condiciones laborales no técnicas, se refieren en primer lugar, a la carga de trabajo, entendida ésta como el aumento de la proporción entre enfermeras y nº de pacientes que atiende (ej: una enfermera para dos pacientes en una unidad de cuidados intensivos). Enseguida, aparecen como relevantes aspectos tales como la poca valorización que la institución da al trabajo que realizan las enfermeras; esto expresado en la poca diferenciación de las tareas que se realizan, la no consideración de sus aportaciones sobre formas de mejorar diferentes aspectos del proceso de trabajo, las pocas posibilidades de actualización de conocimientos, etc.

También aparece mencionado como un aspecto relevante de deterioro de las condiciones laborales, las diferentes expresiones de conflictividad laboral como son entre otras: los estilos autoritarios e impositivos de los niveles directivos, la deficiente organización de los servicios, la incapacidad de las autoridades para resolver situaciones críticas como la que se percibe que se vive actualmente en el IMSS. Todo esto repercute en mala calidad de las relaciones humanas intraprofesional e interprofesional.

En el primer nivel de atención el deterioro de las condiciones laborales, se expresa en una falta de recursos financieros y de personal para llevar a cabo la realización "correcta" de los programas. No existen por ejemplo, condiciones de seguridad para el trabajo de campo, ya que no se cuenta con un transporte específico para realizar visitas a la comunidad.

Finalmente es importante señalar cómo hay una percepción por parte de estas enfermeras de la repercusión de estas condiciones deterioradas de trabajo en la calidad de atención de los pacientes, hecho que fue mencionado de diferentes formas en las respuestas que dieron y que aparece como una preocupación de las trabajadoras, toda vez que además observan que las soluciones no dependen del trabajador de base. Una dinámica particular, dentro de esta descripción general hecha en el párrafo precedente, lo constituye un particular estilo de liderazgo de parte de los niveles directivos de enfermería.

Este hecho, si bien no fue posible apreciarlo en la observaciones realizadas, sí fue casi unánime entre las respuestas que dieron de forma colectiva las enfermeras, cuando se les pidió identificar los aspectos más deteriorados de sus condiciones laborales. Las enfermeras del nivel operativo reconocen un abismo entre lo que ellas viven a diario en sus proceso de trabajo y la visión que de esa realidad tienen las supervisoras; de la misma forma, rechazan los métodos de persuasión utilizados por ejemplo, para mover al personal de un servicio a otro, la mayoría de las veces sin un entrenamiento y orientación previa para desarrollar ese particular proceso de trabajo. Pareciera que la única prioridad de parte de las supervisoras es el que el personal del nivel operativo, "saque el trabajo" de la jornada, más allá de la calidad con que se realice y de las condiciones de los trabajadores.

ANEXO Nº4

Entrevistas a sindicalistas**Cargo : Secretario de Fomento a la Habitación****Duración : 75 minutos**

P: Cuales son las características de este sindicato en el contexto de la organización sindical mexicana?

R: Constituye una entidad que forma parte del partido de gobierno, parte de su dirigencia son diputados federales y allí forman parte de la comisión de seguridad social de la cámara de diputados. Específicamente la presidencia de dicha comisión está en manos del secretario general del SNTSS. El sindicato pertenece al Congreso del Trabajo, entidad que reúne a todas las organizaciones sindicales nacionales.

El sindicato tiene como característica particular el que no sólo defiende los derechos de sus asociados sino que también debe velar por los servicios que se prestan a los derechohabientes de la institución; ello lo transforma en una organización muy compleja porque debe conciliar estos dos aspectos que no siempre coinciden en sus intereses.

También resulta complejo su manejo por la heterogeneidad de categorías de trabajadores que existen, de hecho hay alrededor de 300 contempladas en el CCT; esto representa una complejidad por cuanto los intereses de unas categorías no siempre coinciden con los de otras.

Sin embargo, podemos decir que el sindicato de los trabajadores del seguro social, mantiene sus conquistas históricas, lo que se puede demostrar a través del Contrato Colectivo de Trabajo que es uno de los más completos de todas las organizaciones sindicales mexicanas.

P: El que un sindicato tenga una relación tan estrecha con el partido gobernante, que forme parte de la estructura de estado, no le resta autonomía frente a su razón de ser como sindicato, que es defender a sus representados?

R: No me parece que sea así, este sindicato tiene autonomía para actuar independiente del partido, prueba de ello fue su actuación en la última negociación colectiva (Octubre del 93), donde la organización rechazó la propuesta gubernamental de modificaciones al CCT, en una acción independiente del partido gobernante. Esto, por cierto puede significar un precedente delicado para el gobierno, por cuanto aparece permitiendo de alguna forma una conducta no alineada. Sin embargo, el que el sindicato estatutariamente tenga esta pertenencia a la estructura del estado no significa necesariamente que todos los sindicalizados deben pertenecer a un único partido político ni tampoco que se asegure unanimidad de preferencias al mismo, por ejemplo en los actos eleccionarios. Luego de un movimiento de trabajadores de la institución que hubo en 1989, la organización sindical realizó algunas reformas estatutarias, fue elegido un nuevo secretario general, una persona con larga trayectoria sindical y que en el último cuatrienio ha abierto espacios democráticos al interior del sindicato.

También se han abierto espacios en cuanto a la posibilidad que trabajadores de categorías no médicas asuman puestos de dirigencia; históricamente el sindicato ha tenido una amplia preeminencia de médicos como dirigentes sindicales; hoy día sin embargo encontramos en puestos de dirigencia sindical a distintos niveles otras categorías de trabajadores.

P: Como percibe la dirigencia sindical, las condiciones laborales de los trabajadores?

R: Sabemos que las condiciones laborales hoy no son buenas, sabemos también que hay descontento

entre los trabajadores por este motivo y sabemos también que este deterioro de condiciones laborales afecta la calidad de la atención que se presta. Es muy difícil pensar en calidad de atención cuando hay menos recursos disponibles para ello. Lo que hoy perciben los trabajadores es que tienen que hacer más trabajo, con menos recursos materiales y con menos sueldo; esto no resulta motivador para ellos, por el contrario, genera insatisfacción y malestar.

P: Un tema que está de plena actualidad al interior de la institución es el de la productividad, cual es la posición al respecto de la dirigencia sindical?

R: Este es un tema muy delicado, la productividad es una cuestión muy difícil de medir porque puede ser vista desde distintos ángulos. Por ejemplo, podemos hablar de productividad como calidad y podemos entender ésta, con el solo hecho de prestar los servicios que los derechohabientes demandan y que por la capacidad de compra de servicios médicos que ellos tienen en la actualidad, sólo pueden realizarlos en el IMSS; si cumplimos con dar esos servicios, ya podemos hablar de calidad de atención y por lo tanto de productividad.

Con relación a este tema, también los dirigentes sindicales han demostrado su apertura en términos de hacer una convocatoria a que todos los trabajadores de la institución participen a través de propuestas y planteamientos colectivos, donde expresen como entienden ellos la productividad y a través de que caminos se pueden operacionalizar dichas propuestas, de tal manera que de todo ello salga una solución y una propuesta concreta a esta problemática y que sea la que se presente a las autoridades del IMSS. Existe el firme propósito de que el sindicato no comprometerá su firma con ningún acuerdo sobre productividad que no sea producto de la participación de todos los trabajadores.

P: Cual es a su juicio la situación y perspectivas del IMSS, dada las noticias existentes sobre su difícil situación financiera?

R: El IMSS en sus primeros años de existencia, tuvo una buena situación financiera, hay que recordar que por ejemplo, que no tenía aún jubilados y por lo tanto parte de esos recursos que se tenía por concepto de cuotas para los seguros respectivos, fueron invertidos en infraestructura. Pasaron los años y esa situación cambió, siendo hoy unos de los problemas candentes precisamente el del monto de jubilaciones y pensiones que reciben en la actualidad los trabajadores de esos primeros años de prosperidad institucional.

Con la modificación a la ley que se aprobó en Julio del 93, el IMSS experimentó una pequeña mejoría en sus finanzas, sin embargo ello no será permanente, ya que dentro de unos 3-4 años nuevamente tendremos la misma situación.

P: Que pasa con los indicadores del IMSS? Es difícil encontrar algún documento en que se haga referencia a los indicadores que utiliza el IMSS para estimar sus necesidades de personal.

R: Ese es el meollo del problema relacionado con la planilla de personal; los documentos relacionados con esto constituyen material secreto de la institución y ni siquiera el sindicato tiene conocimiento exacto de ellos.

P: Cual es su opinión respecto al proyecto Medicina Familiar Siglo XXI?

R: Esa es una iniciativa bastante antigua, que hoy ha sido actualizada por el Instituto y que no es otra cosa que la computarización de todas las unidades médicas familiares. El Sindicato no está de acuerdo con este proyecto, ya que no está claro en aspectos fundamentales como son los alcances que para los trabajadores tendrá el mismo en cuanto a generar desempleo por ejemplo; por otra parte, también es cuestionable una inversión de la magnitud que implica este proyecto en momentos que la institución presenta serias deficiencias de abastecimientos de materiales básicos de atención.

Cargo : Secretaria Seccional del SNTSS

Duración : 60 minutos

P: Cómo se inserta el SNTSS dentro de la estructura sindical corporativa mexicana?

R: El SNTSS, está caracterizado por esta misma estructura corporativa que traspasa a todas las organizaciones de trabajadores del país; como tal entonces es una organización de cúpula que es quien hace los acuerdos ya sea con las cúpulas empresariales, con las instancias de gobierno y es quien también mantiene el poder del sindicato. De acuerdo a esto el sindicato mantiene una gestión burocrática, basada en la desinformación sostenida y permanente a los trabajadores y en una conducta de tipo paternalista hacia ellos sin abordar realmente la problemática de fondo de las condiciones laborales.

Al mantener este tipo de gestión burocratizada, los delegados sindicales, que deberían ser los elementos que controlarían el fiel cumplimiento del CCT, se ven copados de tareas que, como tramitación de vacaciones, o reparto de vales de descuento para algún espectáculo, les distraen de sus verdaderas funciones. Esta situación siempre se ha dado de esta manera, es decir no es algo nuevo en el funcionamiento sindical.

P: De qué manera ha impactado en este sindicato, el decenio 82-92, más específicamente bajo el modelo neoliberal (representatividad, capacidad negociadora)

R: El sindicato ha sido impactado por la política neoliberal de la misma forma que las demás organizaciones sindicales del país de carácter corporativo, alineándose a las políticas gubernamentales, disminuyendo su capacidad negociadora y perdiendo credibilidad frente a sus representados. Una expresión clara de esta alineación ha sido la firma de los acuerdos o pactos (ya mencionados) así como la aceptación de los topes salariales.

Es necesario decir al respecto también que en esta década 82-92, se han dado movimientos importantes de los trabajadores del Instituto, con relación a mejoras en salarios y otras condiciones laborales. Hasta el año 82, el SNTSS, negociaba con el instituto, aumento salariales que si bien no eran grandes, mantenía conformes a los trabajadores por cuanto sus condiciones eran comparativamente mejores que la de los demás trabajadores del sector, conservaban su poder adquisitivo.

A partir del año 82, se inicia un deterioro acentuado de los salarios, lo que generó el año de 1984, el primer movimiento; luego vino el del 87-88, donde se movilizaron amplios sectores de enfermeras en toda la república y finalmente el movimiento de 1989, donde el CEN se vio rebasado por sus bases, debiendo finalmente renunciar su secretario general, siendo elegido el Dr. Miguel García Sanz como nuevo dirigente máximo de la entidad.

P: Que significado ha tenido para los trabajadores, la creación de las secciones sindicales en el DF

R: Como uno de los resultados de este movimiento, se dieron algunos cambios estatutarios entre los que estuvo la creación de las Secciones sindicales a nivel del DF. Con ello, el SNTSS quedó dividido en 35 delegaciones, incluyendo las cuatro recién creadas (Noreste/ Noroeste/ Sureste/ y Suroeste). Los aspectos positivos que tuvo esta división, fue que los trabajadores del DF, dejaron de depender directamente del CEN del sindicato como ocurría hasta ese momento. Se logró cierta autonomía que si bien no se ejerce en plenitud, creó un espacio legítimo y legal a través del cual se puede teóricamente ejercer una acción diferente a la de la cúpula sindical. En desventaja se puede decir que al formar parte de un sistema normativo, las secciones deben "alinearse" a los acuerdos generales, declaraciones y resoluciones del sindicato nacional.

P: Podemos hablar de flexibilización de la relación laboral entre los trabajadores del IMSS. Cómo se expresaría a su juicio?

R: El concepto de flexibilidad de la relación laboral se puede entender como el de la polivalencia. El CCT y los profesiogramas que él incluye indican que las funciones se ejerzan según necesidades del servicio...

P: De que manera la organización sindical controla y supervisa el cumplimiento de las

condiciones laborales expresadas en el CCT?

R: La organización sindical en realidad no ejerce mecanismos de control para verificar el cumplimiento del CCT en cada una de las unidades de trabajo; lo que hace mas bien como ya se decía antes, es el ejercicio de una conducta paternalista y clientelista. Por el contrario, mantiene una gran desinformación y en consecuencia poca participación.

P: Cómo está abordando el sindicato dos cuestiones que parecen fundamentales para los trabajadores y el futuro de sus condiciones laborales. Se trata de la productividad y la revisión de plantillas de personal.

R: Con respecto a los dos temas, no ha habido una posición sólida de parte del SNTSS; más bien podríamos hablar de un discurso que reconoce el problema, pero sin una correspondencia en los hechos; pareciera mas bien como que hubiera un acuerdo no explícito de no tocar, en el fondo dichas cuestiones.

Por lo tanto, no hay una propuesta concreta, como contraparte a las propuestas institucionales.

P: A su juicio cuales son los elementos fundamentales que permiten sostener que ha habido una pérdida de representatividad del sindicato nacional frente a sus representados?

R: La pérdida de representatividad y confianza de la cúpula frente a sus asociados, se la han "ganado" en base a una política de escasa participación de las bases, de una sistemática desinformación y a una incoherencia entre el discurso y la acción.

P: Con relación a los sectores "no alineados" al CEN, cual es su importancia y capacidad real de generar transformaciones?

R: Estos sectores, algunos ubicados en estructuras orgánicas como lo es la Sección XXXII y otros existentes en diferentes unidades de atención han provocado un cierto cambio por lo menos en las formas de actuar del CEN, en el sentido de dar algún espacio de participación, mas no de decisión. Lo ha obligado a pronunciarse aunque sea en el discurso, del tema de la productividad. En general estos sectores están permanentemente atento a la actuación de la dirigencia.

Cargo : Secretario de Prensa del SNTSS

Duración : 90 minutos

P: Cómo se han afectado, a su juicio, las condiciones laborales de los trabajadores del IMSS en esta década, han mejorado, se han deteriorado?

R: A su juicio, los procesos de trabajo tienen dos perspectivas en su transformaciones; una que proviene de aquellos cambios que se implementan desde el escritorio y que no siempre se ajustan a los procesos mismos; la otra, es la de aquellos cambios que ocurren en la realidad misma en el desarrollo cotidiano de ellos.

A comienzos de la década de los ochenta, la rama de enfermería tuvo un despegue importante con la retabulación de la rama, hecho que no ocurría hacía 30 años. Hace 4 años, se inicia una política de profesionalización de la categoría de enfermería cuyo propósito es el de facilitar todas las solicitudes que se hagan para el cambio de auxiliar de enfermería a enfermera general. Por el año 87, las enfermeras inician una actividad política sin precedentes en la institución, en demanda de mejoras a sus condiciones de trabajo que a ese momento no había sido atendidas.

Algunos de los resultados de ese movimiento fueron por ejemplo la creación de la cláusula 151, que corresponde a un pago por docencia, lo que en el fondo es un acuerdo para aumentar el salario. Esta cláusula tiene un impacto directo del 5% sobre el sueldo tabular, sobre él no se aplica impuesto.

La utilización de diferentes conceptos como prestaciones ha sido una estrategia utilizada por el sindicato para elevar las remuneraciones de sus trabajadores. En el caso de los médicos, hubo un cambio importante en el proceso de trabajo, con motivo de la creación de las unidades de medicina familiar, donde se creó la especialidad de médico familiar.

R: Este es uno de los sindicatos mas grandes del país, tiene mas de 200 mli trabajadores afiliados.

P: Como caracteriza a la política institucional en estos diez años y cuales serían sus principales problemas?

R: El programa de medicina familiar Siglo XXI, es uno de los proyectos institucionales cuyo propósito persigue reducir los tiempos de espera de los derechohabientes en las UMF; es un proyecto que aún está en "pañales" y al que el sindicato le ha hecho muchos cuestionamientos. Los mismos, no se refieren a un rechazo a la utilización de tecnología avanzada para la optimización de la prestación de servicios sino a la forma y oportunidad de esta utilización.

Lo anterior, porque hoy existen carencias en los servicios que no se van a mejorar con la sola introducción de computadoras en cada cubículo de atención por lo tanto hay que establecer prioridades. No cabe duda que hay servicios que, como archivo y control de prestaciones por ejemplo, deberían haber sido sistematizados hace tiempo ya que el control de las prestaciones es un aspecto fundamental en los consultorios. El sindicato logró que se normara a 2400 expedientes como limite máaximo por consultorio.

La inversión que significa la implementación de un proyecto de esta magnitud, hace necesario una preocupación cuidadosa. El sindicato está participando en una comisión que estudia este proyecto. La creación reciente de los comités mixtos de abasto, ha sido una respuesta concreta del sindicato frente al problema de la escasez de recursos materiales. El sindicato no quiere participar en los aspectos de compra y manejo de dinero, sino en el proceso de control de los materiales que implica el establecer que lo que se requiere es lo que necesita el personal para realizar sus diferentes actividades.

La explicación que tiene el sindicato en relación a este agudo problema es que, debido a la expansión sustancial de la infraestructura institucional en los últimos 14 años aproximadamente, ello ha determinado un empeoramiento del sistema de distribución a todas las unidades de la república donde llega el IMSS

El IMSS, tuvo una época de bonanza, situación que cambió posteriormente debido a dos factores principales, que se conjuntaron, como son las cotizaciones bajas del seguro; hasta antes de Julio del 93, el tope máximo de cotizaciones era de 10 salarios mínimos, muchos patrones cotizaban por salarios más bajos que los reales; junto con esto, se da el aumento de los costos de la atención y junto con ello un proceso de envejecimiento de los equipos materiales por falta de renovación mantención de los mismos. Este panorama se traduce hoy en que queden a la vista carencias de la institución, de forma más evidente.

P: Cual es la posición del sindicato nacional frente a los temas de productividad y plantilla de personal?

R: En relación al problema de falta de personal, el sindicato ha insistido en la necesidad de revisión de plantillas con el fin de establecer con certeza la realidad en los difrentes centros de atención de salud; esto es algo a lo que la institución se ha resistido permanentemente. Algunos de los criterios que el sindicato ha sostenido para el cálculo de necesidades de personal es el de considerar las sustituciones para el ausentismo programado como las vacaciones, tomando en cuenta la jornada de 24 horas dividida en tres turnos.

P: Qué me puede decir sobre la autonomía y legitimidad de una organización sindical de tipo corporativa?

R: Una de las muestras mas claras de la legitimidad del sindicato y de la defensa de los derechos de

los trabajadores que éste ha hecho lo constituye la revisión del último CCT (Octubre 1993), donde en los hechos se consiguió un aumento superior al tope salarial establecido en el pacto de solidaridad por la vía de incremento a las prestaciones lo que se puede demostrar al analizar el detalle de éstas. Ver cláusula 86, ayuda para libros, sobresueldo para enfermeras, aumento de la base para préstamos hipotecarios, etc) El año 1992, se hizo una reestructuración de categorías que determinó en promedio un aumento del 20% salarial.

P: Cuales son los mecanismos con que cuenta el sindicato para controlar el cumplimiento efectivo del CCT?

R: El mecanismo de control del CCT pasa por la acción de los representantes sindicales en las unidades de atención médica. Hay una desvirtuación del trabajo de estos representantes por un "habito" de los trabajadores de solicitar a sus delegados de unidad, todo tipo de trámites que ellos bien los podrían hacer personalmente. Sin embargo, el hecho de no atender a estos "mandados", le significa al delegado dejar de serlo ya que se interpreta como una mala gestión o no preocupación por sus compañeros. Esto, constituye una cuestión fundamental en lo que se refiere al cumplimiento efectivo del CCT.

El sindicato nacional (CEN), no puede estar preocupado de esto, su papel tiene que ver con la implementación de las grandes estrategias para defender los derechos de los trabajadores.

P: Los trabajadores de base se reconocen poco informados de los acuerdos y decisiones que toma el CEN. Cual es su opinión al respecto?

R: El descontento que manifiesta la base con respecto a su sindicato proviene de sectores que siempre se quejan; aquellos sectores que participan políticamente en la acción sindical, incluso en posiciones contrarias, reconocen la competencia y la honradez de los dirigentes. Como ejemplo, está el que en esta gestión no se haya hecho ninguna impugnación por fraude electoral en las distintas elecciones que se han llevado a cabo.

P: Tomando en cuenta la última década, donde se ha aplicado el modelo neoliberal, cómo se ha ubicado dentro de él el SNTSS, dada su estructura corporativa de relación con el estado?

R: La figura del Secretario General es fundamental, esto por una característica cultural mexicana, y se le reconoce esta cualidad de amplia experiencia sindical y de no corrupto. El sindicato es democrático, porque proviene (esta gestión), de una elección democrática, pero también porque su gestión ha tenido estas características; la prueba más reciente de ello es su convocatoria para que las bases participen con sus propuestas en el problema de la productividad. El sindicato acordó que un convenio de productividad se aprobará únicamente en un congreso nacional con el acuerdo de las bases.

La legitimidad se logra no solo por elección democrática sino que de manera muy importante por el ejercicio cotidiano del poder con estas características, por una actitud de tolerancia y de respeto a los estatutos. En esta gestión no se ha reprimido a nadie, no se ha llevado ningún caso al tribunal de honor, etc. Con respecto a las corrientes opositoras que existen al interior del sindicato y a las críticas que hacen al CEN, el hecho es interpretado como una cuestión de poder, ellos critican porque el poder está en manos de unos distintos a ellos; pero no pueden desconocer que el sindicato ha generado espacios donde ellos están ubicados hoy y desde donde pueden ejercer esta oposición.

ANEXO N°6 Deflación de Cifras

Para convertir las cifras que aparecen en pesos corrientes, en datos comparables, se procedió a quitarles el efecto de la inflación.

El cálculo se hizo utilizando como indicador el índice nacional de precios al consumidor (INPC) de acuerdo a los datos del Anexo del V Informe de Gobierno, 1993:503, tomando como año base de referencia el de 1982:

| AÑO | INPC |
|------|---------|
| 1982 | 100 |
| 1983 | 171.3 |
| 1984 | 251.4 |
| 1985 | 396.6 |
| 1986 | 738.6 |
| 1987 | 1 645.0 |
| 1988 | 3 667.1 |
| 1989 | 4 400.8 |
| 1990 | 5 573.7 |
| 1991 | 6 836.8 |
| 1992 | 7 897.1 |
| 1993 | 8 521.7 |

A modo de ejemplo, para deflactar el salario promedio percibido por los trabajadores entre 1982 y 1993 se hizo el siguiente cálculo:

| AÑO | SALARIO PROMEDIO |
|------|---------------------|
| 1982 | 0.602 |
| 1993 | 38.820 nuevos pesos |

corrientes/100*100=

0.456 nuevos pesos reales
a precios de 1982