

El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado

ALEJANDRO CARRILLO CASTRO

El 7 de diciembre de 1959 el entonces presidente de México, Adolfo López Mateos, envió al Congreso de la Unión la iniciativa de ley que transformaría a la antigua Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. De manera simultánea, el jefe del ejecutivo también presentó al congreso la iniciativa para elevar a rango constitucional los derechos de los trabajadores públicos mediante la adición del apartado B al artículo 123. Ambas iniciativas fueron aprobadas y sus beneficios se extendieron a 300 mil servidores públicos y sus familias en 1960.

La creación del ISSSTE marca el inicio de un sistema integral de seguridad social para los trabajadores del Estado y sus familiares. Se trata de un proyecto más amplio, en concepto y contenido, que el de la antigua Dirección de Pensiones, en el que se establecen servicios

y prestaciones de alcance avanzado que protegen al trabajador en su salud, en su salario, en su alimentación y en su vivienda; que promueven su formación cultural y social y que lo amparan, en caso de separación del servicio por invalidez o por vejez, sin omitir la protección a su familia. Los trabajadores del sector público avanzaron así en sus reivindicaciones sociales en un marco general de desarrollo económico del país.

La transformación de la Dirección de Pensiones en ISSSTE, implicó un proceso gradual de ajuste y reestructuración. Los primeros años pueden ser caracterizados como el periodo de tiempo dedicado al reacomodo y a la afirmación del proyecto. Se empieza con cautela a medir las necesidades y problemas que implica la gran empresa que se inicia. La institución mantuvo al inicio la mayoría de los departamentos de la Dirección de Pensiones, así como su personal. Sin embargo,

atendiendo a las nuevas condiciones, fueron creadas tres subdirecciones: la médica, la administrativa y la de pensiones y préstamos.

A partir de 1964, una vez detectados los problemas y necesidades de la institución, se inicia un acelerado crecimiento encaminado a cubrir las necesidades de sus derechohabientes. De esta manera, entre 1965 y 1970 el presupuesto del Instituto se incrementó a una tasa de crecimiento promedio anual del 15.7 por ciento, para hacer frente a las demandas de préstamos, unidades médicas, tiendas y obras administrativas y sociales entre otras. Por otra parte, por lo que toca a la modernización y la adecuación de los aparatos administrativos, se realizó un considerable avance en cuanto al registro e información sobre la vigencia de derechos de los trabajadores y sus familiares.

En suma, los primeros años de vida del ISSSTE se destinaron a crear los instrumentos y a formar una infraestructura incipiente, para cumplir el nuevo marco conceptual de seguridad social establecido en su Ley.

Cabe destacar en estos primeros intentos, los esfuerzos orientados al perfeccionamiento de los servicios de salud, que antes de la creación del ISSSTE no comprendían a la mayoría de los trabajadores ni a sus familiares. Anteriormente, los servicios médicos, cuando existían, se prestaban en forma autónoma por cada dependencia del sector público, lo que generaba condiciones diferenciadas de acceso a la salud para los trabajadores del Estado.

En 1959, de los 33 sindicatos que estructuraban la FSTSE, sólo ocho recibían de sus dependencias servicios médicos en instalaciones propias: clínicas y hospitales. El resto,

subrogaba estos servicios y otorgaba subsidios directos a sus trabajadores. En todos los casos, salvo excepciones, la atención médica no incluía al núcleo familiar y, por lo general, resultaba ineficiente.

A partir de 1960 se inicia la fusión y regularización de estos servicios. Así, con el fin de satisfacer las demandas más urgentes de los servidores públicos, los servicios médicos se inician en el Distrito Federal y los primeros núcleos beneficiados son los trabajadores de Educación Pública, Patrimonio Nacional, Industria y Comercio y los del propio Instituto.

El 15 de enero de 1960 se inaugura el Hospital "Esperanza", con 40 camas para pediatría. El 15 de mayo del mismo año se inician los trabajos de rehabilitación y readaptación del Hospital "Fajer", que un año más tarde —el 16 de mayo de 1961— sería inaugurado como el Hospital "20 de Noviembre", unidad central del *sistema satélite* que se integra, además, con 16 clínicas de adscripción y 4 de especialidad.

Con ello, el Instituto estaba en posibilidad de proporcionar consulta externa de medicina general para adultos, medicina general para niños y atención de gineco-obstetricia. En el primer nivel de atención ofrecía especialidades médicas y quirúrgicas de valoración y diagnóstico en las 4 unidades de especialidad.

La hospitalización y urgencias se remitían al "20 de Noviembre", que en ese entonces tenía una capacidad de 630 camas censables y disponía de 12 salas de operaciones con todos los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, incluyendo bomba de cobalto para tratamientos de cancerología, equipos

que en la época mencionada constituían lo más avanzado en asistencia médica.

Estos servicios fueron creciendo en proporción a las demandas de los derechohabientes, las exigencias de la profesión médica, la actualización profesional y los programas de medicina curativa que, a través del tiempo, se enriquecieron con los servicios de: medicina nuclear, terapia superficial, perinatología, medicina hiperbárica, criocirugía, cirugía del corazón, hemodialisis, trasplantes renales y microcirugía.

En agosto de 1960 también se inicia el funcionamiento de seis clínicas en el Distrito Federal, como parte de un plan de 34 que habrían de concluirse en 1961.

Por otra parte, desde el primer año de ejercicio del Instituto los servicios médicos empezaron a extenderse a entidades como Sinaloa, Veracruz, Tamaulipas, Puebla y Oaxaca. Para 1961, en 150 poblaciones de los estados funcionaban ya servicios médicos, que aumentaron al siguiente año a 227.

En 1963, los servicios médicos se reorganizaron mediante la creación de la Comisión de Vigilancia y los Departamentos de Suministros y Relaciones Públicas. Este reacomodo en las funciones resultó indispensable para sentar las bases del futuro desarrollo institucional.

A partir de 1965, el área de atención a la salud recibe un fuerte impulso tanto en calidad como en eficiencia. Se inician tareas de investigación científica y tecnológica con el consecuente aumento de las erogaciones en este renglón. También en estos años, los servicios de medicina preventiva se sometieron a una reorganización que permitió el desarro-

llo más amplio de las actividades en este renglón, así como su mejor funcionamiento administrativo a través del establecimiento de normas, técnicas y procedimientos para la aplicación regular en los programas de trabajo.

Todas estas acciones hicieron posible que, para 1966, la capacidad instalada de la institución fuera de 111 clínicas, 301 puestos periféricos, 27 hospitales propios y 23 subrogados.

El incremento en la población derechohabiente planteó la necesidad de convertir las clínicas de adscripción en clínicas mixtas de especialidades. Gracias a esta transformación, a finales de los años sesentas el Instituto contaba con un promedio de 15 servicios diferentes en cada una de las clínicas mixtas del Distrito Federal.

En 1968, el Instituto agrupaba 1'096,315 trabajadores y familiares integrados de la siguiente manera: 332,982 trabajadores asegurados; 714,920 familiares; 26,169 extrabajadores pensionados, y 22,244 familiares de pensionados.

En 1970, la población derechohabiente del Instituto era de 1'347,470; para 1974 llegaba ya a los 2'905,486, y en 1976 alcanzaba los 3'782,424. Esto es, entre 1970 y 1976 la población asegurada creció a una tasa anual del 18.7 por ciento, lo que obligó al ISSSTE a elevar el número de unidades médicas.

Por otra parte y en el marco de la reforma administrativa llevada a cabo por el gobierno federal en los años 70 a fin de enfrentar los nuevos requerimientos, la Subdirección Médica del Instituto realizó una modificación substancial en su organización y en su funcionamiento.

Así, las etapas integrales de atención a la salud del área médica se vertebraron en las siguientes actividades: promocionales para mejorar la salud y prevenir las enfermedades; curativas; rehabilitadoras; de educación al derechohabiente para el uso de los servicios de salud, y de formación de los recursos humanos, profesionales, técnicos, administrativos, manuales y de investigación, tendientes a perfeccionar la atención médica y la administración de las unidades.

Se procedió, asimismo, a la regionalización de los servicios médicos del Instituto, para lo cual se dividió al país en 7 zonas y un área metropolitana formada por el Distrito Federal.

Cabe destacar también como acción importante durante el período, la instalación de la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizado (CLIDDA), que permitió la realización de exámenes sistemáticos de salud en corto plazo a gran número de personas, así como la detección oportuna de enfermedades con lo que se facilitó su control.

En 1970, el Instituto contaba con 29 hospitales; para 1976 eran 41, lo que equivale a un incremento del 41 por ciento, en el sexenio y del 6.8 por ciento promedio anual, sin contar con los 8 hospitales que se encontraban en construcción a fines del último año; en el año de 1971 existían 2,066 camas censables en la institución; para 1976 este número era de 5,830, lo que equivale a un aumento del 182.2 por ciento y del 30.3 por ciento promedio anual; en el año de 1970 se disponía de 138 clínicas; en 1976 de 148; en 1970 estaban en servicio 473 consultorios médicos auxiliares y puestos periféricos; en 1976 se

disponía de 715, es decir, un incremento de 51 por ciento, equivalente al 8.5 por ciento promedio anual.

En el año de 1970 prestaban sus servicios en el área médica 12,778 trabajadores, de los cuales 3,275 (25.6 por ciento) eran médicos; 3,396 (26.6 por ciento) enfermeras; 978 (7.7 por ciento) técnicos; 2,302 (18.0 por ciento) administrativos y 2,827 (22.2 por ciento) manuales; para 1976 los recursos del área médica se habían incrementado en 120 por ciento, es decir, un 20 por ciento promedio anual.

En el periodo de 1977 a 1982 la población derechohabiente del Instituto pasó de 4'256,774 a 6'170,089, es decir, registró un incremento porcentual del 44.5 por ciento. Por su parte, los recursos físicos y humanos crecieron más lentamente que en el periodo 1970-1976 y en una proporción menor que la población derechohabiente.

Mientras que en 1977, en el área médica del Instituto laboraban 27,151 trabajadores, en 1982 lo hacían 36,311, lo que representa un incremento del 33 por ciento. En el mismo período los hospitales aumentaron de 41 a 59, es decir, experimentaron un crecimiento del 43.9 por ciento. Las camas censables, indicador más significativo que el anterior, pasaron de 4,451 a 5,477, lo que equivale a un aumento del 23.0 por ciento y las clínicas de 151 a 161, un 6.6 por ciento más que en el primer año.

A pesar del notable incremento de la infraestructura para la atención a la salud y de los recursos humanos empleados en ella, entre 1970 y 1982 la proporción de recursos por derechohabiente fue disminuyendo en forma gradual, debido al crecimiento más acelerado de la población amparada por el Instituto. En

1970, por ejemplo, había 2.4 médicos por cada 1,000 derechohabientes, en 1982 1.5; de igual forma, en el primer año existían 1.5 camas por 1,000 derechohabientes y para 1982 había sólo 0.8 camas.

A esta situación, grave porque señalaba una tendencia al deterioro de los servicios, vinieron a sumarse las restricciones derivadas de la crisis económica que empezaron a manifestarse desde 1980 y se agudizaron a partir de 1982.

El carácter dual del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, en tanto institución creada para dar cobertura a las demandas de seguridad social en general y de atención a la salud en especial, le ha impuesto, en los años de la actual gestión administrativa, esfuerzos adicionales a fin de mantener las conquistas de los servidores públicos, alcanzadas a través de un largo proceso histórico y enfrentar los retos del presente.

El Instituto atiende actualmente a 6 millones 800 mil derechohabientes, que representan el 8.5 por ciento de la población nacional. Por otra parte, por lo que se refiere a los servicios de salud, su población usuaria es de 4.6 millones de personas.

El crecimiento acelerado de la población derechohabiente y de la usuaria de los servicios médicos que, respectivamente, registran en 1986 un incremento del 24 por ciento y del 39 por ciento en relación a 1982, así como el aumento del número y diversidad de las prestaciones que por ley se deben otorgar, ha requerido de cambios cualitativos a fin de preparar al Instituto para hacer frente, al igual

que otros organismos del gobierno federal, a situaciones de crisis como la que vivimos.

Con este fin, en 1983 se realizó un diagnóstico institucional que permitió detectar los principales problemas y proporcionó elementos para encauzar el nuevo rumbo institucional.

Desde una perspectiva general, dicho diagnóstico permitió detectar que el incremento en la demanda de los servicios no había logrado ser debidamente atendido a partir de los recursos y los sistemas administrativos de la institución.*

Asimismo, la inexistencia de adecuados sistemas de programación, presupuestación y evaluación del gasto impedían el sano desarrollo financiero del Instituto, así como la recuperación de los créditos otorgados a sus derechohabientes.

Junto a los problemas de carácter administrativo y financiero, al inicio de la actual década las prestaciones, seguros y servicios en materia de seguridad social y salud, registraban un sensible deterioro. En lo referente a las prestaciones económicas, el gasto real por asegurado también disminuyó entre 1970 y 1982. Esta disminución comenzaba a afectar de manera diversa a las prestaciones económicas que otorga el Instituto. Así, por ejemplo, "la participación relativa de pensiones y jubilaciones con respecto del total del gasto en prestaciones económicas, registraba una disminución en el periodo referido del 37 al 21 por ciento. En este mismo periodo los préstamos hipotecarios aumentaron sólo del 6 al 12 por

* Informe del director general ante la H. Junta Directiva, octubre de 1983.

Misma fuente para todas las citas y datos referentes al diagnóstico de 1983.

ciento, mientras los préstamos a corto plazo pasaron del 56 al 67 por ciento”.

Prestaciones estrechamente vinculadas al mejoramiento de las condiciones de vida, como la atención a la salud, vivienda, la protección del poder adquisitivo de los trabajadores (a través de tiendas, farmacias y guarderías) y al mejoramiento de su nivel socio-cultural, se encontraban estancadas.

En lo referente en especial a la protección a la salud, el incremento de recursos médicos “de menos de 4 mil en 1970 a 10 mil en 1982”, no se había visto acompañado de la suficiente ampliación de la infraestructura física del Instituto, ya que como ya se señaló, “el número de camas, quirófanos, gabinetes radiológicos, laboratorios y clínicas por derechohabiente, presentaban una mejor cobertura en 1970 que doce años después”.

Adicionalmente, la falta de adecuados controles administrativos a nivel de centros hospitalarios y clínicas había aumentado en forma inconveniente los costos de la subrogación de servicios, en tanto que la ausencia de programas de mantenimiento correctivo y la inexistencia del mantenimiento preventivo provocaron el deterioro acelerado de la infraestructura hospitalaria existente en el Instituto.

La formación de recursos humanos y la investigación científica y tecnológica reflejaban un escaso desarrollo. Asimismo, a diferencia de lo alcanzado por otras instituciones de seguridad social, los tres niveles de atención médica del Instituto no se encontraban claramente diferenciados, situación que propiciaba una cobertura insuficiente en el primer nivel de atención y una prestación descoordinada y precaria en el segundo y tercer niveles.

El exceso de centralización de los servicios médicos provocaba la saturación de las instalaciones ubicadas en el Distrito Federal con el consiguiente deterioro en la prestación de los servicios.

Asimismo, la inexistencia de un adecuado sistema escalafonario impedía el desarrollo de una verdadera carrera institucional dentro del área médica y propiciaba una menor retribución económica del personal en relación con otras instituciones del sector.

La reversión de estas tendencias ha requerido, como lo señaló el jefe del ejecutivo en su primer informe de gobierno, de “un profundo programa de reorganización administrativa y financiera del ISSSTE, con el propósito de darle solidez y mayor eficacia operativa en la prestación de sus servicios”.

El esfuerzo de modernización realizado por la actual administración requirió de una transformación integral de la base legal del Instituto. Mediante cinco modificaciones a la ley que lo rige —cuatro de ellas a iniciativa del ejecutivo y una del propio Congreso de la Unión— ha sido posible conformar, en los cuatro años de la actual gestión presidencial, una moderna base jurídica para su operación.

A partir de estas modificaciones, el régimen de seguridad social del Instituto se ha organizado en torno a dos vertientes principales: las *prestaciones económicas* y las *prestaciones en especie*. Las primeras se otorgan exclusivamente a los trabajadores asegurados y a los pensionados, y agrupan: las pensiones y jubilaciones, la seguridad e higiene en el trabajo, los créditos personales y los de financiamiento a la vivien-

* De la Madrid Hurtado, Miguel. *Primer Informe de Gobierno*. 1983.

da. Las segundas benefician tanto al trabajador como a sus familiares y comprenden: la protección a la salud, al salario (sistema de tiendas), y las prestaciones sociales y culturales (estancias de bienestar infantil, talleres de jubilados y velatorios, entre otros servicios).

El agrupamiento de las prestaciones del Instituto en económicas y en especie ha permitido revertir la tendencia histórica, que tendía a dar mayor peso a las prestaciones económicas en detrimento de las prestaciones en especie, que son por naturaleza más universales e igualitarias e inciden de manera más directa en la elevación del nivel de vida de los trabajadores y sus familias y, dentro de las prestaciones económicas, incrementar los recursos destinados a pensiones.

Igualmente, ha sido incorporado el concepto de "solidaridad social", a fin de beneficiar a los asegurados de menores ingresos, principalmente en lo referente a prestaciones que, como las económicas, repercuten en forma más directa en el poder adquisitivo del salario.

Por otra parte, los cambios en el marco legal del Instituto han permitido determinar con mayor precisión la asignación porcentual de los recursos provenientes de las cuotas y aportaciones entre los diferentes seguros, prestaciones y servicios. Anteriormente, el monto de las cuotas y aportaciones (equivalentes al 25.75 por ciento del salario de los trabajadores) se distribuía de la siguiente forma: un 8 por ciento para atención a la salud; un 0.75 por ciento para seguridad e higiene en el trabajo; un 5 por ciento para el financiamiento de la vivienda, y el 12 por ciento restante para las demás prestaciones y servicios. De esta suerte, casi la mitad de los recursos recibidos

por el Instituto por concepto de cuotas y aportaciones no estaba asignado a un fin preciso.

A partir de las reformas realizadas, la distribución de las cuotas y aportaciones quedó como sigue: 9.5 por ciento para atención a la salud, a fin de aumentar los recursos destinados a esta importante prestación; 0.25 por ciento para seguridad e higiene en el trabajo, asignado fundamentalmente al pago de las pensiones que pudieran generarse por accidentes y enfermedades del trabajo; uno por ciento para protección al salario (sistema de tiendas); uno por ciento para créditos a corto plazo, lo que permite precisar el monto de los recursos que deberán destinarse cada año a esta prestación; un 5 por ciento (aproximadamente) para la constitución de reservas y pago de pensiones, según los cálculos actuariales que se realicen cada año; 6 por ciento para financiamiento de vivienda y el 3 por ciento restante (aproximadamente) para las demás prestaciones y servicios del Instituto.

A partir de estas reformas se establece por ley un tratamiento contable y financiero diferenciado para cada vertiente o grupo de prestaciones, que permite la creación de reservas actuariales para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales y evitar que los recursos destinados a una prestación puedan ser aumentados en detrimento de otros, como venía sucediendo anteriormente con los créditos a corto plazo.

En cuanto a los servicios de salud, dichas reformas establecen el régimen voluntario de los seguros de enfermedad, maternidad y medicina preventiva para los trabajadores inactivos, mediante el pago de las cuotas correspon-

dientes, siempre y cuando hayan cotizado al Instituto cuando menos durante cinco años, entre otros aspectos.

El conjunto de estas acciones legislativas, junto con la descentralización y simplificación administrativas, han permitido que el Instituto cuente con un marco operativo debidamente actualizado, eficiente y racional, para cumplir sus objetivos sin poner en riesgo su equilibrio financiero actual y futuro.

Así, ha sido posible lograr importantes avances en las prestaciones que otorga el Instituto y en el equilibrio que debe mantenerse entre las mismas. Mediante la constitución de reservas adecuadas fue posible elevar la pensión mínima al nivel del salario mínimo general; se creó un sistema integral de crédito que comprende tanto los préstamos personales a corto plazo como los de mediano plazo (creados para la adquisición de bienes de consumo duradero) y los destinados a la adquisición de vivienda; se pusieron en práctica sistemas de cofinanciamiento que aumentaron notablemente el número de créditos otorgados por el Fondo de la Vivienda; se aumentó el número de tiendas para ampliar la cobertura de esta prestación que tiene por fin la protección del salario de los trabajadores, y se pusieron en marcha nuevos sistemas que han permitido elevar la cobertura de los servicios sociales y culturales.

Al lograr un mejor equilibrio entre los recursos destinados a cada prestación, fue posible destinar mayores recursos al área de atención a la salud. De los 18 años comprendidos entre 1965 y 1982, sólo en tres los recursos destinados al área médica del ISSSTE correspondieron al 8 por ciento de las cuotas

y aportaciones establecidas en la ley, que equivale al 31 por ciento del presupuesto autorizado. La actual administración procuró, desde 1983, asignar a esta área un porcentaje superior a dicho 31 por ciento y, tanto en 1985 como en 1986, alcanzó el 37 por ciento del presupuesto autorizado.

Durante los tres primeros años de esta administración —en cumplimiento del Programa Inmediato de Recuperación Económica (PIRE)— el gasto de inversión se dedicó a terminar la casi totalidad de las obras inconclusas desde el sexenio anterior. Ello permitió atender en este lapso a un mayor número de pacientes en las entidades federativas, así como aliviar un tanto la sobrecarga del Hospital “20 de Noviembre”, único de tercer nivel dentro del sistema médico del ISSSTE.

El esfuerzo de racionalización llevado a cabo en el periodo ha permitido que, a pesar de la crisis, se haya podido aumentar la cobertura real de los servicios médicos del ISSSTE. Pues si bien la cobertura formal aumentó estos cuatro años en un 24 por ciento, la población realmente usuaria de los servicios se incrementó en un 39 por ciento.

Fue precisamente a la mitad de este esfuerzo que se sucedieron los sismos de 1985, que ocasionaron una reducción del 28 por ciento de la capacidad hospitalaria del Instituto. A la fecha ha sido posible rehabilitar y poner en funcionamiento, con servicios completos, las clínicas de medicina general “San Antonio Abad”, “Guerrero”, “Juárez” y “5 de Febrero”, así como las clínicas de especialidades dentales y de neuropsiquiatría. Se logró también una recuperación funcional del 50 por ciento en los servicios de los hospitales regio-

nales "1o. de Octubre" y "General Ignacio Zaragoza", así como del Hospital de segundo nivel "Dr. Gonzalo Castañeda". La recuperación total de estas unidades, se estima, estará concluida para junio de este año. Por lo que se refiere a las unidades dañadas en otras entidades federativas, se encuentra ya en operación la Clínica-Hospital de Colima y están muy avanzados los trabajos para la puesta en marcha de la Clínica-Hospital de Iguala.

El Instituto no contaba con infraestructura propia para el primer nivel de atención médica, servicio que en su mayor parte se subrogaba a instituciones privadas. En 1985 se puso en marcha un programa para construir 286 unidades propias para reforzar el primer nivel de atención, de las cuales a la fecha se encuentran terminadas 90.

En 1986 se homologaron los salarios de los trabajadores del ISSSTE con los del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este esfuerzo tiene como importante contraparte la elevación de las jornadas de trabajo, que son ya de 6 horas como mínimo, así como el aumento de la productividad y un mejor servicio a los derechohabientes.

Una vez resueltos estos problemas urgentes, cuya solución permitió frenar la tendencia al estancamiento y deterioro de los servicios médicos, el Instituto se dio a la tarea de diseñar y poner en marcha un programa de cambio estructural, con el propósito de establecer la regionalización por niveles indicada en el Programa Nacional de Salud 1983-1988. Así, el país se dividió en 11 regiones, cada una de las cuales deberá contar con un centro de tercer nivel, que le permita atender autónomamente la demanda de este tipo de especialidades en

su respectiva área geográfica, así como contar con las unidades médicas del primero y segundo niveles que se requieran para prestar adecuadamente los servicios correspondientes.

A fin de aprovechar en forma más racional e intensiva los recursos existentes, se implantaron programas de cirugía ambulatoria, servicios vespertinos de consulta externa, cirugía programada, puerperio de corta duración, extensión hospitalaria a domicilio y disminución de transferencias de pacientes al Distrito Federal.

Mediante estas medidas ha sido posible aumentar la productividad de los servicios médicos e incrementar notablemente su cobertura. Así, por ejemplo, en 1986 se proporcionó un 30 por ciento más de consultas que en 1982; 26 por ciento más intervenciones quirúrgicas, y 14 por ciento más exámenes de laboratorio. Todo esto a pesar de la reducción del presupuesto en términos reales derivada de la crisis y de los graves daños ocasionados por los sismos de 1985. Lo que demuestra que es posible hacer más con menos recursos, si se aprovecha de manera óptima la infraestructura acumulada a través de decenios y el esfuerzo de todos los que han participado en el desarrollo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Sin embargo, no deben soslayarse los problemas que aún existen en el área de atención a la salud en el Instituto. De las 11 regiones en que se ha dividido el país para su atención, las cuatro del área central reportan un avance del 60 al 70 por ciento en la integración de sus tres niveles de atención; las regiones que tienen como cabecera las ciudades de Mérida, Guadalajara y Monterrey han avanzado un 50 por

ciento y el resto se estima que ha alcanzado de un 40 a un 50 por ciento de avance. Esto significa, desde luego, que todavía resta un importante esfuerzo por realizar para lograr los objetivos que el Instituto se ha propuesto en este renglón.

Por otra parte, a pesar de los avances en la modernización administrativa y la descentralización todavía se presentan problemas de desabastecimiento en algunas unidades médicas. De la misma forma, resulta necesario

también proseguir e intensificar las tareas de capacitación del personal médico y paramédico, a fin de lograr mayores niveles de desempeño profesional y un trato cada vez más humanizado a los usuarios del servicio.

El Instituto está empeñado en estas tareas consciente de que la atención a la salud de los derechohabientes es una prestación fundamental para elevar su nivel de vida y de que es posible mejorar su desempeño y hacer un uso más racional de sus recursos para beneficio de sus derechohabientes.