



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Administrativas
Doctorado en Ciencias Administrativas

“Desarrollo de la constitución subjetiva desde las prácticas morales relacionadas a la competitividad en mandos medios del IMSS”

Tesis para obtener el grado de
Doctora en Ciencias Administrativas
Maestra en Administración: María Teresa Reyes Chacón

Bajo la dirección de:
Dra. Carmen L. Álvarez González
Bajo la Codirección de:
Dra. Rosa H. Suárez Chaparro

Ciudad Juárez, Chihuahua, octubre 2020

Agradecimientos:

A Dios por la fortaleza, la salud y la perseverancia que me otorga cada día para seguir adelante.

Alejandro gracias y perdón por el tiempo dedicado a este trabajo y robado de tu lado.

A la Dra. Carmen Lucila Álvarez González, directora de tesis por la colaboración, paciencia, apoyo brindados desde siempre brindada durante todo el desarrollo de la tesis.

A la Dra. Rosa Herminia Suarez Chaparro por brindarme su apoyo y colaboración en todo momento

Agradecer al Dr. Carlos Montano su inestimable ayuda en la parte metodológica de este trabajo.

Mi más sincero, profundo y personal agradecimiento a la Dra. Sandra Bustillos Durán por su apoyo durante la conclusión de este trabajo.

Un agradecimiento especial al Dr. Carlos González Herrera por la colaboración, paciencia, apoyo brindados por escucharme y aconsejarme.

Quiero agradecer también la lectura atenta y paciente al Dr. Sergio Villalba Villalba así como su aportación desde el campo interdisciplinar.

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1.....	8
ANTECEDENTES.....	8
<i>A manera de introducción.....</i>	<i>8</i>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	10
1.2.1 <i>Pregunta General de Investigación.....</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>Preguntas Secundarias de Investigación.....</i>	<i>10</i>
1.2.3 <i>Objetivo General de la investigación:.....</i>	<i>10</i>
1.2.4 <i>Objetivos secundarios de la investigación.....</i>	<i>10</i>
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
1.4 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.5 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.6 DELIMITACIÓN Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	13
CAPÍTULO 2.....	14
ANTECEDENTES.....	14
<i>Introducción al capítulo</i>	<i>14</i>
2.1.1. <i>Sistemas de salud Latinoamericanos ante los cambios económicos, demográficos y sanitarios..</i>	<i>14</i>
2.2 DESARROLLO DE POLÍTICAS ECONÓMICAS EN AMÉRICA LATINA.....	17
2.2.1 <i>Chile.....</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>Colombia.....</i>	<i>19</i>
2.2.3 <i>Argentina.....</i>	<i>20</i>
2.2.4 <i>México.....</i>	<i>21</i>
2.3 EFECTOS DE POLÍTICAS ECONÓMICAS EN SALUD SOBRE EL SISTEMA (EFICIENCIA, PRODUCTIVIDAD Y RECURSO HUMANO)	23
2.3.1 <i>Chile.....</i>	<i>23</i>
2.3.2 <i>Colombia.....</i>	<i>23</i>
2.3.3 <i>Argentina.....</i>	<i>24</i>
2.3.4 <i>México.....</i>	<i>24</i>
2.4 EFECTOS DE LAS REFORMAS ECONÓMICAS SOBRE LOS TRABAJADORES DEL ÁREA DE SALUD.....	25
2.4.1 <i>Colombia.....</i>	<i>25</i>
2.4.2 <i>México.....</i>	<i>25</i>
2.5 EFECTOS DE LAS REFORMAS POLÍTICO ECONÓMICAS EN EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.....	26
2.6 EFECTO DE POLÍTICAS ECONÓMICAS SOBRE PRESTADORES DE SERVICIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO.	28
<i>A manera de cierre de capítulo.</i>	<i>29</i>
CAPÍTULO 3.....	31
MARCO TEÓRICO	31
<i>Introducción al capítulo</i>	<i>31</i>
3.1 LA ORGANIZACIÓN.....	31
3.2 ESTUDIOS ORGANIZACIONALES.....	32
3.3. TEORÍA DE LA COMPLEJIDAD EN ADMINISTRACIÓN.....	33
3.3.1 <i>La complejidad en instituciones de salud.....</i>	<i>33</i>
3.4 COMPETENCIA Y COMPETITIVIDAD	35
3.5 MODELO DE LA RUEDA DE COMPETITIVIDAD	36
3.6 LOS SISTEMAS DE SALUD COMO ORGANIZACIONES	38
3.7 PERSPECTIVA FOUCAULTIANA EN INSTITUCIONES PÚBLICAS.	40
3.7.1 <i>Michel Foucault en la organización de salud.....</i>	<i>41</i>
3.7.2 <i>Actualidad del pensamiento de M. Foucault en sistemas de salud burocráticos.....</i>	<i>42</i>

3.7.3 Michel Foucault en el marco de instituciones públicas de salud del siglo XXI.....	44
3.7.4 Objetivación del ser humano perspectiva de Michael Foucault.....	48
3.7.5 Perspectiva Foucaultiana de las sociedades disciplinarias y la biopolítica.....	59
3.7.6 Pensamiento Foucaultiano sobre Gubernamentalidad.....	62
3.8.7 La biopolítica.....	63
3.8 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS PROPUESTA CON BASE EN LA IDEOLOGÍA DE FOUCAULT.....	66
3.9 MARCO ANALÍTICO CON BASE EN LA PROPUESTA DE MONTANO (2015).....	68
<i>Disciplinas en la formación de prácticas productivas</i>	71
<i>A manera de conclusión</i>	73
CAPÍTULO 4.....	75
METODOLOGÍA.....	75
<i>Introducción al capítulo</i>	75
4.1 CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS Y EL DISEÑO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
4.2 ESTUDIO DE CASO.....	76
4.3 ENFOQUE CUALITATIVO DEL ESTUDIO ORGANIZACIONAL.....	77
4.4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA DE ANÁLISIS:.....	77
4.5 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	79
4.6 OPERACIONALIZACIÓN.....	82
4.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	84
4.8 ANÁLISIS DOCUMENTAL.....	84
4.9 LA OBSERVACIÓN.....	86
4.10 PRÁCTICAS MORALES.....	88
4.10.1 Exomologesis:.....	88
4.10.2 Apatheia.....	88
4.10.3 Ascesis.....	89
4.11 LA ENTREVISTA.....	92
4.11.1 Categorías asociadas a la organización.....	92
4.11.2 Categorías asociadas a la persona como elemento constitutivo de la organización.....	92
4.12 INSTRUMENTO.....	93
4.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	94
CAPÍTULO 5.....	95
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	95
<i>Introducción al capítulo</i>	95
5.1 RECORRIDO HISTÓRICO SOBRE EL DESARROLLO DEL IMSS:.....	96
5.1.1 Historia y Evolución del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	96
5.1.2 Entre los retos que enfrenta el instituto se encuentran:.....	97
5.1.3 Marco Legal del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	99
5.1.4 Estructura Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	100
5.1.5 Contexto actual del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	102
5.1.6 Infraestructura, Recursos Humanos y Beneficiarios del IMSS.....	103
5.1.7 Estrategias institucionales para incrementar la eficiencia del servicio: Modelo institucional de competitividad.....	104
5.1.8 Principios del Modelo de Competitividad "M.C".....	106
5.1.9 Criterios del Modelo de Competitividad para Unidades Médicas.....	107
5.2 UNIDAD MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN # 46 (CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA).....	108
5.3 ESTRUCTURA ORGÁNICO-PRÁCTICA GENERAL DEL IMSS.....	111
5.3.1 Recapitulando: Recorrido histórico del IMSS y la Unidad de Análisis (Unidad de Medicina Familiar # 46).....	114
5.4 DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.....	115
5.5 ANÁLISIS DOCUMENTAL: LAS PRÁCTICAS DISCURSIVAS.....	116

5.5.1 <i>Las formaciones discursivas</i>	116
5.5.2 <i>Discurso totalizante: desarrollo de discursos declarativos</i>	117
5.5.3 <i>Discursos de individualización (técnicas de transformación)</i>	118
5.5.4 <i>Análisis de técnicas del Ser (Formas de exclusión)</i>	120
5.5.5 <i>Recapitulando: Prácticas y formaciones discursivas</i>	122
5.6 LA OBSERVACIÓN: CONSTITUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS MORALES	124
5.6.1 <i>Estrategias, tácticas y luchas</i>	125
5.6.2 <i>Reproducción del discurso</i>	126
5.7 LA ENTREVISTA: ANÁLISIS DE PRÁCTICAS MORALES	126
5.7.1 <i>Exomologesis</i>	127
5.7.2 <i>Apatheia</i>	131
5.7.3 <i>Ascesis</i>	135
<i>A manera de conclusión</i>	136
CAPÍTULO 6	139
DISCUSIÓN	139
CAPÍTULO 7	144
CONCLUSIÓN	144
TABLA DE ABREVIATURAS	149
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	151
BIBLIOGRAFÍA	152
ANEXOS	161
No. 1: ENTREVISTA.....	161
No. 2: MODELO DE COMPETITIVIDAD	162

Introducción

Las transformaciones socio-políticas y económicas que afectan a los países repercuten inevitablemente en las instituciones públicas de estos, entre estas instituciones se encuentran aquellas involucradas en brindar servicios de salud. En los años 80 del siglo anterior, México al igual que América Latina vive una transformación de los sistemas socio-político y económicos que ha impactado sobre la salud de la población general, desde dos vertientes: cobertura y acceso (Mesa-Lago, 2005). Durante este periodo se inicia la implementación de una serie de políticas económicas con tendencia neoliberal, llevando al sector público de salud hacia un deterioro progresivo en estructura, servicio, calidad, y prestigio; abriendo oportunidad a empresas privadas para incursionar, establecerse y posicionarse dentro del sistema público de la salud (de Andrade et al., 2015)

En el contexto del siglo XXI donde la constante es el cambio, las organizaciones se enfrentan a situaciones complejas e inestables, por lo tanto, la estrategia de competitividad se vuelca sobre el talento humano, reconociéndose como ventaja competitiva, esto obliga a repensar y analizar el papel del individuo en la organización como estrategia, además abre la discusión sobre la validez, aplicación y utilidad de los constructos psicológicos que afectan al sujeto, los contextos actuales en la sociedad y su eco en las organizaciones. Las instituciones públicas caracterizadas por un modelo organizacional fundamentado en la teoría de la burocracia mantienen estructuras rígidas, que significa ordenamientos jerárquicos estrictos acompañados de un amplio y complejo sistema de leyes, normas y procedimientos, que llegan a obstaculizar las actividades operativas de la organización e incluso pueden entorpecer el acceso de los beneficiarios a los servicios de salud disponibles.

Sin embargo, la estructura propia de las instituciones públicas no es el único obstáculo; Mora (2013), en su investigación muestra que, el desconocimiento, la falta de capacitación, la inexperiencia, por parte de los jefes o coordinadores de grupos, en referencia a las habilidades, competencias y estrategias administrativas, genera deterioro del sentido de responsabilidad, confusión para ejecutar sus funciones y falta de autonomía en la toma de decisiones por parte de estos equipos de trabajo. Los equipos de trabajo en estas organizaciones se enfrentan cotidianamente a situaciones de cambio que demandan de una decisión y/o una acción inmediata o mediata, por lo tanto, el desempeño individual como el trabajo en equipo juega un papel determinante para asegurar la eficiencia y efectividad de los procesos involucrados; la estructura organizacional podría favorecer o restringir el desarrollo y desempeño de los grupos de trabajo que consecuentemente lleva a permitir o frenar el cambio. Sin embargo, dentro de las organizaciones

productoras de servicios el individuo se presenta como la principal herramienta de productividad y es hacia él que se encaminan las acciones y estrategias destinadas a incrementar o mantener los estándares de “productividad o calidad” establecidos (Mora, Puente, Jiménez, & González, 2013)

Las instituciones públicas incluida las de servicios de salud, no se han marginado de las estrategias administrativas de eficiencia y efectividad, logrando que los individuos dentro de estas organizaciones modifiquen sus actuares en relación a las actividades que se les adjudican, haciendo del trabajador un objeto sujeto a medición de productividad, y de acciones de mejora de la calidad, dentro de un ambiente de escasez económica que se ha instalado en el Estado desde finales del siglo XX (Apreada, 2004).

Lo individuos se erigen y originan como sujetos siguiendo los parámetros que establece la subjetividad, conocido o descrito como la constitución de un sujeto específico, esta subjetividad se construye utilizando múltiples discursos (Sauquillo, 2004). Cuando se suman a dicha subjetividad metas organizacionales asociadas al rendimiento, flexibilidad y funcionalidad de un sistema, además de formar parte de la identidad de un saber y de un conocer determinada con fundamentos científicos para la elaboración del yo, se considera que está particular subjetividad ha sido reglamentada (Castro Orellana, 2004).

Toda organización está conformada por individuos, estos personajes comparten, nutren y transforman a la sociedad organizacional a la que pertenecen, contribuyendo de esta forma a construir la subjetividad característica de la organización, que a su vez la hace singular. Este proceso de conformación se lleva a cabo en ambos sentidos desde el sujeto y/o el grupo a la organización y viceversa, mediado por una retroalimentación donde la organización participa activamente en la formación de los valores y de la moral de ambas partes. Derivado de lo anterior cada personaje involucrado transita por diversos procesos técnicos o se sujeta a estadios sociales por lo que adquiere ciertos estereotipos de individuos en un contexto de permanente transformación, llevándolos a reconfigurar sus afectos a la par de las maneras en las cuales interactúan con los demás desde el ámbito individual.

Capítulo 1

Antecedentes

A manera de introducción

Las acciones y actitudes de un trabajador de la salud constantemente observadas y evaluadas obedecen a un gran número de fuerzas que se ejercen sobre él, sumando a esto la autopercepción de estas fuerzas favorece o erradica dichas actitudes y acciones al concientizarlas e interiorizarlas. Si a esto se agrega que dicho trabajador desempeña un rol de mando (sin importar la magnitud del mismo) los comportamientos manifiestos son por lo menos impredecibles, ya que estas cambian ante una situación o decisión similar específica o general, cotidiana o extraordinaria en contextos diferentes.

Estas interacciones individuales complejas e impredecibles sustentan la presente investigación; a manera de contextualizar e introducir al problema durante el desarrollo de este capítulo se aborda el problema a observar y/o describir, a través de una descripción de los acontecimientos que generaron acciones observables y los impactos consecuentes, esto gesta la problemática objeto de análisis.

Adicionalmente se enuncian las preguntas de investigación (general y específicas) que pretendemos responder, los objetivos y la justificación de la presente investigación. Se complementa esta imagen detallando la viabilidad de la investigación, los enfoques a utilizar y los alcances de la misma. Lo anterior tiene como meta facilitar la comprensión de las causas que genera el presente trabajo.

1.1 Planteamiento del problema

El inicio del cambio se podría rastrear hasta la crisis económica desencadenada en la década de los 70, que trajo como consecuencia la implementación de políticas neoliberales en América Latina, que consistieron principalmente en la apertura a la participación de empresas privadas dentro de instituciones y/o prestación de servicios públicos propios del Estado, tales como, sector salud, telecomunicaciones, energía, transporte, entre otros. Ante la crisis económica la corriente neoliberal propone dos acciones prioritarias: que el Estado limite el gasto social y las intervenciones económicas, además de una disciplina presupuestaria y en segunda parte una política de libre mercado. Ugalde y Homedes (2005) contribuye con esta corriente al argumentar que es necesaria pero peligrosa, por lo tanto, el poder deberá ser limitado y descentralizado (Cabrera, 2015; González Herrera, Figueroa González, Peyro, & Carmín, 2014; Patiño, Casas, Moctezuma, & Rivera, 2010; Ugalde & Homedes, 2005).

Los partidarios de las políticas económicas neoliberales aun cuando consideraron las desigualdades sociales y económicas que se generan del sistema económico que promueven, cada sujeto es responsables de salvaguardar su seguridad y sustentarla en un Estado limitado, principalmente en cuestiones sociales (Calvento, 2006). Las acciones económicas derivadas del conceso de Washington, que Stewart sintetiza de la siguiente manera: "la reforma tributaria, la privatización, la abolición de los subsidios y la reducción del gasto público requeridas para eliminar los déficits presupuestales tenderían indirectamente, a aumentar la inequidad" (Stewart, 1998). Se agregan operaciones generadas por políticas marginales y distributivamente neutras del Estado, enfocando esfuerzos hacia la pobreza y en grupos categorizados como vulnerables utilizando las llamadas políticas sociales descuidando en consecuencia la distribución del ingreso (Babb, 2005).

Durante las décadas de los 80 y 90 en México las políticas económicas con bases neoliberales establecieron bases firmes, entre las más destacadas es la disminución de la asignación de recursos al sector salud a través del PIB que fluyo del 3.4% en 1980 al 3.5% en 1995, llegando incluso a estar en el 2.6% con cifras que van de 1885 a 1990 (Borón, 1995). Actualmente el gasto en salud en México corresponde al 6.4% del PIB, que representa un presupuesto bajo en relación a los demás países socios donde la media está en 9.3% del PIB (Domínguez & Gutiérrez, 2016). La creciente demanda de factores asociados a la salud; como cobertura, oportunidad y acceso, son factores que se han ido resolviendo de acuerdo a las posibilidades del Estado. En México el tema se ha centrado en la cobertura en salud, derivando en acciones políticas e implementación de estrategias tales como IMSS-COPLAMART en la década de los 80, que evoluciono hasta IMSS-PROSPERA en la actualidad, para áreas rurales se crea el programa de OPORTUNIDADES durante la década de los 90 actualmente conocido como PROSPERA y en la actualidad se expande a las áreas urbanas, además de la implementación del seguro popular en la primera década del siglo XXI, han servido para dar respuesta a la demanda de cobertura en salud alcanzando el 87% de la población (ENSANUT 2016).

Sin embargo, permanece la problemática del acceso y oportunidad a los servicios de salud. Contemplando las proyecciones en crecimiento poblacional para México hacia el 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%. Además, el fenómeno de envejecimiento de la población, llevará a la población de adultos mayores en México a representar más del 25% de la población total del país para el 2050, tomando como referencia la tasa de crecimiento actual de 4% anual (Villagómez-Ornelas, 2009).

Simplificando la situación en México, la población envejece sin embargo, al tiempo que se incrementa la esperanza de vida, se suma el incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-

degenerativas (las cuales no solo requieren mayor número de atenciones per cápita), incremento en el consumo de fármacos, aumento en la demanda de consultas en un segundo y/o tercer nivel de atención, derivado de las complicaciones asociadas a las mismas, que desencadena una sobredemanda en los servicios de salud, incremento en el costo de la atención, disminución en la calidad de vida de los pacientes, pérdida de años de vida, etc., entre los más destacados.

1.2 Preguntas y objetivos de Investigación

1.2.1 Pregunta General de Investigación

¿Cómo se desarrolla la constitución subjetiva del sujeto desde las prácticas morales relacionada a la competitividad en mandos medios del IMSS?

1.2.2 Preguntas Secundarias de Investigación

1. ¿Cómo describen la estrategia de competitividad los integrantes de equipos de trabajo en mandos medios del IMSS?
2. ¿Cómo se ejercen las prácticas morales en mandos medios del IMSS?
3. ¿Cuál es la naturaleza de las prácticas morales en mandos medios del IMSS?
4. ¿Qué condiciones organizacionales del IMSS que permiten a los mandos medios del área médica construirse como sujeto organizacional?

Derivado de las anteriores preguntas se plantea los siguientes objetivos: generales y objetivos específicos:

1.2.3 Objetivo General de la investigación:

- Describir cómo se desarrolla la constitución subjetiva del sujeto desde las prácticas morales relacionada a la competitividad en mandos medios del IMSS

1.2.4 Objetivos secundarios de la investigación

- Puntualizar la construcción subjetiva del sujeto organizacional (mandos medios del área médica) en el contexto del IMSS, entendido desde las prácticas morales.
- Comprender la naturaleza de las prácticas morales que llevan al mando medio del área médica a construirse como sujeto organizacional, en el contexto del IMSS.
- Enunciar las prácticas morales que conducen al mando medio del área médica a construirse como sujeto organizacional, en el contexto del IMSS.
- Identificar las condiciones organizacionales del IMSS que permiten al mando medio del área médica construirse como sujeto organizacional.

1.3 Justificación

La salud es un fundamento de la vida del hombre, por lo tanto, su cuidado es primordial, para el individuo, la sociedad y para el Estado como agente rector del bienestar colectivo, para ello, se requiere de organizaciones o instituciones que garanticen la prestación de servicios de salud oportunos, de calidad, sustentables y financieramente estables, a través de un trato amable, empático y profesional por parte del personal médico y paramédico.

Las políticas socioeconómicas de salud en México han buscado incrementar la cobertura de salud en el país, aplicando estrategias económicas que han impactado en el acceso y calidad de los servicios de salud públicos. En sistemas de salud fragmentados como el caso de México, es consistente el incremento en los costos en la salud, lo que puede traer como consecuencia la pérdida de derechos de cobertura y acceso a los servicios de salud en grandes grupos poblacionales, (específicamente los de mayor vulnerabilidad). Los modelos de seguros de carácter individualista, impacta de forma negativa a la salud pública, debilitando la vigilancia epidemiológica y las intervenciones masivas (Knaul et al., 2012).

Cada vez es más frecuente encontrar investigaciones sobre administración de la atención a la salud, aportando que errores administrativos son resultado de una gestión inadecuada y comunicación deficiente entre integrantes del equipo de salud. Además, las jerarquías rígidas se han mostrado como un obstáculo para la toma de decisiones al interior de los procesos, así como se ha empezado a demostrar que reemplazar el enfoque jerárquico tradicional y estricto por prácticas operativas que promuevan atención en equipo optimiza significativamente el tratamiento al paciente, reduce además el índice de errores médicos. Otro obstáculo reconocido dentro de la administración en salud, es la resistencia para adoptar procesos de éxito en contextos no médicos, aun cuando la literatura demuestra su eficacia. (Granados-Cosme, Tetelboin-Henrion, Torres-Cruz, Pineda-Pérez, & Villa-Contreras, 2011)

El objetivo del presente trabajo es explorar el cómo afectan los contextos, discursos, estructuras y gubernamentalidad a los integrantes de los equipos de trabajo de nivel medio en una unidad médica de primer contacto del IMSS en ciudad Juárez, desde el enfoque de la estrategia de competitividad y la visión organizacional, que pretende contrarrestar la prestación de servicios de baja calidad, inoportunos e ineficientes, además de detectar procesos intrincados o incompletos por tanto ineficaces, que lacera la estabilidad financiera de la organización, que incrementa costos preventivos y correctivos dentro de la estructura y como compensación económica ante un mal resultado del servicio provisto. Generando como consecuencia, ambientes laborales con bajo

compromiso institucional, innovación en procesos y pro actividad escasa, además de alta resistencia al cambio, con un impacto directo hacia la sociedad.

Sin embargo, la implementación de nuevas teorías organizacionales, hacia los equipos de trabajo que pretende desarrollar, fortalecer y potencializar áreas de competencia, gestión e innovación, ha permeado en suelo árido. Se trabaja bajo la premisa de diseñar estructuras flexibles al cambio y que éste se produzca como consecuencia del aprendizaje organizacional de sus miembros. Para lograr tan altos objetivos se requiere comprender los comportamientos que generan este fenómeno, y que permiten establecer estrategias que logren mejorar no únicamente el desempeño operativo de los equipos de trabajo sino a la par su compromiso e identidad institucional, desde la perspectiva del individuo como objeto protagónico de investigación, habilitando su capacidad de flexibilidad ante las circunstancias cambiantes del contexto en el que se desempeñan, facultándoles a tomar decisiones asertivas creando un ambiente proactivo (Granados-Cosme, Tetelboin-Henrion, Garduño-Andrade, Rivera-Márquez, & Martínez-Ojeda, 2011).

Las subjetividades individuales de los integrantes de equipos de trabajo dentro de las áreas médicas no se han considerado dentro de las investigaciones de salud, la operacionalización de los procesos está estrictamente establecida al igual que las herramientas de gestión y evaluación que derivan de niveles jerárquicos superiores.

1.4 Viabilidad de la investigación

El presente proyecto tiene un enfoque cualitativo como estudio de caso en una unidad de medicina familiar de primer nivel, la cual pertenece al Sistema Nacional de Salud (SNS) como parte de la infraestructura del IMSS; que presenta el tamaño adecuado con un volumen de derechohabientes que supera las 110,000 personas, generando un sistema administrativo complejo, lo que nos brinda la complejidad suficiente para visualizar y describir los procesos y contextos que se llevan a cabo desde la perspectiva de logística funcional, en manejo de los recursos humanos, toma de decisiones y sinergias entre departamentos y/o funciones, adicionalmente se conjugan la necesidad del trabajo en equipo efectivo y eficiente con un conocimiento normativo actualizado que sustente el desempeño a nivel del mando medio.

1.5 Enfoque de la Investigación

El enfoque de este proyecto es cualitativo, bajo la metodología de estudio organizacional a través de un estudio de caso para el análisis integral, se propone utilizar tres técnicas para recolección de datos: análisis del discurso institucional, observación participante, entrevista semiestructurada a los mandos medios del área médica. Para poder realizar tanto un análisis de las prácticas discursivas

con base en la ideología de Michel Foucault tanto institucional como individual con una triangulación de datos obtenidos de las diferentes técnicas, que permitan obtener conclusiones con mayor objetividad.

1.6 Delimitación y Alcance de la investigación

Derivado de la complejidad del SNS, la presente investigación se concreta a una unidad médica de primer nivel de atención, con enfoque en el personal de mandos medios y la forma de constitución subjetiva de los sujetos con relación a la estrategia de competitividad.

Capítulo 2

Antecedentes

Introducción al capítulo

El presente capítulo lleva la consigna de contextualizar aquellos cambios de tipo económico, políticos, sociales, y epidemiológicos que han ejercido influencia en el desarrollo del actual sistema de salud en México los cuales se han gestado desde finales del siglo pasado. En respuesta a las transformaciones y/o transiciones llevadas a cabo como resultado de los acontecimientos globales que inciden cada vez con mayor impacto en las decisiones políticas en México.

Consideramos contrastar el sistema de salud de México con otros tres países latinoamericanos (Chile, Argentina, Colombia) dadas las similitudes que hay entre ellos y de la misma forma considerables divergencias, este contraste nos permite intentar describir y comprender las motivaciones en las decisiones tomadas y objetivos implementados en el SNS, conduciendo finalmente a la descripción de los efectos manifiestos en la prestación de servicios. Así mismo, lo anterior nos permite describir los impactos que se genera en las percepciones de los trabajadores del sistema de salud desde diferentes perspectivas (económica, social, política) tanto de forma individual como grupal.

Finalmente se propone y describe la ideología de Michel Foucault como marco teórico que nos lleve a comprender el cómo o él porque se presentan percepciones y actitudes de cada individuo frente a este panorama o contexto social.

2.1.1. Sistemas de salud Latinoamericanos ante los cambios económicos, demográficos y sanitarios.

A final de los 70, los países Latinoamericanos vivieron una severa crisis económica que los obligó a transitar de un sistema económico benefactor a uno de libre mercado. Esta transición implicó la aplicación de políticas económicas con principios neoliberales, que incluyeron entre otras acciones, el recorte presupuestal en los sistemas de salud, afectando principalmente a procesos, que genero una reorganización y remodelación de los sistemas de protección social, y cambiando la relación de intervención pública/privada, además de una disminución sistemática de la intervención del Estado en el sistema de salud (Cabrera, 2015; Casas Patiño, 2010; González, Lechuga, y Vieyra, 2014; Ugalde y Homedes, 2005).

Durante la crisis económica, de la década de los 80, América Latina reformula su esquema económico e integra una política con fundamentos neoclásicos y un esquema ideológico de estilo

neoliberal. Este dilema dio protagonismo al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial (BM) en la creación de la política económica-social, tomando como base lineamientos del consenso de Washington, apoyados por los gobiernos nacionales (A. C. Laurell, 2016). Los ejes programáticos de esta política social y económica principalmente son: el recorte y focalización del gasto social, la descentralización y la privatización de las instituciones publicas (A. E. C. Laurell, 2016).

Las pautas económicas propuestas integran paulatinamente la lógica mercantil en las instituciones públicas, utilizando para establecer dicho proceso razonamientos tecnocráticos los cuales degradan la apoliticidad del campo sanitario e impulsan planteamientos que terminan diluyendo la responsabilidad del Estado, como garante responsable de los derechos humanos fundamentales (como lo es el derecho a la salud), dando los individuos y/o las familias la misión de mejorar su salud al administrar por sí mismos sus riesgos (López-Arellano y Jarillo-soto, 2017). El común denominador disminuir la responsabilidad y participación del Estado como proveedor de servicios sociales públicos, lo cual, ha incrementa la desigualdad social (Laurell, 2014).

El BM y FMI instrumentaron las políticas de base neoliberal durante la década de los 80, que culmina al postular: que la salud es responsabilidad de los individuos al considerarse un "bien privado", por lo tanto, cada individuo debe encontrar solución a sus necesidades, accediendo a lo disponible en mercado o utilizando apoyo familiar, hacia la década de los 90 el Estado participa proporcionando un paquete básico de servicios de salud determinado por un esquema costo-efectivo y financiado con capital gubernamental destinado a los desamparados, adicionalmente se declara responsable concretamente de la salud pública o de los "bienes públicos" de salud (A. E. C. Laurell, 2016).

Si bien, los sistemas de salud considerados como un conjunto de instituciones, programas y actividades que la sociedad construye con el objetivo de originar, asegurar y restaurar la salud de la comunidad como respuesta a las carencias en salud; para el Estado simboliza una solución institucional capaz de afrontar y remediar las cuestiones de salud-enfermedadde la población, por lo tanto, es una "construcción social" que manifiesta las ideas político-ideológicas prevaleciente en un punto historico determinado (Feo, 2008).

Para el sector salud, las políticas con tendencia neoliberal deterioran un sistema previamente fragmentado, socavando la infraestructura, colaborando al desfinanciamiento del sector así como al decremento en la calidad de la atención, dando ventaja a organizaciones privadas para incrementar su presencia dentro del sistema público de salud, que lleva a incrementar la desigualdad social (Laurell, 2014).

Se argumenta, que la separación de funciones es indispensable para someter este fondo económico a políticas económicas, y dar forma al mercado de salud, además que permite la competencia entre administradores de fondos y prestadores de servicios; donde el Estado únicamente ejercería un papel de moderador entre los participantes, modelo que asemeja al modelo de Estados Unidos de América el cual ha demostrado ser el más costoso e ineficiente (Laurell, 2016).

Como consecuencia de lo anterior, el Estado margina su capacidad de redistribuir y reglamentar los niveles de clases y el choque social, al vender activos públicos estratégicos, dismantelar y compactar estructuras gubernamentales e instituciones públicas selectas, que le permite eludir su responsabilidad de vigilante y gestor de los derechos humanos (Velázquez y Carbajal, 2017).

Por otro lado, en la legitimización actual de la ordenanza social ningún Estado puede omitir el derecho esencial a la salud, por lo tanto, concede e implanta estructuras cuya función es proteger a los muy pobres (Laurell, 2014). El Banco Mundial en el informe del año 2015 expone que los gobiernos a nivel internacional realizan una inversión pública al sector salud que oscila entre un 6 al 18% del PIB, con una media internacional de 9.9%, para América Latina el promedio de inversión fue 7.3% y en México de 6.3% (World Bank Group, 2015), aun cuando no se ha establecido un parámetro estándar de inversión.

Sin embargo, en el transcurrir para instalar políticas económicas con base neoliberal en América Latina se suprimió intencionadamente la idea del derecho universal a la salud, vigente desde la segunda postguerra favoreciendo una orientación mercantilizada y privatizadora (Laurell, 2016a). La implementación de una lógica neoliberal favorece la desigualdad y el deterioro de la calidad de vida de las mayorías al incrementarse las condiciones de pobreza, además, dichas condiciones sociales se mantienen debido a las precarias condiciones de trabajo y a los elevados porcentajes (cerca del 60% de personas) del trabajo informal, que permanecen fuera de la seguridad social. Al disminuir el salario de las personas su capacidad adquisitiva se ve afectada de igual forma perpetuando las carencias sociales siendo los grupos marginados y vulnerables los que se ven más afectados debido a que se compromete su acceso a satisfactores esenciales para la vida (López-Arellano y Jarillo-soto, 2017; Rodríguez y Pérez, 1996).

Para México el proceso de implementación de estas políticas económicas requirió de varias etapas: el primer paso lo constituyen ajustes fiscales, en donde el sector salud se vio impactado con un recorte presupuestal que llegó a ser de hasta el 50%. Este recorte desencadena un desfinanciamiento con el consecuente deterioro del sector público, además, propagó un cambio ideológico que promueve un cambio en la sustitución estructural, consistente en permitir el ingreso de aseguradoras privadas y la privatización de los servicios (Laurell, 2016).

Históricamente en México el gasto en salud durante las últimas décadas acorde a la Cámara de Diputados refiere que en 1981 se otorga el 8.5% del PIB, en 1990 el presupuesto fue de 5.2% del PIB; y en 2008 de 4.3% del PIB con un crecimiento estimado de 0.1% (CEFP/103/2007, 2007). La explicación para iniciar las reformas se fundamentaba en la necesidad de estabilidad financiera ante el incremento de los costos de los servicios sanitarios; Mesa-Lago (2005) señala como finalidad de esta reforma, entre otros: “la desmonopolización del subsector público y del seguro social y su sustitución, al menos parcial, por el subsector privado en la provisión y financiamiento, así como la separación de estas funciones de las de regulación y supervisión que quedan a cargo del Estado; así como el desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compiten entre sí” (Lechuga, y Vieyra, 2014).

La segunda etapa en la implementación de políticas neoliberales es la de renovación: acciones que se enfocan en fijar, definir y controlar los costos instalando conglomerados de servicios, habilidades y asistencia pública que respaldan el mercado,; esto es conocido como el modelo de "Cobertura Universal de Salud" (Laurell, 2014).

Recordando que en México el presupuesto destinado a salud debe dividirse entre las principales instituciones prestadoras de servicio se encuentran: El IMSS con el 76% del total de la población derechohabientes, a continuación el ISSSTE con el 15% de usuarios, finalmente el 9% restante se otorga equitativamente a los institutos de seguridad social de PEMEX, de las fuerzas armadas y de algunos estados (Laurell, 2014), de esta forma dan acceso al sector privado a fondos del sector salud. Para lo anterior se requiere la separación de actividades, por ello en 1993 se realizó una reforma a la ley del IMSS, en 2007 se reformó la ley del ISSSTE; en el intermedio se crea el seguro popular en el 2003 con el propósito de elevar los índices de coberturas.

2.2 Desarrollo de políticas económicas en América Latina

Aun cuando en la mayoría de los países de América Latina se ha transitado hacia una política neoliberal para el sector salud, éstas se han implementado de manera distinta, con enfoques diferentes y en situaciones determinadas en función de las características sociales, económicas y culturales de cada país. Aun cuando los resultados son diversos, se observan como coincidencias el incremento en la desigualdad en salud¹ privilegiando al sector privado, desarticulación y desacreditación al sistema público.

¹ El término *desigualdad en salud* se refiere de manera genérica a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos

A continuación, se mencionan estos procesos para incorporar estas reformas económicas en tres países latinoamericanos con similitud con la estructura de México, como son: Chile pionero en este proceso, Colombia con una estrategia radical para la implementación, Argentina donde la multifragmentación es la principal característica y México donde ha tomado más de tres décadas completar el proceso. Las experiencias de los países que han adoptado el modelo de cobertura universal bajo la forma de seguro social público, tales como Colombia, Argentina y Chile no han demostrado mejoras sustanciales en las condiciones generales de salud de su población, dado su orientación comercial y los costos de los subsidios estatales (Heredia et al., 2015).

2.2.1 Chile

Chile fue pionero al iniciar su reforma de salud en 1981, con la creación del seguro de salud obligatorio, implementó dos sistemas de salud paralelos: un sistema privado conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) público, como elemento de las reformas políticas se encuentra la desregulación del sector salud y su desestatificación (Toraño & Montoya, 2000). Como resultado el 50% del gasto nacional en salud se canaliza a las ISAPRES que otorga servicio al 35% de la población. El restante 65% de la población se integra al FONASA que recibe también 50% de los fondos. Lo anterior se refleja desigualdad en oportunidad de acceso a las tecnologías de salud de la población debido a la inequidad del financiamiento del sistema de salud chileno (Granados y Gómez, 2000).

La ineficiencia de los servicios de salud desde los ámbitos económicos, técnicos y sociales conlleva al quebranto de la calidad de la atención con una pérdida de la identidad y sentido de pertenencia del personal de salud, consecuencia del privilegio concedido por el gobierno chileno a las ISAPRE en poder tanto económico como político (Silva, 1999). Más adelante, en 1988, con el cambio de gobierno, se retoma el tema de la reforma de salud, pero no es hasta el año 2000 que se realizan acciones tangibles dentro del sector público, que incluyeron un incremento en el presupuesto gubernamental en salud, manifiesto en un incremento a la infraestructura y en personal, así como la introducción dentro del sistema las Garantías Explícitas de Salud² obligatorias para ambos sistemas (Toraño & Montoya, 2000).

Con relación al ámbito legal, se realizaron modificaciones a la legislación de las ISAPRE que buscaron dificultar la privatización de áreas rentables del sistema público y socializar las pérdidas. Sin embargo, no fue fácil reestructurar y disminuir la participación privada ya que muchas empresas

² Constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al FONASA y a las ISAPRES.)

cuentan con gran poder político (Vergara-Iturriaga & Martínez-Gutiérrez, 2006). A partir del 2010, el gobierno en turno retoma la re-privatización y avanza hacia ella al subrogar los hospitales al sector privado, lo cual no alcanzó a afianzarse ya que el 2014 el cambio en la representación del poder, frena esta iniciativa y crea la comisión asesora presidencial, con la tarea de crear una propuesta de realizar cambios de forma específica en las ISAPRE (A. E. C. Laurell, 2016).

2.2.2 Colombia

En 1993, Colombia adopta un sistema universal de salud sufragado económicamente por el estado, sin embargo, administrado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que compone un amplio sector integrado por entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas las cuales reciben los recursos y utilizan instituciones prestadoras de servicio (IPS) para otorgar el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) según corresponda. Estas dos vertientes: un plan contributivo (Plan Obligatorio de Salud), financiado por el trabajador y el empleador, además el plan subsidiario POS-S que apoya a los trabajadores con bajos ingresos o pertenecientes al sector informal costado financieramente por el estado (Echeverri López, 2002). El sector privado es exclusivo de la clase alta, de la población de ingresos medios que carece de cobertura o que busca mejores coberturas (Molina & Ramírez, 2013).

Es responsabilidad de las EPS el registro de usuarios, recaudar las cotizaciones y garantizar que se otorgue el POS, tanto para el régimen contributivo (RC) como para el régimen subsidiario (RS) ya que éstos se encuentran vinculados a las EPS mediante el llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Los recursos de ambos regímenes se obtienen de fuentes y proporciones diferentes los trabajadores formales obligados a afiliarse al RC aportan el 12.5% de sus ingresos y el patrón el 8.5%, para los trabajadores independientes corresponde al 100% de la contribución, en el caso de RS la transferencia corresponde al estado (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, y Vásquez, 2011).

El RS da cobertura a las personas sin posibilidad de pago o que se encuentran fuera del RC, las cuales se identifican mediante encuestas aplicadas por los municipios, los recursos para el financiamiento del RS, son a través del FOSYGA, y provienen del 1.5% de las contribuciones individuales del RC, sumadas a las de fuentes fiscales y parafiscales. Este sistema modifica directamente la participación del Estado en la prestación de los servicios de salud, favoreciendo una mayor participación al sector privado (Fred, 2013).

El gasto en salud de Colombia en las últimas dos décadas es en promedio de 8.5% del PIB, del cual 39.6% del gasto se derivó al RS y el 44.5% al RC, el 15.9% del gasto total en salud corresponde al gasto privado (Guerrero et al., 2011). Los resultados generales en salud son positivos, en 1993 el 15.7% de la población se encontraba asegurada, esta cobertura se incrementó alcanzando un 90.8%

en el 2010 del total de la población asegurada en alguna de sus dos vertientes: corresponde el 39.4% para el RC y 51.4% para el RS (Atun et al., 2015).

2.2.3 Argentina

En las últimas décadas en este país las políticas progresistas han intentado desplazar a los regímenes neoliberales, el sistema de salud argentino es fundamentalmente descentralizado en gestión, prestación, financiación y aseguramiento. Los recursos federales son distribuidos a través del ministerio nacional de salud que significa el 16% del presupuesto público del país para salud (Maceira, 2006).

El sistema federal presenta dos divisiones básicas: la primera atiende a trabajadores jubilados o pensionados y los trabajadores activos (mediante aportaciones salariales y patronales); los primeros reciben servicios del programa de Asistencia Médica Integral (AMI), los segundos por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) que concentra al 35% de la población. En cuanto a la segunda división del sistema da cobertura a los empleados públicos que corresponde al 14% de la población y está dada por la órbita provincial, esto significa que el aporte patronal lo proporcionan los gobiernos provinciales y el salarial correspondiente al empleado (Acuña & Chudnovsky, 2002).

Por otro lado, los Ministerios Provinciales y las Secretarías Municipales gestionan la financiación de hospitales (regionales, provinciales y municipales) y poseen alta autonomía para estipular proyectos y programas, así como las prioridades para el gasto. Estos hospitales prestan atención al 34% de la población del país de forma gratuita, incluyendo a personas sin empleo o del sector informal (Belló & Becerril-Montekio, 2011). Adicionalmente el sistema extrae del total de recursos generados por los aportes de todo el sistema, fondos para programas especiales como lo son las enfermedades de alto costo y complejidad, así como para sufragar la administración de todo el sistema (Stolkiner, Comes, & Garbus, 2011).

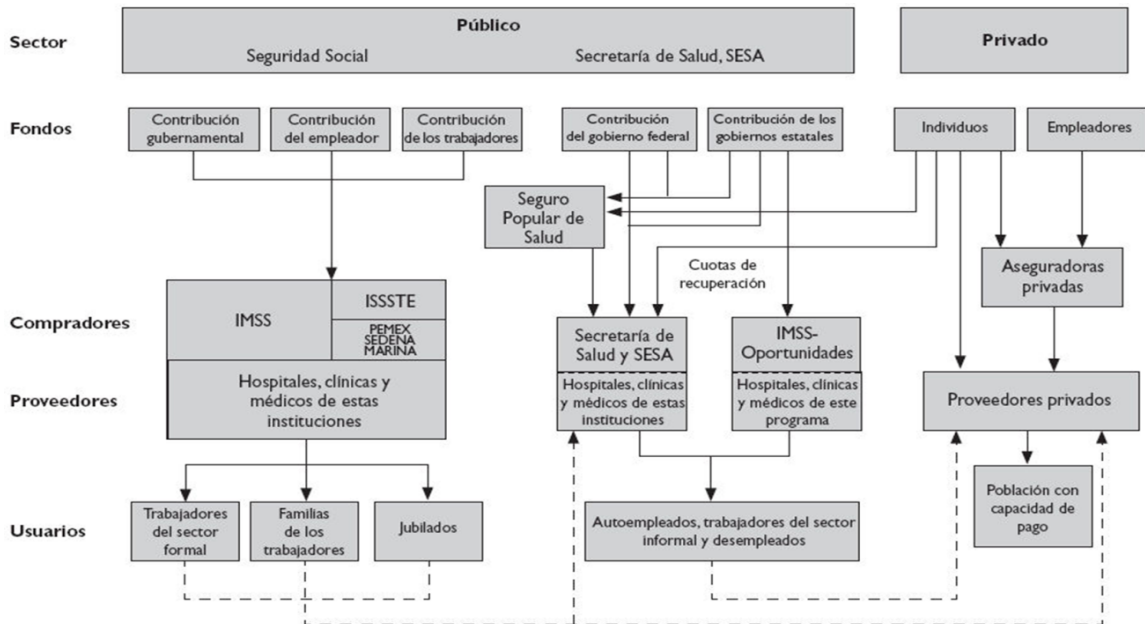
La población con mayores ingresos que corresponde al 10% de la población total, cuenta con cobertura en salud a través de empresas medicas privadas y un sistema de prepago. Adicionalmente se debe contemplar los gastos de bolsillo que realizan las familias, dentro de este se incluyen: los copagos, los medicamentos no cubiertos por los regímenes anteriores y los seguros voluntarios. De esta manera, la distribución por afiliación de la población es la siguiente: 33% son asegurados directamente por el Ministerio de Salud Nacional, Provincial o Municipal, 56% por los diferentes programas de seguridad social y 10% por medicina privada pre-pagada (Maceira, 2006).

2.2.4 México

En México el sistema de salud contiene dos fragmentos el público y el privado, el sector público se divide a su vez en dos: una fracción dependiente de financiamiento gubernamental destinado para la población sin seguridad social integrada por la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Prospera (IMSS-P), Seguro Popular de Salud (SPS) y la segunda fracción compuesta por instituciones de seguridad social como son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros), que se financia por aportaciones patronales, salariales del asegurado y aportaciones públicas (Dantés et al., 2011). Por su parte, el sector privado está integrado por compañías aseguradoras, que operan en consultorios, clínicas y hospitales privados, y dentro de estos se incluyen los servicios de medicina alternativa (Dantés et al., 2011; Gómez, 2016) (ver Figura 1).

Figura 1

Organización del Sistema Nacional de Salud en México



Fuente: (Dantés et al., 2011)

Las instituciones de seguridad social otorgan servicios a trabajadores formales y sus familias con coberturas no limitadas dentro de paquetes de servicios, por su parte la población sin afiliación a la seguridad social, se accede a servicios de salud a través de un paquete básico de salud que otorga la SSa, SESA y/o afiliándose una estructura pre-establecida en cobertura para enfermedades (SPS), estos últimos reciben financiamiento derivado de recursos del gobierno federal, gobiernos estatales

y cuotas de recuperación abonadas por los usuarios. Ambos casos, poseen personal, hospitales e instalaciones propias. La población rural recibe la prestación de servicios de salud mediante un financiamiento especial que proviene del gobierno federal (Martínez, 2017).

En México desde los años 80 se gesta el cambio en las características de los sistemas de salud, con la implementación de bases neoliberales, que llevan el sistema sanitario a la privatización/mercantilización y neo beneficencia, con la consecuente dilución progresiva de la participación del Estado (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017). México tardó en entrar al sistema neoliberal en salud, instituyendo dos reformas sanitarias en 1997 y 2007 que le permitiera solventar los costos en salud y mantener o incluso incrementar coberturas de salud. Dicha reforma incluía la participación de diferentes organismos gubernamentales federal y estatal para la captación de recursos económicos considerando impuestos, aportaciones, y otros subsidios, con la finalidad de disminuir el gasto de bolsillo de la población, los gastos catastróficos originados por enfermedad, además de incrementar la oportunidad en acceso y la calidad de los servicios (Ugalde & Homedes, 2007).

Otro aspecto de esta reforma proponía aplicar estrategias de prevención y promoción sanitaria que impactará en el control y progresión de las enfermedades crónico-degenerativas. En los tres últimos lustros se ha manifestado que los determinantes sociales adquieren un papel importante en el desempeño del sistema y en el estado de salud de la población, por lo tanto, deberán ser evaluados y modificados en beneficio del sistema. Desafortunadamente en México persiste la desigualdad social, la disparidad en el ingreso siendo la corrupción un elemento en la gestión de los sistemas económicos y de salud (Pinzón Florez, Reveiz, Idrovo, & Reyes Morales, 2014).

En 2003 se conforma e introduce el seguro popular que intenta otorgar cobertura en salud a la población no sujeta de aseguramiento obligatorio. Transitando en las últimas tres décadas por varias y profundas crisis económicas el gobierno mexicano ha logrado portar el estandarte político de unificar el sistema de salud, pretendiendo la universalidad del sistema de salud, utilizando una portabilidad del seguro que otorgue autonomía para la elección de la institución prestadora de atención, permita la coincidencia entre las instituciones de salud en relación a protocolos de tratamiento y costo de servicios finalizando con el desarrollo del mercado de salud (Cotlear et al., 2015).

La reforma del 2004 favoreció el Seguro Popular de Salud (SPS), encargado de atender a la población sin empleo, personas con afiliación voluntaria, individuos de bajos recursos, el sector informal que no se encuentran vinculados a una institución de seguridad social. Previo al SPS 2.5 millones de familias se encontraba fuera de la seguridad social, representantes de los segmentos

más vulnerables que recibían atenciones de salud mediante programas comunitarios y preventivos básicos, entre ellos el denominado programa de “combate a la pobreza” conocido como “Oportunidades”. Después del 2004, los beneficiarios del SPS acceden a un paquete básico y prestablecido que otorga ciertos servicios médicos y quirúrgicos, acceso a fármacos, así como a servicios hospitalarios que satisfagan las necesidades básicas en salud. El SPS significó un gran avance en la equidad y oportunidad de acceso a servicios de salud para los mexicanos. (Cotlear et al., 2015).

Por otro lado, sector privado ofrece beneficios de salud para individuos con capacidad de pago, a través de primas de seguros médicos y/o gasto de bolsillo al momento de solicitud/recepción ya sea como servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Martínez, 2017). La Encuesta Nacional de Salud en 2016 refiere que el 60% de la población cuenta con algún tipo de aseguramiento distribuido de la siguiente manera: 38.1 % acude al Instituto Mexicano de Seguridad Social, 8.1 % pertenece al seguro de trabajadores del Estado, 50.4 % son beneficiarios del Seguro Popular de Salud y 2.1 % por seguros privados (Ensanut, 2016).

2.3 Efectos de políticas económicas en salud sobre el sistema (eficiencia, productividad y recurso humano)

2.3.1 Chile

En Chile menos del 50% de los médicos trabajan en el sector público, y aun cuando los indicadores de salud son adecuados, las debilidades del sistema público persisten. Se observa una infraestructura con edificios añejos y en estado precario, déficit de ambulancias y tecnología de punta, cobertura de atención odontológica, condiciones laborales poco favorables en el sector público, impersonalidad en el trato del paciente, bajo nivel de las remuneraciones del personal de salud (Goic, 2015). Los números en Chile hablan por sí mismos el gasto para la salud se incrementó al 8.3 % durante el periodo 2000-2011, consecuentemente el gasto en la salud pública se aumenta de 46.2 % a 56.1 % durante el mismo período, por lo que los gastos de bolsillo bajaron del 48.8% al 37.1% en este tiempo, la proporción de ciudadanos sin afiliación también muestran decremento correspondiente al 11% en el año 2000 alcanzando un máximo de 3% en el 2011 finalmente la población inscrita al FONASA alcanzó el 80.1% del total poblacional en el 2011 (Atun et al., 2015)

2.3.2 Colombia

En el caso de Colombia el Gobierno se ha visto en la necesidad de implementar reformas al sistema de salud para afrontar las desigualdades y lograr la cobertura universal de salud, ya que existen 46

358 Prestadoras de Servicios de Salud (que van desde individuos hasta empresas e instituciones), con 56 597 sedes de prestación de servicios. De acuerdo al nivel atención 490 corresponden al segundo nivel y 49 de tercer nivel (Atun et al., 2015). Las reformas establecidas con objetivo de controlar la fragmentación del sistema y delimitar la estructura han llevado a que la cobertura se incremente, pero la equidad de atención aun es tarea pendiente. La manipulación por parte de las EPS de los costos de las enfermedades y tratamientos han maximizado las utilidades de las mismas con los recursos públicos, lo que ha generado un desequilibrio estructural que se manifiesta con una deuda creciente de las EPS, corrupción, concentración de mercado, entre otras (Martínez, 2017).

Dado la segmentación del sistema se han detectaron problemas en el sistema de salud, entre ellos barreras administrativas en dos niveles: aseguradora-prestador-afiliado, otra FOSYGA y EPS, con la negación o retraso de oportunidad del servicio. En el 2010 los ciudadanos presentaron 403 380 tutelas (demandas) para que sus atenciones fuesen reconocidas dentro de la cobertura del régimen de salud (previamente pagado) resultante en un endeudamiento del sistema público con detrimento de la calidad de la atención (Martínez, 2013).

2.3.3 Argentina

En Argentina obstáculo principal de la equidad en salud reside en la descentralización, que genera discordia entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social. En otras palabras, las desigualdades sociales y financieras entre provincias y fondos sociales generan desigualdad en calidad de la atención en salud entre las provincias y fondos sociales con mayor capacidad financiera, diferenciándose de aquellas provincias con recursos y seguros limitados. Esta situación se refleja hacia los gastos de bolsillo de la población (Martínez, 2017)

El sistema de salud de Argentina se revela como el de mayor fragmentación en América Latina, al contabilizar más de 500 organizaciones responsables de prestar servicios de salud entre las que se cuentan: aseguradoras privadas, organizaciones nacionales y provinciales de seguro social, estas organizaciones cuentan con casi 16.000 proveedores de atención de salud e incluyen 3.000 instalaciones para pacientes hospitalizados (Atun et al., 2015).

2.3.4 México

Para México el aspecto de la equidad en la salud es una condición pendiente la cual recibe importantes críticas que impugnan los resultados de las reformas implementadas. “La reforma impulsada en México destaca en sus planteamientos conceptuales, estratégicos y programáticos el interés por la equidad en salud. Sin embargo, dado que se trata de una reforma secundaria al proceso de reordenamiento neoliberal y modelada por él, en su implementación predominan los

mecanismos orientados a modificar la lógica de financiamiento y gestión de los servicios, así como su racionalidad y eficiencia. Si bien el discurso sobre la equidad persiste a lo largo del proceso de reforma, los logros en esta dimensión son poco relevantes y su contribución a la modificación de los determinantes sociales de la salud es prácticamente nula” (Escudero, 2012).

La distribución del presupuesto público en México observa un incremento sostenido más no importante en el presupuesto público con una distribución inequitativa entre las entidades, al incluir el seguro popular se incrementa el gasto en salud correspondiente a la Secretaría de Salud y en los servicios estatales de salud en un intento de sostener la cobertura en salud, afectando negativamente la asignación del presupuesto hacia otras instituciones como el IMSS y el ISSSTE. El gasto per cápita en salud se incrementó en la población asegurada en relación a la no asegurada en el periodo de estudio (Cabrera, 2015).

2.4 Efectos de las reformas económicas sobre los trabajadores del área de salud

2.4.1 Colombia

En una encuesta realizada al personal médico y de enfermería en Colombia afirmaron que las actividades preventivas y de promoción de la salud no habían mejorado, como consecuencia de implementación de políticas económicas en el sector salud, y el 62% de los encuestados reveló que la calidad de la atención médica había disminuido sustancialmente, adicionalmente la insatisfacción laboral y los niveles de estrés se incrementaron y manifiestan que tenían la necesidad de tener varios empleos a causa del deterioro salarial (Martínez, 2017; Ugalde y Homedes, 2005).

Caso de estudio en Colombia es el cierre del Instituto Materno Infantil en Bogotá, en el cual la conjunción de políticas tanto económicas como laborales llevo a la liquidación de los empleos de dicho instituto, caracterizado por un progreso de descapitalización, daño estructural, falla en la calidad de la atención otorgados por la institución y del lado del trabajador inseguridad laboral, salarios malos y ausencia de prestaciones sociales (Abadía, Pinilla, Ariza, y Ruíz, 2012).

2.4.2 México

Estudios realizados en México específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concluyen que existe un fenómeno de desensibilización en la práctica clínica. Consecuencia de una optimización feroz de los recursos y un incremento en la carga de trabajo acorde al modelo neoliberal y su filosofía, ya que demanda una fuerza laboral y perfeccionismo extremo, ignorando las necesidades, problemáticas y expectativas propias del trabajador dada su naturaleza humana (Ugalde & Homedes, 2005; Ugalde & Homedes, 2007). Lo anterior repercute en los contextos laborales, las relaciones interpersonales, y los fundamentos éticos que orientan el comportamiento

del trabajador, que a su vez impacta desfavorablemente en la calidad de la atención y en el bienestar social de la población (Saldaña & Omasta, 2017).

2.5 Efectos de las reformas político económicas en el sistema de Salud en México

Los resultados en salud de las políticas económicas implementadas las últimas tres décadas en México de 1980 a 2015 son similares a los observados en otros países latinoamericanos, el caso de México los resultados que se muestran en indicadores internacionales son confusos; como muestra la reducción en la razón de mortalidad materna de 90 casos a 34 casos (que significa que mueren 34 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos), sin embargo, en la estadística nacional la cantidad de muertes maternas reportada durante el año 2015 fue de 778 madres; de forma similar se observan los resultados en la tasa mortalidad infantil que muestran una disminución de 18.2 a 13 niños (que significa que mueren 13 niños durante el primer año de vida). Por otro lado, la población total del país se ha incrementado de 66 847 a 125 236 millones de personas durante este periodo, aun cuando la tasa de natalidad disminuyó del 34 al 17%, consecuente a la tasa global de fecundidad que disminuyó del 2.5 a 2.1, que se refleja en un decremento poblacional del 3.3% al 1.1%, sin embargo, se suma la esperanza de vida que se incrementó de 64 a 75 años de vida (INSP 2015; inegi.org.mx). Lo anterior refleja que aun cuando se abaten las muertes, y se controla la natalidad el total poblacional no muestra decremento lo que impacta en esperanza y calidad de vida, así como en la demanda de servicios y atención en salud.

Tabla 1
Indicadores Socio-demográficos en México

Indicador	1980	1990	2000	2005	2010	2015
Población total (millones)	66 847	81.2	100 569	107 026	110 645	125 236
Tasa Bruta de Natalidad*	34.4		21.1	20.1	18	17.7
Crecimiento poblacional Anual %**	3.3	2.8	1.3	1.2	0.9	1.1
Tasa Global de Fecundidad***			2.5	2.2	2.2	2.1
Esperanza de Vida (años)	64	70	74	75.7	76.7	75.5
Tasa Mortalidad Infantil por 1,000 nacidos vivos****			18.2	19.7	15.2	13
Razón de Mortalidad Materna por 100,000 Nacidos Vivos*****	90	85	77	54	51	34
Población Urbana (%)	44.3	66.3	74.8	76	80	79.2

Fuente: PAHO Indicadores 2000-2015 México; INEGI datos 1980-1990.

*Total de nacimientos entre la población total por 1000 habitantes

**Tasa de crecimiento poblacional en determinado periodo.

***Número promedio de hijos de una mujer conforme a la tasa de fecundidad.

****Número de defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos

*****Número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

Tabla 2
Recursos de salud en México: Acceso y Cobertura

	1980	1990	2000	2005	2010	2015
Médicos por 100,000 Hab.			11.9	15.6	14	21.2
Enfermeras por 100,000 Hab.			18.9	10.8	19	25.1
Gasto en Salud del % PIB	3.4	2.7	5.6	2.8	4.9	3.2

Fuente: PAHO Indicadores 2000-2015 México; INEGI datos 1980-1990.

La OCDE en 2009, México muestra los peores niveles de salud del grupo de naciones asociadas: la esperanza de vida al nacimiento de 75 años, es cuatro años menor que la media; sin embargo, la mortalidad prematura, expresada en términos de años de vida potencialmente perdidos antes de llegar a los 70, es la mayor del conjunto de países de esta organización, de esta forma, la mortalidad prematura en las mujeres, se reporta con 5,027 años de vida potencialmente perdidos por cada 100 mil mujeres; en la población masculina, la mortalidad prematura cobra 8,528 años de vida potencialmente perdidos por cada 100 mil hombres, sólo superado por Hungría (Cortázar, García, y Martínez, 2009).

Además, en México sobresale como el presupuesto en salud es notablemente reducido en relación al PIB y adicionalmente fluctuante durante los últimos 5 lustros, que permuta en un rango de 2.7% a 4.9% en 2010 para regresar al 3.2% en 2015. Lo anterior se expone en el deterioro de la infraestructura, en la disminución de la calidad de la atención en los sistemas de salud, y los diferimientos en atención (Guillen, 2013). En contraste a la reducción del gasto en servicios de salud, se observa un incremento en la demanda de atención resultado de la transición demográfica y epidemiológica que afecta al país, y se manifiesta en el incremento de la esperanza de vida (promedio de 11 años por individuo durante las últimas tres décadas) y en aumento de las tasas de obesidad y diabetes en México, donde 15.9% de los adultos tienen diabetes, más del doble del promedio de los países miembros de la OCDE de 6.9% (Domínguez & Gutiérrez, 2016).

En contraste, a lo expuesto en el párrafo anterior el número de personal de salud capacitado y disponible muestra un incremento en paralelo. La densidad de personal de salud se incrementó en el nuevo siglo iniciando con un promedio de 11.9 en el año 2000 y llegando a 21.2 médicos por 100,000 habitantes en el 2015, de la misma manera, la relación de enfermeras por 100,000 habitantes se incrementa de 18.9 a 25.1 enfermeras (inegi.org.mx). La persistencia de las problemáticas en salud se deriva principalmente que el Sistema de Salud de México continúa fragmentado en subsistemas distintos, que brindan atención en salud con diferencias sustanciales en

cobertura, financiamiento y acceso, cada uno dirigido a grupos poblacionales socioeconómicamente diferentes y específicos (Tamez González & Eibenschutz, 2008).

2.6 Efecto de políticas económicas sobre prestadores de servicios en el Sistema Nacional de Salud Mexicano

La globalización de políticas neoliberales que se ha filtrado por más de tres décadas en el subconsciente de la población en México deja cambios culturales importantes: disolución de referentes ideológicos, mediatización en constante ascenso, supeditación de la subjetividad a la racionalidad instrumental y preeminencia de las imágenes sobre las narrativas (Hopenhayn, 1997) (PNUD, 2002). Lo anterior refiere a la socialización de modelos deseables como fin es de la existencia y sus formas de obtención de dichas metas, generando nuevos patrones de actitudes y comportamientos.³ Según Hofstede (1980) los sistemas neoliberales promueven la masculinización cultural, proceso que se da en tres niveles: a). valórico (supera el valor de la persona y las relaciones humanas predominando el valor el éxito material) b). De conducta social: (se manifiesta abiertamente la competencia y el rendimiento sobre las acciones altruistas), y c). Afectivo (disminuye la vivencia y la expresión emocional, así como el soporte afectivo) (Hofstede, 1980).

La política de traza neoliberal y/o “la globalización” trae consigo incremento en los niveles de estrés psicosocial e incertidumbres e ineficiencias en las estrategias individuales de afrontamiento a los nuevos desafíos (Asún, Tapia, Páez, & Zubieta, 2001). La salud mental en la población se deteriora dentro de este estrés constante, manifestado en la contante de ascenso en violencia (intrafamiliar y en las ciudades), desintegración del grupo familiar, así como el incremento en prevalencia de las adicciones desde alcoholismo hasta psicotrópicos (Minoletti, López, & Monreal, 1999). En el ámbito laboral, la cultura neoliberal implica que los individuos tiendan a maximizar la atribución interna de logros y fracasos económicos. Lo que se traduce en la cultura hegemónica que la buena fortuna es resultado del mérito, capacidad intelectual y/o moral de los que la gozan. Lo cual es pernicioso ya que el individuo tiene poco o nulo control sobre los fenómenos y ciclos macroeconómicos. La finalidad de esta psicología atributiva es el control social, la homogenización y sumisión en contextos de conflicto social (Leyens, 1987). De esta manera surgen un nuevo tipo de individuos con una nueva identidad: individuos ante sí mismos y carentes de identificación grupal, cultural (Gutiérrez Valenzuela, 2005).

³ Gutiérrez Valenzuela, P. (2005). Neoliberalismo, subjetividad y formación de psicólogos en Chile: notas para una reflexión pendiente.

Los cambios constantes en las políticas favorecen que las personas y la sociedad en sí misma establezca como “normal” el anteponer las necesidades y/o prioridades individuales al bienestar común; por lo tanto, se debilita la solidaridad, la cooperación y los lazos de reciprocidad a la par que se fortalece el individualismo, lo que se filtra en todos los aspectos de la persona incluso en el ámbito laboral (Saldaña, y Ruiz Díaz, 2017). La política neoliberal necesariamente se acompaña de cambios en las condiciones laborales enfatizando el incremento en la productividad, la eficacia, la competencia desmedida, que conduce al desarrollo de ambientes de trabajo hostiles y exigentes, lesionando las relaciones interpersonales dentro de la organización y llevando al trabajador a situaciones de estrés y ansiedad. (Saldaña et al., 2017)

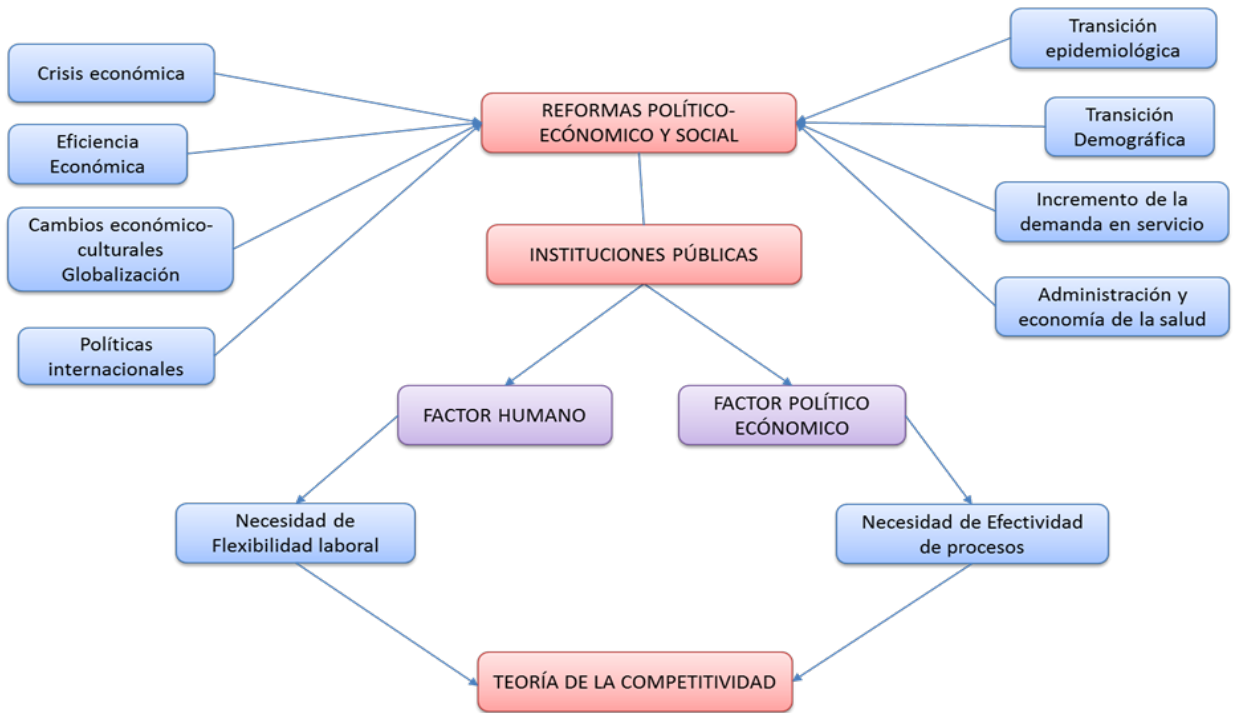
Es congruente con las políticas neoliberales la promoción de la flexibilización de la fuerza laboral a fin de reducir costos e incrementar la eficiencia, que implica cambios en horarios, salarios, cargas laborales, etc. Para los administrativos la presión de incrementar el ahorro conduce a decisiones como reducir gastos de mantenimiento y los insumos, lo que repercute directamente en la calidad del servicio (Ugalde y Homedes, 2005). Las políticas de mercado en los servicios de Salud confieren a la medicina un aspecto de negocios transforman al médico en “un hombre de negocios”, dejando de lado su actuar de servicio y acción de cambio para convertirse en un prescriptor (proveedor) de servicios y medicamentos, al servicio de la ganancia y en perjuicio del valor humano (Velázquez & Carbajal, 2017).

A manera de cierre de capítulo.

Sintetizando los puntos descritos en el presente capítulo destacan los factores económicos, sociales, epidemiológicos y políticos que han afectado al país en las últimas décadas del siglo XX y los primeros lustros del siglo XXI, impactando directa e indirectamente en las acciones, el curso, el presupuesto y configuración del sistema nacional de salud, como respuesta a dichos cambios, se suman las demandas de la población a los cambios ideológicos del personal de salud y la incertidumbre económica dejan huella en el desempeño del sistema en general. Se realiza una síntesis grafica de los diferentes factores que han incidido en esta situación para su mayor comprensión además se vincula con el marco teórico en el que se fundamentan dichos cambios.

Figura 2

Factores que inciden sobre los sistemas, como impactan en los sujetos



Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 3

Marco Teórico

Introducción al capítulo

Se divide el presente capítulo en cuatro apartados diferenciados, pero con relación directa a la problemática que se explora y el consecuente escrutinio de la literatura correspondiente. En el primer y segundo apartado se abordan los conceptos y descripciones básicos de la organización así como el porqué del uso de un estudio organizacional como estrategia de investigación, la teoría de la complejidad aplicada a la administración relacionada al talento humano que responde a estrategias específicas de competitividad y competencias utilizados frecuentemente en todo tipo de organizaciones, en el apartado 3 se describen a los sistemas de salud como organizaciones y se explica la selección de la ideología de Foucault como marco filosófico y referencial; finalmente el apartado 4 describe la metodología específica utilizada propuesta por Montano (2015), su aplicabilidad y utilidad en el presente capítulo.

Inicialmente, realizare una breve exposición de algunos de los componentes principales que integran y configuran la posición organizacional y la visión Foucaultiana trascendentes en el proceso de esta investigación como son el tema de la organización, la teoría de la complejidad la competitividad y la ideología Foucaultiana sobre la subjetivación.

3.1 La organización

En el siglo XXI las organizaciones deben comprenderse por encima del concepto definido de organismo social que exhibe tendencias, propiedades y elementos individuales, en la actualidad se distingue como un ambiente donde confluyen se desarrollan y manifiestan diversas situaciones sociales, en permanente transformación sistemática. Desde esta perspectiva los Estudios Organizacionales (EO) observan empíricamente a las organizaciones y llevan a cabo adicionalmente "un análisis sostenido de los impulsos organizativos genéricos que dan forma contemporánea a los modos de análisis, códigos de conducta, gestos sociales, vestido, los gestos, las posturas, las reglas del derecho, las disciplinas del conocimiento y así sucesivamente" (Chia & Tsoukas, 2003).

Siguiendo esta referencia referente al concepto de organización como lo proyectado, la organización en constante transformación se rediseña en un proceso social, confirmando a esta abstracción conceptual un carácter que se torna en hábitos, permitiendo su estudio. Por lo anterior,

la identidad del individuo se confecciona en las acciones propias de la organización (Chia & Tsoukas, 2003).

La organización en constante movimiento genera una configuración y adaptación permanente, instituyéndose como un objeto real en un contexto sociocultural e histórico específico. Cada organización transita un proceso de constitución y crea su propia historia que la diferencia de otras (Chia & Tsoukas, 2003).

3.2 Estudios organizacionales

Para comprender a la organización en su complejidad como fenómeno, la teoría de la contingencia aporta luz a los efectos del contexto, además del como la afecta directa o indirectamente desde formas múltiples y diversas, por lo tanto, las organizaciones adquieren protagonismo como elemento de escrutinio, esencialmente debido a estar bajo constantemente incertidumbre. Es así como, los afanes de fusionar un razonamiento o discurso es reemplazándolo por la singularidad, es decir, por lo particular y específico. De esta manera la organización destaca y llega a ser considerada un objeto para análisis, derivado de que los fenómenos sociales suscitados a su interior requieren más que ser solucionados deben entenderse.

La diversidad de perspectivas teóricas utilizadas concreta a los estudios organizacionales como una rama del saber que utiliza a las ciencias sociales con el objetivo de descifrar fenómenos sociales que se generan en las empresas. Es por ello que, los estudios organizacionales logran describir y encuadrar problemas organizacionales específicos tanto funcionales como operativos para posteriormente fundamentar la solución (Gonzales-Miranda, 2014).

Los estudios organizacionales se consideran un campo que examinan a la organización incluyendo su diseño y las prácticas específicas aplicadas a los sistemas y procedimientos que regulan esta acción, considerando que estos son consecuencia de las relaciones y fenómenos sociales fluctuantes, que se generan de aquello que integra, organiza y modifica una realidad dada. A través de los EO la organización adquiere un carácter instrumental, en otras palabras se analiza a la persona al interior de una institución, que recobra así la propiedad social partiendo de una posición no instrumental (Ibarra-Colado, 2006).

Los EO no pretenden encontrar una respuesta o teoría única, por sí mismo, el termino denota pluralidad, como una alternativa inclusiva en donde se manifieste la pluridisciplinariedad para complementar y descifrar los fenómenos organizacionales examinados (Repko, 2012).

Desde el enfoque metodológico los EO intentan reconstruir e interpretar procesos complejos de significados, buscarán la captación y reconstrucción de significados, utilizando para ello técnicas de

características mayormente inductivas que permita precisar desde una disposición holística (Brewerton & Millward, 2001; Hancké, 2009; Pawar, 2009).

Retomando la primera descripción sobre los EO propuesta por Nord, Hardy y Gregg al comienzo del "Handbook of Organization Studies":(Nord, Hardy, & Clegg, 1996)

“Definir hoy Estudios organizacionales no es una tarea fácil. Nuestro enfoque es conceptualizar los Estudios organizacionales como una serie de conversaciones, en particular de aquellos investigadores organizacionales que contribuyen a constituir las organizaciones mismas por medio de términos derivados de paradigmas, métodos y supuestos, ellos mismos derivados de conversaciones anteriores” (Nord et al., 1996).

Finalmente, la práctica de la investigación y enseñanza en los Estudios Organizacionales, está la necesidad de alterar el punto de inicio para el análisis, destacando las diferencias relacionadas con los esfuerzos para observar y considerando que las acciones de organizar, son complejas y suceden simultáneamente en diferentes lugares (de Freitas Duarte & Alcadipani, 2016).

3.3. Teoría de la complejidad en administración

3.3.1 La complejidad en instituciones de salud

Attinger propone analizar las políticas y estrategias de salud desde la perspectiva complejidad basándose en modelos dinámicos, la cual integra al análisis los niveles macro, micro y las transformaciones del entorno. Lorenz promotor de esta visión, inicia desde la teoría del caos que configurado como un supersistema teórico sustentada sobre concepciones de no linealidad, complejidad y factibilidad (Jaramillo, 2003).

Para dar respuesta al cuestionamiento de: ¿Qué es complejidad?, Spinelli & Testa describen como la complejidad puede manifestar diferentes expresiones: (Spinelli & Testa, 2005).

- En primer lugar, como elemento de un sistema de totalidades parciales: compuesto a su vez por componentes complejos y autónomos de nivel jerárquico inferior.
- En segundo lugar, desde la perspectiva heurística, no es posible explicarlo a través de modelos lineales.
- En tercer lugar, metodológicamente, es posible instruirse desde diversos niveles ya que actúa desde y en diferentes niveles de realidad.
- Por último, es multifacético, ya que requiere acciones transdisciplinarias de resumen para elaborar un referente y describirlo necesita acceder a discursos de disciplinas diferentes (Chorny, 1998).

Sin embargo, una organización está integrada y gestionada por personas además establece un marco jerárquico capaz de afectar la sinergia entre procesos, auspiciado por la fragmentación producidas por barreras culturales, disciplinares y de comunicación, lo anterior genera en múltiples ocasiones exclusión de miembros dentro de la organización donde se hace necesaria la trasdisciplinariedad en la construcción de un flujo de comunicación y colaboración favoreciendo la creación de vínculos entre las personas y los principios organizacionales. Las organizaciones tradicionalmente han sustentado los procesos de gestión sobre el control, el orden y los hechos predecibles, aquello que no puede ser controlable, como la incertidumbre y el caos, se cataloga como un evento desfavorable por lo tanto debe combatirse y/o eliminar a toda costa.

Para autores como (Nonaka, 1988; Sirdeshmukh, Singh, & Sabol, 2002), el caos es visualizado y estimado como elementos intrínsecos de la misma organización generando oportunidades de innovación a través de los disturbios emergentes, es por ello que recomiendan a directivos evaluarlos previo a combatirlos. Esta perspectiva de la teoría del caos es capaz de analizar escenarios de constante transformación, que requieren de respuestas creativas que involucran soluciones innovadoras, debido a estas características no responden ni son controlables mediante estándares habituales, generando una oportunidad de aprendizaje. La complejidad mediante el caos presenta oportunidades a la organización de auto organización, así lo manifiesta (Morin & Petit Fontseré, 2011) critican a las organizaciones burocráticas determinando como una patología administrativa a la excesiva centralización, a las múltiples jerarquías y procedimientos formales que inhiben la iniciativa y sentido de responsabilidad a los trabajadores quienes no pueden sino obedecer, mientras que un exceso de especialización aísla a cada componente en su compartimento y en su conducta, sin incitarlo a ejercitar su inteligencia, concluyendo que la de igual forma la especialización fragmenta los problemas e inhibe el sentido de responsabilidad de cada compartimento sobre el resultado del conjunto.

Los sistemas de salud en Latino América se identifican por su complejidad, resultado de una extraña emulsión entre alta centralización del capital económico, fragmentación, corrupción del sistema, persistencia de estructuras arcaicas en el Estado, las reducidas habilidades de gestión en directivos, deficiente estandarización para la formación de profesionales, las resistencias en la fuerza laboral, la ineficiencia en toma de decisiones y el valor social de las actividades que se desarrollan (Almeida-Filho, 2006).

El área de la salud muestra elementos exclusivos y específicos sustentando su complejidad y singularidad: cada nivel jerárquico tiene una alta autonomía hasta los de nivel bajo, lo que implica que los procesos de gestión son complejos. Lo anterior tiene bases en las características particulares

del sistema: trabaja con un objeto intangible como lo es la salud; Mintzberg describe a las organizaciones de salud como "las más democráticas de la sociedad", esto es por los elevados grados de autonomía que muestran aún los niveles jerárquicos bajos, estas organizaciones deben operar 24 horas los 365 días del año; se afana con el dolor, la vida y la muerte de las personas, al mismo tiempo los empleados preservan sus valores e ideologías durante el desarrollo y ejecución de sus quehaceres. Son escasas las instituciones en la sociedad que se apegan a estos atributos (Mintzberg, 2001).

3.4 Competencia y competitividad

El concepto de "Competencia" introducido en 1972 por David McClelland, ante la insatisfacción para predecir el rendimiento en el trabajo mediante las medidas utilizadas tradicionalmente. Al profundizar esta línea encontró lo que llamó "Competencias", las cuales permiten realizar una mejor predicción del rendimiento laboral, para ello era necesario estudiar al sujeto directamente en su ambiente de trabajo y contrastar las características de aquellos que resultan exitosos contra aquellos quienes son solamente promedio (McClelland, 1972).

La conceptualización de competencia está en estrecha relación al trabajo, que deriva de la contemporánea en donde se exige cada vez mayores habilidades individuales. En cada época el ser humano ha tenido que adaptarse al contexto que se presenta, sin embargo, desde finales del siglo XX el ritmo de cambio se ha acelerado cuestionando la capacidad del ser humano para adaptarse. Con la globalización todo ha cambiado y continua en cambio constante, el mundo se hace pequeño y el mercado se expande. El paradigma de la globalización ha traído consigo el paradigma de la competitividad (Hernández, 2016).

Michael E. Porter (1990), describe la competitividad como "la productividad que pueden alcanzar las empresas ubicadas en ese lugar". Las condiciones específicas de este espacio llegan a ser numerosas: un país, una región, una ciudad, un clúster o una organización, destacando entre ellas la aptitud de los estados para suministrar bienestar a su población. Porter contempla a las organizaciones como el plano donde se conjugan recursos humanos, naturales y económicos de un país, para producir bienes y servicios, de manera efectiva (Porter, 1990).

Actualmente la definición generalmente aceptada considera la competitividad cómo "la capacidad de una empresa u organización para desarrollar y mantener sistemáticamente ventajas competitivas que permitan alcanzar, obtener y mejorar una determinada posición en el entorno socioeconómico en el que actúa" (Acosta Molina, 1999).

La palabra “competitividad” implica más que la sencilla conceptualización semántica, al ser aplicada para implementar políticas públicas sin analizar los impactos en los distintos niveles de competitividad que ello requiere, creando una “obsesión peligrosa” como menciona Krugman (1994) al sesgar las políticas nacionales y amenazando el sistema económico internacional (Krugman, 1994).

En un esquema común, se observa como objetivo final de la competitividad originar prosperidad económica donde los individuos aumentan constantemente su calidad de vida (Alarco & Anderson, 2011).

3.5 Modelo de la Rueda de Competitividad

Sipper y Bulfin (1998) conforman el modelo de competitividad utilizando cuatro círculos concéntricos, donde cada círculo representa aspectos diferentes y específicos de los aspectos propuestos en la teoría de la administración y control de la producción. En el centro de este modelo se encuentra “el cliente” a partir del cual la organización dirige sus esfuerzos para dar cumplimiento a las demandas, expectativas y satisfacción de éste (Sipper & Bulfin, 1998).

En el segundo círculo que “envuelve” al cliente está el círculo de la distribución, que se refiere a lo que se le debe proporcionar al cliente y que se manifiesta como “calidad, costo y tiempo”. Además, cada proceso realizado y soportado por la organización, deben tener conciencia de la calidad, ya que a través de la mejora de la calidad se llega a controlar costos (Rojas, 2006). El costo se evalúa utilizando el consumo de recursos, por lo tanto, es responsabilidad de la administración la regulación de estos, para ello requiere establecer el origen y eliminarlo.

La representación circular visualiza como elemento central la satisfacción del usuario, el círculo de soporte, alberga aquellos elementos que requiere el sistema de producción. Al integrar los procesos se alcanza la reducción de los costos y los tiempos al tiempo que aumenta la calidad, componentes del círculo intermedio. El círculo de impacto, integra las resultantes entre las diversas interacciones entre los factores de soporte de la organización, de esta manera los elementos del círculo de soporte adquieren para la organización gran importancia, debido a que representa la cultura de la organización que refleja los valores, creencias y principios que sirven como axiomas.

Figura 3
Rueda de la competitividad



Fuente: Zipper D., Bufan R. (1996). *Planeación y control de la producción*.

En el IMSS la concepción del Modelo de Competitividad parte de este enfoque adaptándolo a los servicios públicos de salud. Permanece como objetivo central en el modelo la satisfacción de las necesidades del usuario en este caso particular “el paciente” alrededor del cual se proponen elementos dispuestos para alcanzar la mejora de los procesos de servicios.

Figura 4
Modelo de competitividad del I.M.S.S.



Fuente: *ABC de la Implementación del Modelo Institucional para la Competitividad “MC”*

En el “MC” se encuentra conformado por tres círculos concéntricos, donde en el centro se ubica al usuario, como receptor de todas las acciones derivadas de la organización o institución de salud, rodeado por los elementos que favorecen, o buscan mejorar la calidad, la satisfacción además del beneficio o impacto en los costos de la institución, finalmente, el tercer círculos lo representas los resultado que se obtienen en el ejercicio se las acciones administrativas y de gestión así como la participación de los mandos medios operativos.

La configuración particular del MC para el IMSS coloca al usuario al centro del modelo siendo foco de las acciones y/o estrategias, en la búsqueda de la competitividad institucional para beneficio del usuario, sin embargo, los resultados de todas las acciones, estrategias y gestiones ocupan el círculo externo se manifiesta como el elemento con mayor importancia del modelo.

Lo anterior se relaciona íntimamente con el análisis que realiza Foucault donde concluye que históricamente el discurso deriva del poder, por lo tanto el poder somete utilizando la verbalización de las obligaciones, sin embargo de la misma a forma fascina, aterroriza e inmoviliza (Foucault, 2002); debido a la estrategia discursiva que envuelve al MC en el IMSS, donde se presenta el usuario como centro y fin de cada acción implementada mientras en realidad el objetivo real son los resultados competitivos que se logran. En la crítica Foucaultiana se cuestiona la relación entre el poder y el conocimiento además de las formas en que esta relación se encuentra instalada en las prácticas cotidianas de los sujetos (Cheek & Rudge, 1993; Dzurec, 2003; Fox, 2000). El objetivo de este análisis no es cuestionar si los discursos son verdaderos o no en relación al conocimiento, pretende describir los efectos de dichos discursos, para proponer posturas diferentes desde las cuales cuestionar o transformar los discursos dominantes que perpetúan estereotipos en relación a determinadas prácticas, aceptados sin crítica previa (Manias & Street, 2000; Meyer, 2005; Wodak & Meyer, 2009).

3.6 Los sistemas de salud como organizaciones

La teoría de la administración ha intentado dar respuestas y/o explicaciones a fenómenos observados en las organizaciones partiendo de la forma, del desarrollo de la organización, los modelos emergentes, la estructuras, los elementos, etc., sin llegar a un consenso y sin lograr estandarizar la explicación del comportamiento integral de la organización desde el punto de vista financiero, estructural y humano. El reconocer la complejidad que alcanzan las organizaciones en la actualidad, permite contemplar los problemas derivados de las mismas desde una perspectiva multidimensional, y contemplar cómo sobrepasan la capacidad de respuesta desde una sola área disciplinar, por lo que se traslapa más de un campo del conocimiento para el estudio de los problemas derivados de la organización, generando la necesidad de utilizar diferentes enfoques, teorías y métodos para abordar la problemática organizacional desde diversas perspectivas como: la estructura, el talento humano, las estrategias, la cultura, el clima organizacional, etc., (Pérez & Perea, 2016).

Para explicar el éxito de una organización se han descrito como se interrelacionan las diferentes estructuras en su interior, lo cual implica trabajar de forma coordinada, sinérgica, en constante comunicación, colaborativamente, etc. Algunos resultados cuestionan la veracidad de la afirmación

anterior, sin embargo, la evidencia ha mostrado resultados ambivalentes, lo que lleva a la búsqueda de otros factores que intervienen en estos fenómenos y que contribuyen a explicar el éxito o fracaso de una organización. En los últimos años se ha incrementado tendencia de cambiar la gestión jerárquica tradicional por cooperación orgánica a fin de reducir errores en la atención general de los procesos (Horwitz, Horwitz, & Barshe, 2011).

Los abordajes en la actualidad han evolucionado del tradicional concepto de empresa hacia organización, las investigaciones pretenden comprender a la organización como ente complejo por lo que se le toma como objeto de estudio, es dentro de esta corriente que los estudios organizacionales (EO) han ganado prestigio, esto deriva, de que los EO implican atender diversos objetos de estudio (organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales, etc.) generando un campo de estudio con mayor amplitud, además incorporan la investigación de fenómenos aparentemente no organizacionales. En resumen, la diferencia de enfoque de los estudios organizacionales es su enfoque a la organización propiamente dicha desde los espacios difusos, cambiantes, estructurados y estructurantes donde se relacionan los individuos entre sí, con los procesos administrativos y productivos dentro de contextos ambiguos y complejos en un marco de acción organizada; dicho de forma simple los EO se enfocan en el estudio y análisis del fenómeno organizacional en su amplia diversidad (De la Rosa Albuquerque, Lozano Carrillo, & Ramírez Segura, 2009).

Por tanto el problema de investigación percibido en los Estudios Organizacionales radica en cómo acceder a comprender la complejidad organizacional, es decir, explicar cómo una acción local impacta al todo y cómo una manifestación del todo modifica lo local (Morin, 2002).

En instituciones públicas prestadoras de servicios de salud donde se mezclan la administración con la medicina, considerando que la medicina se ha caracterizado por su alta especialización, que condiciona cierto aislamiento paralelo a la subespecialización del área, se suma la necesidad de comunicación y coordinación constante con el campo administrativo mediante acciones de gestión organizacional, problemática está presente en instituciones públicas como privadas, donde el personal responsable de operacionalizar acciones y programas son los mandos medios, los cuales están subordinados al seguimiento y aplicación de normas y políticas establecidas por la propia institución, de esta forma estos personajes se encuentran en un contexto fraccionado, jerarquizado y normalizado.

3.7 Perspectiva Foucaultiana en instituciones públicas.

La perspectiva desde el individuo como punto central de una organización ha surgido como temática de estudio, uno de los filósofos que más ha analizado esta perspectiva es Michel Foucault; este autor en “Vigilar y Castigar” plantea:

“Hay que admitir que el poder y el saber se implican directamente el uno al otro; tanto que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder. No es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, útil o reactivo al poder, sino que el poder-saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen, son los que determinan las formas, así como los dominios posibles de conocimiento” Foucault (1975).

El objetivo principal es convertir el tiempo y el cuerpo del hombre en fuerza de trabajo ligado al aparato productivo. Las instituciones públicas incluida las de servicios de salud, no se han marginado de las estrategias administrativas de eficiencia y efectividad, logrando que los individuos dentro de estas organizaciones modifiquen sus actúes en relación a las actividades que se les adjudican, haciendo del trabajador un objeto sujeto a medición de productividad, y de acciones de mejora de la calidad, dentro de un ambiente de escasez económica que se ha instalado en el Estado desde finales del siglo XX (Vázquez García, 2009a).

De esta manera, los individuos han acaparado los estudios de desempeño y eficiencia dentro de las organizaciones en la búsqueda de incrementar la eficiencia, siendo el control elemento del ciclo administrativo el que adquiere un papel protagónico en los contextos de trabajo. El sujeto es dejado de lado como unidad aportadora de conocimiento siendo tratado como objeto de productivo moldeable.

Michael Foucault entre 1971 y 1977 propone una “analítica del poder” donde cuestiona los modelos jurídicos y económicos, que conciben al poder como una acción que emana del Estado, sin embargo, el poder no se concentra en un lugar específico, Foucault explica al poder como una trama con interconexiones capaz de traspasar todo cuerpo social, de formas difusas, invisibles y generalizándose hacia todas y cada una de las relaciones del ser humano, este ejercicio del poder desde grados capilares es aquello que Foucault refiere como “microfísica del poder” que lleva a consolidar las mayores estrategias estatales con solo apuntalar esta fuerza molecular (Vázquez García, 2009a).

Adicionalmente Foucault propone identificar la “hipótesis represiva” que identifica la lógica represiva del poder que identifica como: censura, imposición de silencio, exclusión, represión, etc., reconociendo el ejercicio del poder como un método que conforma una estrategia fértil (La voluntad

del saber). Es de esta manera desemboca en *vigilar y castigar* donde pone de manifiesto cómo la individualidad resulta del actuar político sobre los organismos, donde el poder se despliega usando objetivación y a través de la individualidad funciona también por subjetivación. Finalmente transforma la “hipótesis productiva en una represiva”, donde los métodos de encauzamiento disciplinarios y el examen continuo (ejemplificados en las instituciones correccionales) funcionan como observatorio de las conductas humanas que tras ser evaluadas intentan implementar un nuevo tipo de subjetividad (Vázquez García, 2009b). Con esta suerte, los métodos catalogados en estos entornos disciplinarios se manifiestan como moldes políticos para la configuración de los individuos. En las que se interrelacionan prácticas administrativas, relaciones sociales, comportamiento y cultura organizacional al interior de una organización que conforma equipos de trabajo para asegurar la eficiencia, sin embargo, el ejercicio inadecuado del trabajo de un equipo, puede contribuir al estancamiento o retroceso en procesos y servicios, trascendiendo a bajo rendimiento laboral, re-trabajo, generando pérdidas económicas e insatisfacción del usuario (Meyerson & Kline, 2008).

3.7.1 Michel Foucault en la organización de salud

Con la finalidad de explicar los constructos propuestos por M. Foucault en el presente trabajo y dada la dispersión de los mismos dentro de la obra del autor, propongo una organización de conceptos para su abordaje posterior, iniciaremos describiendo y distinguiendo las prácticas morales, seguido por una mención sobre las prácticas discursivas, para posteriormente puntualizar las relaciones de poder, prácticas de libertad, prácticas disciplinarias (mecanismos de poder), planos de subjetividad, biopoder y finalmente explicación de la gubernamentalidad que se dan en el contexto de la atención a la salud.

El nombre y la obra de Michel Foucault con frecuencia se relacionan, al tema del poder. Foucault ha marcado una nueva pauta para hablar sobre el poder que sería incorrecto hacer una reducción de su trabajo a los límites de dicho concepto. Habría mejor que pensar “que no era el poder sino el sujeto el tema de sus investigaciones y que para comprender la objetivación de éste era precisa una nueva concepción del poder, de ahí su dedicación a ello.” (Álvarez, 1995). En una entrevista publicada en el año 1982 el mismo Foucault subrayaba sus intenciones: “Mi objetivo, más bien, ha sido crear una historia de los diferentes modos en virtud de los cuales, en nuestra cultura, se convierte en sujetos a los seres humanos.” (Foucault, 2001).

M. Foucault realiza una crítica severa y radical sobre grandes temas –históricos, médicos, jurídicos y filosóficos- lo que finalmente lo conduce a proponer un diagrama sobre las formas de objetivación que transforman a los seres humanos sujetos partiendo del análisis de:

1. Los enfoques y métodos de investigación autonombrados ciencia
2. Las prácticas discriminativas que sitúan a los individuos en diferentes posiciones
3. Los modos en que los hombres se reconocen como sujetos de poder (Foucault, 2001)

Foucault insistía en que “...tenemos que conocer las condiciones históricas que motivan nuestra conceptualización (...) el tipo de realidad de la que nos estamos ocupando” (Foucault, 2001. p.422). Ya que es mediante la contextualidad que sirve de filtro epistemológico que permite conceptualizaciones específicas de la realidad.

El autor toma al sujeto como pieza central de sus análisis filosóficos, elaborando una serie de trabajos entorno a la historicidad del conocimiento y del sujeto. El objetivo era realizar un recuento crítico-analítico de la historia y proponer un esquema de cómo lo que asumimos como verdad se ha ido constituyendo históricamente; es decir, del conocimiento “del sujeto” como un hecho histórico. Partiendo de lo anterior, plantea un análisis de tipo arqueológico en el que se comienza a esbozar la idea de “que los discursos son prácticas, que no son simplemente conjuntos de signos, sino que muestran algo más”. (De la Higuera, op. cit. p.23). Esta perspectiva ubica al lenguaje, y por ende a los discursos, como objetos con historicidad expuestos a eventualidades y contingencias.

Resulta complejo explicar el proceso por el cual Foucault va trazando su pensamiento y su acción, así como lo es separar y codificar su obra en arqueológica y/o genealógica. Hasta aquí, solo se ha intentado establecer el lugar que le corresponde al tema del sujeto desde la perspectiva Foucaultiana; que no se encuentra en un punto específico, o en un texto concreto. A través de sus trabajos se observa cómo se fueron puliendo las herramientas, a la par que se iban precisando y agregando conceptos, para la comprensión del sujeto moderno.

La necesidad Foucaultiana por el mundo concreto, la realidad material e histórica lo hace pensar ante todo al sujeto como ser humano y, por tanto, como cuerpo viviente (Foucault, 1984. p.109). Y en este sentido serán explicadas las relaciones de poder. Las posibilidades de tratamiento del cuerpo se sitúan desde dos perspectivas: la del cuerpo-máquina de vigilar y castigar y la del cuerpo-deseo de la voluntad de saber. El interés de Foucault en investigar, analizar y criticar ciertas prácticas (que constituyen discursos) va en esas dos direcciones. Porque, finalmente, son los discursos los que establecen las prácticas legitimadoras de sentido, ya sea por medio de su propia elaboración o de las prácticas disciplinarias.

3.7.2 Actualidad del pensamiento de M. Foucault en sistemas de salud burocráticos

Michel Foucault propone una descripción del individuo como generador de la realidad social, por lo que gran parte de sus investigaciones se enfocaron en examinar las diversas maneras que adquiere

el gobierno para vigilar y orientar el comportamiento individual, esta vigilancia y manipulación se da a través de instituciones como las médicas, las escuelas, la fábrica, el ejército, etc. Dentro de estas entidades los individuos adquieren o se adaptan a severas pautas corporales, catalogadas como la manera “correcta y normal” de conducirse y subordinarse que determina el nivel de éxito, que se impone como garante del orden social (Sossa Rojas, 2011).

Foucault describe los objetos de discurso (formación, locura, aprendizaje...) presentes en el encuadre de un orden específico de conducta. Cada realidad adquiere ciertos objetivos, ausentes para otras. Estos objetos pueden ser visibles “se habla a todas voces”, en permanente circulación, por lo que se consideran genuinos. Existen otros objetos catalogados como “penados” que aun cuando no se hablen, sin embargo, existen. Ambas clases de discursos conforman las prácticas discursivas que se materializan al girar y referirse a instancias de poder, conocimiento y subjetividad, además de estudiarse a través de las superficies de emergencia, de las instancias de delimitación y de las rejillas de especificación.

Para explicar las superficies de emergencia, Foucault (1999) las describe con la capacidad para “mostrar donde pueden surgir, para después ser designadas y analizadas, esas diferencias individuales que, según los grados de racionalización, los códigos conceptuales y los tipos de teoría, recibirán el estatuto de enfermedad, de anomalía” (p. 66).

Llevando estas ideas, al ámbito administrativo en servicios de salud específicamente para el área médica operativa examinamos y exponemos las superficies de emergencia que moldean objetos como formación, disciplina, entre otros para cuestionar sobre ¿cómo y dónde surgió?, ¿cómo fue designado y analizado en un momento histórico determinado?, ¿porqué fue nombrado así?, ¿cómo, porqué emergió este objeto y no otro?, ¿qué nombres ha recibido con el transcurso del tiempo? De igual modo sería preciso cuestionarse de qué forma, en los últimos años, está siendo nombrado este concepto, renombrándose, con qué nuevas dimensiones.

Foucault propone a las instancias de delimitación como una herramienta de razonamiento capaz de marcar límites como una organización normada, tomando como ejemplo, el cuerpo médico está constituido por individuos tanto como saberes y prácticas, reconocido como una competencia tanto por la opinión general, por la justicia y la organización misma.

Una herramienta de análisis que propone Foucault son las instancias de delimitación, a las cuales permiten marcar límites como una institución reglamentada, es decir: el cuerpo médico está constituido por individuos tanto como saberes y prácticas, reconocido como una competencia por la opinión, la justicia y por la administración. Además, cada instancia privilegia saberes y prácticas específicos al privilegiar unos sobre otros (procesos de selección) a la vez que excluye otros.

Adicional a lo anterior, se puede proponer cuestionamientos sobre los tipos de formación se reconoce y nombra como la privilegiada, ¿qué tipo de subjetividad intenta promover?, ¿qué tipo de procesos favorece?

Otra herramienta conceptual propuesta por Foucault (1999) para el análisis de los objetos son las rejillas de especificación, utilizadas en el ejemplo de psiquiatría, “de los sistemas según los cuales se separa, se opone, se entronca, se reagrupa, se clasifica, se hacen derivar unas de otras las diferentes ‘locuras’ como objetos del discurso psiquiátrico” (p. 68).

Para este estudio, el constructo sujeto y la descripción del procedimiento para la constitución de la subjetividad tomando como base las concepciones y argumentos de M. Foucault, refiriéndose a las maneras adoptadas para describir al individuo transformándose en argumentos que excusan órdenes específicos (Sisto, 2000). Sin embargo, desde una visión discursiva (Potter & Wetherell, 1987), se intenta disculpar acciones determinadas, tales como, la implantación de conductas sociales específicas. Concretando, se interpreta como consonancia a la subjetividad la cual surge y se transforma durante las interacciones lingüísticas diarias en ambientes particulares, construyendo al conjuntar discursos legitimados por la población referentes al ser, sirve como ejemplo, los argumentos institucionales.

3.7.3 Michel Foucault en el marco de instituciones públicas de salud del siglo XXI

Michel Foucault ha sido referente en teorías que intentan explicar las conductas de los individuos dentro de cualquier organización sin importar el tamaño y/o ubicación geográfica, propone y renueva los parámetros y marcos explicativos filosóficos con la finalidad de comprender las complejidades de las realidades, propone nuevas maneras de observar a los individuos, describe al discurso como herramienta y vehículo que permanece anidándose mediante una constante y sistemática repetición. El impacto principal dentro de la administración del pensamiento Foucaultiano es en estudios organizacionales debido a que él mismo considera a la organización como espacios de gobierno donde confluyen saberes y prácticas que diferencian a individuos y poblaciones, con sus consecuentes efectos diversos. Es así como desde esta perspectiva es posible intentar explicar las relaciones y procesos que revelan la constitución y cambios de los espacios institucionalizados en los que operan individuos, grupos y comunidades. Adicionalmente desde esta visión es posible re-contextualizar los saberes organizacionales, permitiendo la reinterpretación de los saberes actuales y los instrumentos de administración que inciden como tecnologías en las prácticas sociales vinculadas al ejercicio cotidiano del poder (Clarke, Clegg, & Colado, 2000).

El sujeto

Foucault presenta al sujeto como uno de los soportes vitales para el análisis (Castro Orellana, 2004), para ello presenta diferentes acercamientos: una es la noción del sujeto como categoría de análisis, por otro lado lo utiliza como entidad experimental sujeta oprimida mediante ciertas clases de dominación, en otras palabras, un sujeto que se subyuga debido a un dispositivo o a una manera coercitiva ante otro, la subjetividad se alza como elemento prioritario y transfigurada a través de interacciones con el poder y el saber, recibiendo la denominación de “subjetivación”(Foucault, 1975).

Para Foucault (Foucault, 2001) el sujeto es un constructo que transita constantemente desde un individuo constituido hacia otro que se autoconstituye permanentemente. En este tenor, el término de “sujeto” hace referencia a dos dimensiones: “sujeción” individuo sometido ante otro, subordinación a través del control y atado a cada uno de mecanismos de individuación establecidos en la cotidianidad por aquellos que ejercen el poder; y “subjetivación” refiere a un individuo cuya conciencia o conocimiento de sí lo liga a su identidad, conforma una extensión de la subjetividad que se refiere a la “relación consigo mismo” lo cual, según Deleuze (1987, p. 133), es “la regla facultativa del hombre libre”, “En ambos casos, la palabra (sujeto) sugiere una forma de poder que subyuga a alguien y lo a sujeta, lo convierte en sujeto de alguien” (Bornhauser, 2006).

El propio Michel Foucault (1992) propone el concepto de “sujeto” como un producto que emerge a través de la creación de subjetividad, como resultando del contacto con prácticas discursivas concretadas de acuerdo a las circunstancias contextuales del momento histórico particular que las genera, justificando al sujeto como un resultado de la historia y de los poderes con los que convive. Por otra parte, el poder constituye y remodela activamente al sujeto, mediante las prácticas discursivas, asegurando y restringiendo las condiciones de existencia asociado a un orden social del que no puede escapar: *el orden del discurso* (Foucault, 1973).

El discurso

El *orden del discurso* obra de Foucault se constituye como referente para la interpretación de las políticas públicas desde la visión Foucaultiana de dispositivo, con las respectivas implicaciones sobre la construcción del sujeto. En esta obra, se hace referencia a “la formación efectiva de los discursos; bien, en el interior de los límites de control; bien, en el exterior; bien, más frecuentemente, de una parte y otra de la delimitación” (Foucault, 1973). Estos discursos limitan y se condicionan a los factores que le otorgan el poder de donde emergen, pues en las sociedades “la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el

acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad,” (Foucault, 1973) constituyendo la trama de control social que le sujeta y termina por ser un objetivo para el poder que utiliza los discursos, su racionalidad y utiliza sus proposiciones como el medio para dominar y saber.

Los discursos deben integrarse con ciertas características:

- El principio de trastrocamiento: lugar donde, se considera reconocer el origen de los argumentos, lugar donde surge su abundancia y continuidad, en esas figuras que parecen jugar una función positiva y reconocer el juego negativo en un corte y en el enrarecimiento del discurso,
- Un principio de discontinuidad: hábitos intermitentes entrecruzados o yuxtapuestos, que además permiten ser ignorados o excluidos
- El principio de especificidad: el discurso no representa un conjunto de significaciones, no considerar la realidad como un rostro descifrable que se gira hacia el sujeto.
- Un principio de la exterioridad: no transitar del discurso al significado considerándolo manifiesto en su interior, sino como una parte estructural del mismo, la cual le otorga la forma y la regularidad con la que se manifiesta, de esta forma va desde estas condiciones externas de aleatoriedad hacia lo que motiva y facilita estos acontecimientos además de establecer los límites (Foucault, 1973).

En este tenor se configuran las aportaciones de Foucault para la interpretación de los discursos políticos como dispositivos, reconociendo al interior de ellos posibilidades, acontecimientos, series y regularidades que emiten propiamente los discursos, y es partiendo de ellas que se generan las estrategias y diagramas que se reconfiguran dentro de las tramas sociales, integrando de este modo las prácticas discursivas como las no discursivas, dentro de la discontinuidad histórica. En otras palabras, el autor pretende utilizar los entornos y las herramientas construidas al generarse los discursos, relacionadas con las prácticas sociales que surgen y dejan entrever en ellos las relaciones de poder y fuerza, dicho de otra forma: el poder que se implanta utilizando concordancias constantemente actualizada a través de enunciados.

Es posterior a este planteamiento que resulta evidente la insuficiencia para describir los contenidos discursivos como una habilidad natural del lenguaje en respuesta a la realidad, ya que adquieren magnitud entorno a las relaciones entre el poder y el deseo. Foucault, en *el orden del discurso*, analiza múltiples procedimientos y discursos de exclusión conformados a través de la historia, como: El de lo prohibido donde todo se mueve sobre tabúes y/o prohibiciones “la sexualidad y la política son las regiones en las que las mallas están más apretadas,” (Foucault, 1973). Y partiendo

de estas prohibiciones se establecen las reciprocidades entre el deseo y el poder ya que el poder se transforma en el objeto de deseo.

De este modo, las relaciones de poder descritas por Foucault surgen como procesos de superposición viable solo por la estrecha relación entre poder, saber y verdad, a través de las cuales se ejerce el poder de unos hacia otros (Foucault, 1999)

Las Prácticas discursivas

Foucault mediante este planteamiento intenta describir como los contextos sociales, culturales, políticos y económicos favorecen tanto el origen como la creación de formaciones discursivas, en estas condiciones especiales favorecen el origen de prácticas discursivas y no discursivas, así como los territorios de saber con sus relaciones de verdad. De esta manera es como los discursos dan forma sistemáticamente a los objetos que mencionan y describen. Foucault añade con relación al discurso psiquiátrico, que un discurso novedoso requiere “definir aquello de que se habla”, “darle el estatuto de objeto”, de esta forma “hacerlo aparecer”, “volverlo nominable y descriptible” (67-68). Para Foucault el objeto, no adquiere o representa un vínculo con el cúmulo de enunciados, él mismo está constituido, por esas formulaciones.

En forma práctica y para el fin de esta investigación tomaremos una definición simple de formación discursiva como plataforma de transformación típica dentro de un conglomerado de discursos. Para Foucault, una constitución discursiva se conforma de un a priori histórico, una actitud de positividad que “define un campo en el que pueden eventualmente desplegarse identidades formales, continuidades temáticas, traslaciones de conceptos, juegos polémicos” (215). Este a priori se transforma en requisito de autenticidad a los enunciados (Foucault, 1989).

El conglomerado de oraciones integrados en esta base de manipulación y transformación de una formación discursiva y a través de ella, colabora en este tipo de prácticas discursivas. Esta práctica, revela Foucault, “no se la puede confundir con una operación expresiva por la cual un individuo formula una idea, un deseo, una imagen; ni con la actividad racional que puede ser puesta en obra en un sistema de inferencia; ni con la ‘competencia’ de un sujeto parlante cuando construye frases gramaticales; es un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (198).

Finalmente, para cuestiones pragmáticas la eficiencia interpretativa de una formación discursiva resulta de que los sujetos comparten el mismo horizonte de objetos que constituyen mundos discursivos similares, por lo tanto, desarrollaran las mismas prácticas discursivas que, a su vez,

involucran la racionalidad responsable de dar sentido a las acciones del sujeto, que además muestra una naturaleza metódica. Esta forma ciclada y ordenada que le confieren a las prácticas discursivas implantan descripciones adquiridas a través de procesos de socialización primaria (Balsa, 2017).

3.7.4 Objetivación del ser humano perspectiva de Michael Foucault

Subjetividad

La subjetividad determina las maneras a través de las cuales las personas se transforman y emergen como sujetos, la constitución del sujeto se concibe específicamente utilizando diversos discursos (Sauquillo, 2004). Así es como la subjetividad puede ser normalizada cuando se le suman objetivos específicos de productividad, efectividad y funcionalidad del sistema administrativo, creando una subjetividad que integra una afinidad entre el saber y el conocer, determinada mediante cuantificaciones científicas para la formación del yo (Castro Orellana, 2004).

Una organización puede entenderse utilizando la subjetividad o los métodos de subjetivación que le confieren singularidad, esto es consecuencia a que una organización está conformada por individuos, adicionalmente estos individuos aportan, comparten y adquieren individualidad a la sociedad dentro de la organización. Complementado lo anterior surge la retroalimentación desde los procesos y partiendo de este punto la organización muestra la habilidad de concebirse como una unidad formadora de valores y de moral. Debido a lo anterior cada individuo está sujeto a estadios sociales y técnicos que produce ciertos estereotipos de individuos inmersos en un inevitable y constante proceso de evolución, que moldea e influye a los vinculados, así como a las formas específicas de relacionarnos como sujetos.

En conclusión, para comprender el constructo de subjetividad deberá concebirse como una conjunción de ideas, sensaciones, acciones, actitudes, motivaciones y sentimientos que impulsan y guían la conducta de una persona durante sus interacciones constantes con la realidad (Gilles Deleuze, 2005; Foucault, 2003). Es por lo anterior, que se configura la idea de la construcción de la subjetividad bajo diversas actúas tanto sociales como organizacionales, ciertas acciones se muestran formalmente utilizando documentos y en otras participan los individuos al escucharlas y verlas, por tanto, esta subjetividad la va construyendo internamente el propio individuo a manera individual y se manifiesta socialmente en armonía con el contexto (García & Flores, 2011).

Esta armonía dada entre el individuo y su ambiente no cabe conceptualizarla en aislamiento por el contrario se estructura al interior de la organización que en paralelo permiten que emerjan y se desarrollen. La totalidad de los contenidos expuestos por Foucault referente a como la subjetividad es consecuencia de la manifestación de los procesos de normalización que afectan al sujeto, a esto

se le denomina como los dispositivos disciplinarios que se integran con la finalidad de crear una mentalidad afín a los contextos culturales existentes (G Deleuze, 1989).

En este punto es necesario puntualizar la relación que existe entre subjetividad e identidad, surge al presentarse interrogantes como: ¿quién soy? o ¿quién soy frente al otro?, adicionalmente también se manifiestan diferencias entre ellas, esto es la subjetividad es un mecanismo conformado por acciones con significado cultural, ideológico y social. En contra punto la identidad se construye al reconocer características similares o no entre personas y/o grupos. En otras palabras, el individuo es resultado de su historia, acciones condimentado con el significado que aporta la colectividad y se manifiestan en la conducta, en los discursos y en los pensamientos es decir, la subjetividad (García & Flores, 2011).

Las disciplinas del poder

Foucault (1996b), describe la disciplina como una “anatomía política del detalle”, donde el organismo compuesto de movimientos, acciones, gestos, entre otros, adquieren relevancia para conformar formas diversas de modular la conducta. Partiendo de este punto Foucault entiende a instituciones como la escuela, el cuartel, el hospital, el taller como zonas en las que se aplica una lógica financiera o técnica con este enfoque místico al detalle, que pretende convertir al cuerpo humano en un cuerpo más obediente y más útil. De esta manera, la disciplina estructura cuerpos subordinados y adiestrados, dicho de otra forma: cuerpos “dóciles”(Foucault, 1996b).

El poder disciplinario descansó sobre el precepto afín con el auténtico y definido derroche de poder favorecer el crecimiento constante y directamente proporcional de las fuerzas de cuerpos sometidas y de la eficiencia de quien ejerce el poder (Foucault, 1996a).

Esta observación lleva, según Foucault (1996), tres principios universales para la vigilancia, la disciplina y el control que detallan el ejercicio de la sociedad disciplinaria:

- El principio de clausura distribución eficiente del espacio
- El principio del cuerpo eficiente actúa en consonancia a tres acciones sistematizadas: horario, maniobra y entrenamiento.
- El principio del comportamiento correcto, participa como forma para influir y someter la voluntad. Actúa practicando tres componentes principales del mundo moderno: vigilancia jerárquica, sanción normalizadora y evaluación.

Sustentado en tres principios se hace evidente que el poder disciplinario Foucaultiano opera con frecuencia apegado al modelo de economía calculada que pretende siempre supeditar los cuerpos y rectificar conductas en los sujetos. Adicionalmente demuestra cómo el poder disciplinario “fabrica”

personajes sometidos a modelos, indicaciones, correctivos, hábitos y principalmente a objeto de una autoridad que se ejerce sobre él. Es de esta forma que el poder disciplinario “fabrica”, crea, sujetos manejables. Dentro de este proceso al tiempo que el poder da forma a estos “sujetos” crea también un saber para ellos mismos y es así como los objetiva. (Ver tabla # 3)

Tabla 3
Principios del poder disciplinario de Foucault en relación al MC

Principio	Definición	Mecanismos	Herramienta	Consecuencia
Principio de Clausura	Distribución del espacio	Espacio analítico		
		Espacio celular		
		Espacio serial		
		Espacio Funcional	Aislamiento	Confinamiento espacial durante la jornada laboral
		Espacio Jerárquico	Limitación de libertad de decisión	Requisito de contar con firma de autorización
Principio del cuerpo eficiente	Organización del tiempo	Horario	Checador biométrico	Pérdida Económica
		Maniobra	Programación del horario	Amonestación verbal
		entrenamiento		
Principio del correcto comportamiento	Dominación y disciplinamiento de los individuos	Vigilancia Jerárquica	Cédulas de supervisión	Amonestación verbal
		Examen	Indicadores desempeño	Premio anual al merito
		Sanción normalizadora	Evaluación productividad	Reconocimiento económico por producción

Fuente: elaboración propia con base en los planteamientos de Norman B. Macintosh (2002).

Las disciplinas aparecen con un doble sentido en relación con el poder y la distribución de los individuos en un espacio social. Por un lado, como tecnologías que construyen, constituyen y someten al sujeto, y por otro como una red que intermedia al conocimiento (Foucault, 2000).

A través de esta perspectiva del poder disciplinario, cabe aclarar que este tipo de poder al que hace referencia Foucault que ha designado como gobierno de los hombres “es ahora conocer y manejar las fuerzas y capacidades de los individuos, miembros de una población, entendidos como recursos que deben promoverse, usarse y optimizarse” (Dean, 1999).

En la obra, *el orden del discurso*, se aclaran entre otras cuestiones las ligadas a los procedimientos de control. Los detalles que ahí aparecen van a hacer explícitas algunas de las formas en las que el poder se ejerce a través de los discursos. Además de los procedimientos de control codificados en tres tipologías diferentes (Foucault, 1989):

1. Procedimientos de exclusión; que se refieren a la “voluntad de verdad” a la que responden, en cuanto a la valoración de lo verdadero y lo falso, a la distinción entre razón y locura, y en cuanto a las prohibiciones.
2. Procedimientos centrales al discurso; los que lo limitan por su “peligrosidad”, los que marcan los dominios y las definiciones de los espacios de verdad.
3. Procedimientos de limitación del acceso de los sujetos al discurso; como los rituales, las sociedades de discurso, las doctrinas o los sistemas de apropiación del discurso.

Las problemáticas de las prácticas discursivas permean varios de las obras de Foucault y permanecen casi como una constante que atraviesa su pensamiento ya que se toman como constituyentes del sujeto, en cuanto que son éstas las que dicen de él, las que articulan su conocimiento (Álvarez, 1995).

En *vigilar y castigar* desarrolla sus exploraciones sobre la relación poder-cuerpo-saber, desde un enfoque genealógico reconstruido referente a las instituciones carcelarias. Se dedica a describir las disciplinas como:

“...técnicas para garantizar la ordenación de las multiplicidades humanas. (...) intentan definir respecto de las multiplicidades una táctica de poder que responde a (...) hacer el ejercicio del poder lo más económico posible, hacer que los efectos de este poder social alcancen su máximo de intensidad y se extiendan lo más lejos posible, sin fracaso ni laguna; ligar en fin este crecimiento económico de poder y el rendimiento de los aparatos en el interior de los cuales se ejerce, en suma, aumentar la docilidad y la utilidad de todos los elementos del sistema.” (Foucault, 2000).

En este sentido, las disciplinas son más que nada un tipo de relación de poder, que se ejerce y produce una distribución de individuos en un ambiente. La prisión, tema que conduce buena parte del libro, se ve así como un “emplazamiento funcional” dispuesto para el grupo de individuos al que se corresponde. Este tipo de poder permite la localización de los cuerpos (individuales o sociales) y los predispone a circular dentro de un determinado sistema de relaciones:

“De suerte que no es necesario recurrir a medios de fuerza para obligar al condenado a la buena conducta, el loco a la tranquilidad, el obrero al trabajo, el escolar a la aplicación, el enfermo a la observación de las prescripciones.” (Ibid. P.206)

Por lo anterior las disciplinas son funcionales; no sólo por su economía sino en su calidad de fábricas de individuos ‘útiles’. Es la cuestión del sujeto-sujetado, de donde nace la pregunta del

papel de las instituciones, de las universidades, de los intelectuales en el contexto actual: ¿Hasta dónde se ejerce el poder? ¿Cómo se gobierna, se dirige, se domina? Todo esto, donde el poder se ejerce, genera una relación microfísica, multipuntual, estratégica y difusa que determina las singularidades (G Deleuze, 1989).

El conocimiento y la verdad están íntimamente ligados de forma circular a los sistemas de poder, produciendo un régimen de verdad adecuado al sistema político, económico y de producción.

Dispositivos de poder

Por dispositivo se entiende como un adiestramiento que surge en un momento específico para dar respuesta a una emergencia que adicionalmente se emplea como una estrategia de dominio mostrando una naturaleza esencialmente pragmática; infiriendo la manipulación de las relaciones de fuerza, que pueden manifestarse hacia diferentes direcciones con el fin de inmovilizar, equilibrar o aplicar. De esta manera el dispositivo se encuentra adjunto al juego de poder, igualmente asociado a conocimientos limitantes, que lo forma y condiciona simultáneamente. Sintetizando, un dispositivo es: un conjunto de estrategias que emplean las relaciones de fuerza como sustente para los tipos de saber, a la vez que, (son) sostenidas por ellos (Foucault, Dits et écrits, vol. III, pp. 229 y ss).

El dispositivo puede describirse en tres puntos clave:

- 1) El dispositivo es una fusión híbrida que contienen infinidad de componentes, que conforman la estructura física como intelectual de la organización, desde sus discursos, rituales, normas, estrategias hasta su edificio. El dispositivo, representa un conector entre cada uno de ellos.
- 2) El dispositivo en todo momento lleva en si mismo una finalidad, un objetivo determinado acompañado o complementado por el poder mismo.
- 3) El dispositivo surge del choque entre las relaciones de poder y un conocimiento determinado que manifiesta la escancia de ambos: la finalidad del poder y su aplicabilidad sobre los individuos en busca de la subjetivación de estos (Agamben, 2011).

Foucault (1990) describe el constructo de dispositivo partiendo de las características que hacen posible el ejercicio del poder. En primer lugar, deberá comprenderse al dispositivo desde su naturaleza compleja integrada por elementos propios de las instituciones tanto discursivos como no discursivos, mitos, normas, procedimientos, proposiciones filosóficas, etc. Cada uno de estos componentes vinculados construyen la malla que sostienen y definen. En segundo lugar, concreta que “lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos”(Foucault & Morey, 1990) (p. 128-129). En resumen, un

dispositivo se explica como la solución creada ante circunstancias de emergencia y que demuestra un desempeño efectivo (de aquí la génesis de dispositivo). Partiendo de esto el propio Foucault (1990) afirma que cada dispositivo contiene este enfoque estratégico y se fundamenta en un objetivo determinado y específico ante una situación de emergencia.

Foucault (1990), explica como los objetivos estratégicos participan en la esencia del nacimiento del dispositivo, adquiriendo posteriormente los elementos que lo determinan, persistiendo su doble elemento estructural: ser estratégico y funcional. Foucault (1990) enfatiza, así, como un dispositivo es siempre de una naturaleza esencialmente estratégico.

En este tenor, se confiere a un dispositivo la particularidad de beneficiarse al utilizar las relaciones de fuerza en pos de un objetivo, Foucault afirma que cada dispositivo está circunscrito como ligado al juego de poder, de donde surge y lo condiciona (Foucault, 1990). Desde esta visión el propio Foucault propone una definición: “el dispositivo es esto: unas estrategias de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber, y soportadas por ellos” (130-131). En conclusión, corrobora el vínculo estrecho entre lo estratégico y el propio dispositivo, partiendo de su interacción con él al crearle, modificarle, condicionarle o sencillamente a que el dispositivo funciona dependiente y alrededor de la propia estrategia, surgen en el continuo de esto nuevas estrategias que contienen saber y poder.

Concluyendo, el mismo Foucault determina y describe el constructo de dispositivo como una mezcla de prácticas, procesos (discursivos y no discursivos de cualquier índole por igual) y la estrategia, que tienen una finalidad específica de superar una urgencia a la vez que generan resultados a corto tiempo, y desde esta estrategia urgente ejecuta su dominio sobre el hombre (Ortega, 2013).

Prácticas morales:

Par Foucault moral se entiende como: «un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos» (Foucault, 1975) de otra forma: «el comportamiento real de los individuos, en relación con las reglas y valores que se les proponen» (Foucault, 1977).

Al delinear la práctica moral Foucault considera dos cualidades: la moral del código y la de los comportamientos, además dos niveles adicionales a cada una, el primero de valores y reglas establecidas y otro de acciones concretas. Además incluye una tercera cualidad: supera los límites de la regla y la conducta, refiriéndose a ello como «a la manera en que uno debe conducirse, la

manera en que debe constituirse uno mismo como individuo moral» reflexionando sobre los elementos como en las conductas (Foucault, 1977).

Es de esta forma es como la acción moral, implica una relación consigo mismo, constituyendo así un sujeto moral donde el individuo se define en relación a un precepto, establece su esencia y forma de ser, de manifestarse a la vez que se transforma y perfecciona a sí misma (Foucault, 1977).

La acción moral, implica un vínculo intrapersonal, por ello la construcción de sí mismo como un sujeto moral, ya que es el mismo individuo quien determina su enfoque ante un precepto fortaleciendo de esta forma su conducta, su visión de sí mismo a la par que lo transforma (Foucault, 1977).

Foucault describe esta relación consigo mismo o subjetivación como ética. Comprendiendo la ética como una reciprocidad consigo mismo manifiesta a través de acciones «la ética es una práctica» (Foucault, 1980). Desde esta concepción de ética surge la subjetividad como un ente que se conforma amplio, plural y maleable, desde aquí un individuo ético se construye sobre un continuo de experiencias propias que se modifican ante o como consecuencia de múltiples discernimientos y conductas, ósea una realidad afectada por las estructuras y susceptible ante los cambios que al vivenciarlos general la auto transformación (Schmid, 2002). En conjunto con esto, se manifiesta la relación entre el sujeto ético y el poder que surge como resultado de las interacciones entre el sujeto ético y las relaciones o dispositivos de control, que responden a las conductas y actitudes correctas referidas por las tecnologías políticas mutadas en un poder que impacta al sujeto. Una acción moral no se implica por sí misma o por su originalidad, la define también su implantación y el espacio donde se instala dentro de la pluralidad de una conducta (Foucault, 1989).

Foucault propone que cada individuo establece una relación consigo mismo producto de su contexto y saber, que lo lleva a conducirse de una u otra forma dentro de las sociedades a las que pertenece (social, familiar, laboral, personal, etc.), estableciendo una noción práctica del sujeto con el yo o una práctica moral; es la “forma” en que se establece esta relación lo que determina la moralidad de un acto o práctica. Sin embargo, para Foucault no es suficiente con cumplir o adaptar el yo a las prescripciones morales establecidas, requiere que el sujeto moral en sí mismo actúe “sobre” sí mismo, “el sujeto se compromete a conocerse a sí mismo, a controlarse, desafiarse, perfeccionarse y transformarse” (Foucault, 1989).

Para comprender lo anterior, es necesario mencionar que Foucault entiende por moral utilizando tres líneas de ponderación: “código moral” como “el conjunto de valores y reglas propuestos a individuos y grupos, en una moda menos explícita con diferentes aparatos prescriptivos”; la “moralidad de los comportamientos” como “los comportamientos morales de los individuos a

medida que se adaptan o no a las reglas y valores establecidos sobre ellos”; y finalmente “la constitución del sujeto moral” (Castro, 2011).

En la constitución de las prácticas morales Montano (2015) propone un marco teórico en un esquema que nos permite visualizar y comprender las interrelaciones que se dan entre tres conceptos básicos que plantea Foucault, a través de los cuales se conforman las prácticas morales y que contribuyen a la constitución de la subjetividad estas son: *apatheia*, *ascesis*, *exomologesis* (Montano, 2015).

Figura 5

Marco relacional de las prácticas morales.



Fuente: Montano (2015)

Apatheia

El concepto de *Apatheia* tiene orígenes duales: la filosofía griega y el cristianismo que, si bien el fundamento podría ser considerado similar, el resultado y proceso no lo son. Así en la filosofía griega "Apatheia". Supremacía que el sujeto despliega sobre sus pasiones. Precepto cristiano: - "Pathos". Voluntad sobre uno mismo para sí mismo. - "Apatheia". Libera de la obstinación de la voluntad. Unión de fidelidad personal, la sumisión como finalidad misma e insoluble. Siendo en resumen una conducta de obediencia, donde el rebaño se somete a la voluntad y a la ley del pastor (Castro, 2011).

Virilio (1998) define por su cuenta dicho concepto como:

“[...] la *apatheia*, esa impasibilidad científica que hace que cuanto más informado está el hombre, tanto más se extiende a su alrededor el desierto del mundo. La repetición de la información (ya conocida) perturbará cada vez más los estímulos de la observación extrayéndolos automáticamente y rápidamente no sólo de la memoria (luz interior) sino, ante todo, de la mirada, hasta el punto de que, a partir de entonces, la velocidad de la luz limitará la lectura de la información y lo más importante en la electrónica informática será lo que se presenta en la pantalla y no lo que se guarda en la memoria.” (Virilio, 1998)

Desde la perspectiva de Foucault, sin embargo, analiza el concepto desde sus inicios en el pastorado cristiano y en la pérdida de la esencia de la filosofía griega, estableciéndose como referencia para el inicio y evolución de la gubernamentalidad, de esta manera para Foucault el buen gobernante

deberá ostentar tres cualidades: “paciencia, sabiduría y diligencia” (Foucault, 2003, 2007). La sabiduría del gobernante bueno corresponde al conocimiento de las cosas. Ya la diligencia “es lo que hace que el soberano o, mejor dicho, quien gobierna, solo deba gobernar en la medida en que considere y actúe como si estuviera al servicio de los gobernados” (Foucault, 2007).

Así el gobernante pasa de ser una figura en el disfrute de sus privilegios, hacia otra que trabaja hacia y por el bien común, caracterizado por el servicio el cual se hace posible su legitimidad al ser asociado a un nuevo conjunto de saberes. Dentro de este marco la estadística juega un papel primordial al posibilitar al gobernante desarrollar y expandir su influencia dentro de la estructura gubernamental administrativa. Esta concepción del gobernante como servidor está estrechamente relacionada al paradigma de la pastoral cristiana, de ahí que en el pensamiento de Foucault confiera suma importancia al pastorado cristiano para la formación de la gubernamentalidad (Foucault, 2007).

Retomando el concepto de *apatheia* en la filosofía griega es vista como el cuidado de sí con vistas a la autonomía, marcada especialmente por el dominio de las pasiones; mientras que para el cristianismo tendría como finalidad únicamente la “obediencia [absoluta] a las órdenes de los otros” por intermedio de la renuncia de sus pasiones. Es así que el término de obediencia toma forma y adquiere importancia dentro de los contextos en favor del gobernante por parte del sujeto como un individuo político y social hacia el Estado. En este tenor se conforma el concepto *apatheia* comprendido como renuncia de la carne, ella es, el gran cambio que ha posibilitado la inscripción de la vida en el ámbito de la política. Pues al no tener “dominio [...] sobre sí mismo, su cuerpo y sus sufrimientos”, el ciudadano oveja tiene toda su vida puesta bajo el dominio político del Estado gubernamental (Foucault, 2003, 2009).

Para Foucault el establecimiento y uso de tecnologías específicas, específicamente un análisis de percepciones y la guía de concepciones se encaminan hacia la renuncia del yo, donde el pastor se torna intermediario entre Dios y su rebaño. Como intermediario, el pastor figura como un agente reproductor de individuos sujetados, aptos a renunciar a su propia voluntad de modo voluntario. Por intermedio de la benevolencia y del cuidado específico, el pastor acaba por estar ubicado como un eslabón entre la gubernamentalidad y el gobierno de la población (Barros II, 2013).

Ascesis

El vocablo de *Ascesis* al igual que el de *Apatheia* proviene de la filosofía griega, en este caso conceptualiza la renuncia de sí mismo, se trata de un proceso de progresivo de constitución de sí mismo, es decir, una relación compleja consigo mismo acabada, completa, autosuficiente y capaz de llevar al sujeto hacia una transfiguración hacia la dicha y satisfacción de estar consigo mismo.

De acuerdo a la crítica de M. Foucault hacia la ascesis de connotación cristiana destaca tres diferencias: 1). Está orientada hacia la constitución de sí mismo; 2). Está regulada por el deseo de adquirir algo que no se posee; 3). Pretende unificar al sujeto a la verdad. Es en consecuencia de lo anterior que la ascesis la filosofía helenista-romana se liga fundamentalmente al sentido de asegurar la subjetivación del discurso verdadero, transformando al individuo en un sujeto de enunciación del discurso verdadero, es decir, integra en su desarrollo a través de la vida los elementos que conoce, los discursos que escucha estableciéndolos como verídicos; “hacer suya la verdad, convertirse en sujeto de enunciación del discurso verdadero; creo que es éste el corazón mismo de la ascesis filosófica” (Castro, 2011; Foucault, 2002).

Sin embargo, Descartes produce un giro de 180 grados al establecer que la manera de aceptar la evidencia es mediante su autenticidad, por tanto, el sujeto debe ser capaz de observar lo evidente, desde este momento la evidencia sustituye así al concepto de ascesis (Foucault, 2009) para Foucault esta ruptura cartesiana que disrumpe la verdad y la ascesis no resulta del progreso científico moderno, para el nace específicamente de la teología propuesta por Aristóteles, que describe al sujeto como un ser cognoscente en síntesis, es la forma en la que el individuo se transforma a sí mismo al aceptar y como consecuencia de la verdad (Foucault, 2007) (Foucault, 2002).

Más allá del significado original del vocablo que se limita a algún tipo de renuncia, Foucault la propone como: “una transformación de sí voluntaria y costosa, gracias a un conjunto de técnicas regladas, que tienen por meta no la adquisición de una aptitud o conocimiento sino la transformación de sí en el modo de ser” (2017: 108). Reconoce en esta definición dos modalidades: La que corresponde al esquema griego que se refiere a la búsqueda de la verdad a través de la relación consigo mismo y con el mundo, así adquirir la verdad se transforma en el objetivo y el medio de interactuar con el mundo, es una forma de adquirir la verdad como objetivo y como medio de interconexión y reciprocidad entre el gobierno de sí y la capacidad de afrontar los acontecimientos del mundo. Por otro lado, e son las tecnologías desarrolladas por la teorías cristianas, tiene como objetivo ir de una realidad hacia otra, como un tipo de rito de pasaje desde el punto actual de uno mismo hacia otro contexto donde es indispensable “renunciar” para acceder a dicho mundo el que se propone real y verdadero (Del Valle, 2016).

En ese tenor, Foucault describe que en el ámbito de la moral se pueden distinguir dos niveles distintos, uno definido por la codificación externa, y otro nivel concerniente a la relación que el individuo establece consigo mismo conjunto con las acciones que lleva a cabo para alcanzar su estado de felicidad individual, los cuales se pueden visualizar también en el cristianismo, la trascendencia del vínculo entre estos conceptos de subjetivación y el cristianismo lo aborda

Foucault en la conferencia “Tecnologías del yo”, al declarar que dichas técnicas son retomadas en la modernidad y transformadas en el seno de las ciencias humanas:

“A lo largo de todo el cristianismo existe una correlación entre la revelación del yo, dramática o verbalmente, y la renuncia al yo. Al estudiar estas dos técnicas, mi hipótesis es que la segunda, la verbalización, se vuelve más importante. Desde el siglo XVIII hasta el presente, las técnicas de verbalización han sido reintroducidas en un contexto diferente por las llamadas ciencias humanas para ser utilizadas sin que haya renuncia al yo, pero para constituir positivamente un nuevo yo. Utilizar estas técnicas sin renunciar a sí mismo supone un cambio decisivo”.

La asimilación de técnicas cristianas de subjetivación, a un dispositivo mediante el cual la constitución de los sujetos se da principalmente mediante de procesos de objetivación le confiere una connotación “positiva” aun cuando son subordinadas a procedimientos de sujeción (Foucault & Morey, 1990).

Adicionalmente en las mismas conferencias Foucault enlaza dicha conclusión con:

“Max Weber dejó planteada la pregunta: si uno quiere conducirse racionalmente y regular su acción de acuerdo con principios verdaderos, ¿a qué parte de su yo debe uno renunciar? ¿Cuál es el ascético precio de la razón? ¿A qué tipo de ascetismo debe uno someterse? Yo planteo la pregunta opuesta: ¿de qué forma han requerido algunas prohibiciones el precio de cierto conocimiento de sí mismo? ¿Qué es lo que uno debe ser capaz de saber sobre sí para desear renunciar a algo?” “...podemos concebir morales en las que el elemento fuerte y dinámico debe buscarse del lado de las formas de subjetivación y de las prácticas de sí. En este caso, el sistema de códigos y de reglas de comportamiento puede ser bastante rudimentario. Su exacta observancia puede ser relativamente inescencial... si se la compara con la que se le exige al individuo para que, en la relación que tiene consigo mismo, en sus diferentes acciones, pensamientos o sentimientos, se constituya como sujeto moral; el acento cae entonces sobre las formas de relacionarse consigo mismo, sobre los procedimientos y las técnicas mediante las cuales se las elabora, sobre los ejercicios mediante los cuales uno se da a sí mismo como objeto de conocimiento y sobre las prácticas que permiten transformar su propio modo de ser”. (Foucault & Morey, 1990)(p. 46-47).

La exomologesis

En el desarrollo del cristianismo Foucault, identifica y describe dos procedimientos en las tecnologías del yo: la exomologesis y la exagóreusis. La exomologesis declara abiertamente el saber o conocer en sí mismo tanto la fe como el pecado de lo que se es responsable, por su parte, la exagóreusis utiliza los protocolos establecidos y aceptados además a un intermediario para la imposición de una penitencia o castigo. La principal diferencia es la renuncia a la autonomía por el propio sujeto, trascendiendo como tecnología del yo (Foucault, 1989).

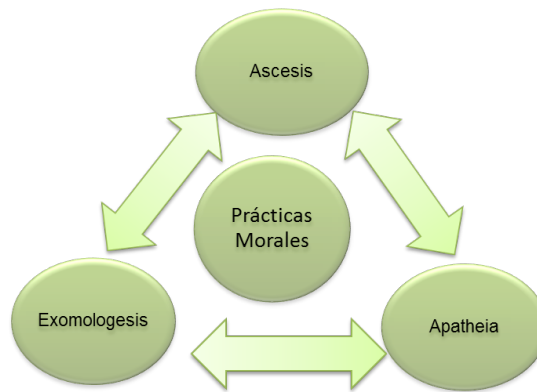
La exomologesis vocablo que significa “reconocimiento del hecho”, para Foucault consiste en un conjunto de actos de reconocimiento en la fe cristiana en los cuales se hace pública el estatus de pecador, mediante manifestaciones de índole teatral:

“La exomologesis no es una conducta verbal, sino un reconocimiento dramático del estatuto propio de penitente... también designa el proceso completo que el penitente experimenta en su estatuto durante años. Este es el resultado de la suma de una conducta penitencial manifiesta, así como el descubrimiento de sí. Los actos por los cuales se castiga a sí mismo no pueden distinguirse de los actos por los cuales se descubre a sí mismo. El autocastigo y la expresión voluntaria del yo están unidos”. Es importante destacar, que la exomologesis no consiste únicamente en el reconocimiento del estatus de pecador, el sujeto debe asumir un compromiso vital, a través de un acto de enunciación. La exomologesis se considera como “acto de fe” para el cristiano, por las cuales se compromete, a aceptar la autoridad que las autentica, a profesarlas públicamente si hubiera necesidad de esto, a vivir de acuerdo con ellas, etc.”.

Dentro de este contexto, las formas disciplinarias de poder que promueve es un tipo de poder que actúa no sobre el sujeto sino que los encausa hacia un horizonte de acción, por lo tanto, no disciplina sino que normaliza, por consecuencia el poder que se ejerce es difuso, se trasmite y se vive ya que es anónimo, es un poder que surge con el desarrollo de las ciencias de la normalización (Mendieta, 2007).

Figura 6

Modelo de interacción entre elementos constituyentes de las prácticas morales.



Fuente: Montano (2015)

3.7.5 Perspectiva Foucaultiana de las sociedades disciplinarias y la biopolítica

El análisis de Foucault del Estado moderno occidental, proviene de la técnica cristiana del poder pastoral, así el poder del Estado se convierte en un poder individualizante y totalizador. Sin embargo, la diferencia en esta nueva perspectiva de poder pastoral radica se expresa de tres formas diferentes: modificando las metas organizacionales, utilizando el poder desde la estructura y ejercicio del mismo finalmente extendiendo la influencia de las relaciones de poder dependientes del conocimiento afianzandolas.. El poder del Estado se transforma asegurando a la población un cumulo de beneficios entre ellos el de salud y el bienestar general mediante las instituciones relacionadas al gobierno como lo son: la escuela, la familia, la policía, la medicina, etc. un conjunto de fines mundanos como la salud y el bienestar relacionándolos a instituciones del estado como la

policía, la familia, la medicina, etc., así este nuevo poder invade la totalidad de las áreas de vida del individuo y se ejerce evidente y abiertamente en razón del ímpetu u ocasión de ser susceptible ante él o del impacto consecuente (Gilles Deleuze, 2005).

En este par de bases sustenta Foucault el concepto de “biopoder” y lo relaciona con los dispositivos que se encuentran sujetos a los cambios históricos, explicando los cambios de unas tecnologías a otras en función de optimizar su rendimiento (Foucault, 1999).

El poder pastoral descrito en el cristianismo se hace evidente Foucault en la actualidad al denominarlo biopoder, que legaliza una ordenanza que va más allá y a través del cuerpo social destacando su acción sobre la salud, seguridad, higiene y normalidad. Lo anterior comprueba la existencia de un elemento en común en la génesis de la individualidad en la retícula de las relaciones de poder (Castro, 2011).

Dentro de este análisis se puede incluir al biopoder en asociación al poder soberano de la lógica occidental habilita con autoridad al gobernante cuyo fin fundamental es el bienestar común (Foucault, 1977). Aparecen entonces mecanismos que articulan la política a la vida del sujeto: primero el cuerpo es una máquina que precisa de educación, obtener beneficios al apropiarse de su fuerza sometiéndola efectivamente e integrándola a los sistemas de control, descrito por Foucault como anatomopolítica.

Tomar su fuerza para obtener ventajas y hacerla dócil para integrarla eficazmente a los sistemas de control a lo cual Foucault denomina anatomopolítica. Para este poder, el problema radica en el “como” controlar la conducta, comportamiento, actitudes, a la par del “como” intensificar su rendimiento, manipular sus capacidades y ubicarlo donde sea de mayor utilidad.

El biopoder, es el componente que guía el cuerpo a través de las reflexiones de los fenómenos biológicos, desde otra perspectiva, es el cómo se ejerce el poder hacia la comunidad. La sociedad se concreta en una especie productora de riquezas, bienes y de otros individuos similares (Foucault, 1980). De esta manera se reduce a los individuos a magnitudes específicas y en cantidades concretas susceptibles de ser transformadas por la burocracia política. Cuando se infringen las propiedades únicas de las individualidades se alcanzan las metas establecidas de limpiar, evaluar y categorizar en apego a la norma vigente. Comprendiendo como norma una fabricación histórica y socialmente elaborada, entendida también como una aplicación que se erige al determinar límites en las relaciones sociales. Una característica principal para una norma es delineación de la sociedad e impera desde niveles anatomopolítico y biopolítico. Ostenta como objetivo fundamental la conjunción de una comunidad normalizadora (Foucault, 1989).

Foucault propone y desarrolla un análisis amplio de las formas de poder y subjetividad en lo que llamó las sociedades disciplinarias. Tales sociedades tienen como lógica la normalización, que se fundamenta en el principio de que todos los sujetos deben vivir bajo un mismo patrón de conducta (Foucault, 1975).

En la búsqueda de sus metas, las sociedades disciplinarias establecen estrategias para que la normalización se lleve a cabo de manera eficiente. La articulación de las estrategias requiere de acciones coordinadas de elementos muy diversos tales como las instituciones, la producción de saberes, implementación de procedimientos, etc., que finalmente actúan bajo principios comunes.

Tales articulaciones constituyen lo que Foucault llamó dispositivos. Estos dispositivos, previamente explicados, pueden funcionar de formas preventivas, sin embargo, su principal acción es coactiva, utilizando castigo o disciplinamiento para las conductas que no se ajustan a los patrones de conducta, asumidos como normales (Foucault, 1999).

Foucault aporta un análisis y su visión sobre las sociedades disciplinarias, si bien estas se transforman gracias a las tecnologías e impulsadas por los sistemas sociales y sociedades globales, transformándose para ejercer el poder mediante estructuras más sutiles pero efectivas. La tecnología de poder biopolítico evoluciona con el paso del tiempo y consiguen implantar mecanismos con funciones diversas de las que eran propias de los mecanismos disciplinarios de un inicio. Los mecanismos instaurados por la biopolítica, constan entre otros de previsiones, estimaciones, estadísticas, pautas generales, sin embargo también implica transformar no solo un fenómeno o individuo en particular tratará también de como intervenir a nivel de las determinaciones en los fenómenos generales (Foucault, 1996b).

Foucault en 1978-1979 en el curso llamado El Nacimiento de la biopolítica, en el Colegio de Francia, ofrece una categoría interesante para pensar el problema de los proyectos de subjetividad, o proyectos ético-políticos dominantes en la actualidad; esto es la categoría de hombre-empresa. De esta manera, las estrategias disciplinarias se enfocan sobre la normalización de los individuos en específico, mientras que, las estrategias biopolíticas se dirigen a la población como conjunto, utilizando una serie de procedimientos de regulación general. Estableciendo su espacio de acción, en la amplitud del espacio urbano y la sociedad en su conjunto. Este tipo de estrategias son descritas por Foucault, en términos principalmente estadístico-biológicos, es decir, las preocupaciones biopolíticas se orientan a asuntos como la demografía, la natalidad, las tasas de morbilidad, la higiene pública, los procesos migratorios, la nutrición, el tratamiento de enfermedades, las condiciones de la fuerza de trabajo, entre algunos de los aspectos más notorios (Foucault, 1996b).

El Estado con el objetivo de mantenerse fuerte deberá establecer las medidas necesarias que aseguren ciertas condiciones biopolíticas como estrategias migratorias, planes de salud, regulaciones laborales, entre otros.

3.7.6 Pensamiento Foucaultiano sobre Gubernamentalidad

Michel Foucault acuña el concepto de gubernamentalidad entre 1977 a 1979 (publicados en los libros seguridad, territorio y población y el nacimiento de la biopolítica). Desde entonces, múltiples investigaciones se han desarrollado con este concepto, creándose incluso lo que se ha conocido como los estudios de gubernamentalidad (Governmentality Studies, en inglés) (Gordon, 1991, 2013). Michel Foucault (1989), se refiere a gobernar como conducir una conducta, ya sea, dirigir a un individuo, a un grupo o a sí mismo, siguiendo lo establecido por unos hombres que estructuran un programa, un código, comportamientos o actitudes de otros, es decir, el gobierno es la forma en que algunos hombres se adelantan y definen el comportamiento de otros. Esto es el gobierno de los hombres por los hombres y es en este gobierno que nacen los dispositivos de control como estrategias de composición (Foucault, 1989).

Este enfoque del objeto de estudio desde distintas perspectivas, como formas de subjetivación, los usos y efectos de los dispositivos de seguridad (panóptico) o la relación entre producción científica y gobierno (Bjerg & Staunæs, 2011; Björklund, 2011; Bröckling, 2015). La gubernamentalidad como concepto de poder que integra la complejidad del poder y el sujeto. Los mecanismos de poder gubernamental son una actividad racional y calculada, se lleva a cabo mediante agencias y autoridades, que emplean diversas técnicas y formas de conocimiento para moldear la conducta de los individuos trabajando sobre los deseos, aspiraciones, intereses y creencias de estos (Dean, 2010).

“Los intereses de los sujetos son el medio a través del cual el gobierno tiene influjo sobre los individuos, los actos, las palabras, las riquezas, los recursos, las propiedades, los derechos, etc. Gobernar es manipular intereses. El gobierno no interviene directamente sobre las cosas y las personas, sino que es más bien una “república fenoménica de los intereses” (Foucault, 2007).

El propio Foucault no define los conceptos que propone, por lo tanto, las investigaciones realizadas aportan rutas de análisis, donde se aborda la triada básica de saber/ poder / constitución de la subjetividad desde donde funcionan las instituciones y los sujetos en su interior en ambientes complejos, fragmentados y altamente normalizados, así como con exigencias elevadas.

Desde el análisis de (Preston, Chua, & Neu, 1997), una de las formas en que el Estado ejerce el gobierno es mediante una forma indirecta, descentralizada utilizando múltiples intermediarios como son: expertos, agencias privadas, tecnologías y áreas del conocimiento como la estadística, la

contabilidad, etc., los cuales en última instancia son los que ejercen de forma difusa la actividad reguladora del Estado determinando cuando producir un bien y/o un servicio como por ejemplo: la educación, servicios de salud, etc., alineando además la conducta económica, social y personal con los objetivos socio-políticos (por ejemplo, la ordenación de la conducta en los médicos acorde al objetivo: reducción de costos del Estado).

A través, de la gubernamentalidad se puede recuperar el significado estratégico de las relaciones entre saberes, poderes y constitución de la subjetividad, desde los espacios sociales reconstruidos con este fin mediante el poder disciplinario, la biopolítica y la moral que conforman los componentes del sujeto moderno. En los contextos de los estudios organizacionales encontrar un análisis del poder y de la subjetivación desde nuevas perspectivas.

Para la gubernamentalización del Estado, como ya se ha visto, el poder ha utilizado diferentes aspectos que le sirven de mecanismos, por medio de los cuales se despliega todo un entramado para la vigilancia, disciplinamiento y control de los hombres, además para la rectificación de la conducta económica, social y personal con objetivos socio-políticos.

3.8.7 La biopolítica

Las ciencias del hombre se han configurado como consecuencia de las interconexiones políticas que delimita y dan cabida a determinados campos disciplinarios y su ejercicio, presentes constantemente en la práctica del poder y que generan percepciones de realidad e influyen el conocimiento.

Para dar claridad a estos constructos Foucault los describe desde dos perspectivas: "mecanismos de regulación" como "biopolítica". En una soberanía el uso de la fuerza otorga a aquel que la absorbe (el rey en caso de las monarquías, la ciudadanía en caso de las democracias) un razonamiento negativo y deductivo, a la par que la resta de aquellos sobre los que actúa (súbditos en caso de la monarquía, la ciudadanía en caso de las democracias) manifiesta como instrumento de la ley mediante acciones como encarcelamiento, castigos económicos, sanciones, etc., por su parte las prácticas disciplinarias obedecen a un razonamiento aparentemente positivo (ya no castigo) la transformación de individuos a través de sus cuerpos (dóciles y útiles) en modelos normalizados.

De esta manera es como al ejercer el poder disciplinario triunfa sobre el sujeto al doblegar la resistencia que manifieste e imponer sus causas u objetivos, apropiándose del organismo individual al igual que en un esquema de guerra lo lleva a un patrón de normalidad diferente al previamente conocido.

Yendo más allá de las instancias individuales que actúan o se sitúan sobre un ente individual ejerciendo modificaciones, domesticación y manipulación, el biopoder o las tecnologías políticas

pretenden alcanzar al colectivo transformándolo en un elemento individual con características propias intrínsecas que lo normalizan morbilidad, natalidad, vivienda, socioeconomía, siniestralidad, etc., configurando un marco de fatalidad o de siniestralidad que se genera sutilmente como una herramienta de control sin la percepción de amenaza para la población.

Estos nuevos tipos de conocimiento se han descrito como procesos “reguladores” o “de seguridad” o en caso de Foucault como “biopolítica” en el cual integra tanto los mecanismos reguladores como los disciplinarios que integran y delimitan a la “racionalidad política” que es tan característica de las sociedades actuales.

Es de esta forma, que para el Estado toda acción (entendida como la configuración de la conducta aceptada) su objetivo no son los organismos o sujetos propiamente, sino las acciones que estos generan. Parte del supuesto que los individuos sobre los que ejerce su dominio son activos y es esta actividad la que puede ser instrumentalizada y guiada en concordancia a los objetivos establecidos por el propio estado al conducir estas conductas. El estado pretende otorgar al individuo libertad o autonomía en sus prácticas al no despojar de la iniciativa a los individuos, evitando la imposición de estándares o normas, apela a la libertad como aliado para establecer un vínculo de “agonismo”, en el que se articulan permanentemente la iniciación y desafío recíproco.

Una institución representa un misceláneo integrado de rituales, conocimiento, percepciones como ejemplo de esto se encuentran la vejez, la religión, la familia, el gobierno, etc., siendo el concepto de este último lo que establece las formas de conformación social y política propia de la población se ejerce de forma casi amenazante y sin embargo, ostenta la habilidad de regular la vida de la sociedad a través de las leyes y establece así el “adecuado” intercambio (Martínez García, 2005).

Recordemos que la función principal de organizar es realizar dentro de la empresa un objetivo específico a través de materializar proyectos o metas menores que lo integran y que a su vez otorgan dirección y satisfacción a las expectativas de los miembros de dicha empresa (Martínez García, 2005).

Sin embargo, alcanzar la satisfacción y dirección de los integrantes de una organización no será posible mientras dichos personajes están subordinados a las normativas de la organización con la cual no se sienten identificados o concuerdan con ellas, entre las que más destacan se encuentran: los procesos de toma de decisiones, políticas de remuneración, mercadeo, manuales de procedimientos, etc., además de sentirse representado dentro de las construcciones sociales percibidas que la organización favorece (Martínez García, 2005).

Las formaciones sociales mencionadas con antelación son construidas y transformadas constantemente por los individuos que las integran como respuesta a determinada estructura social creada por la organización y que representa a dichos individuos. Simultáneamente al construir estas representaciones utilizando experiencias, acciones, conductas, percepciones, etc., concretas o colectivas estas constituyen y determinan la subjetividad conformando el proceso denominado subjetivación, el cual es objetivamente visible y aplicable al colectivo de sujetos que conforman el equipo de trabajo.

Durante estas fases de conversión y progreso en técnicas para disciplinar se requiere concebir conexiones, vínculos y el despliegue de una "red dispositiva" que articule cada una de las diferentes formas de sujeción que tienen como propósito transformar y delimitar un "sujeto-sujeto a" utilizando un disciplinamiento externo y represivo, que a la par incluye el componente psíquico hacia la disposición subjetiva a "sujetarse a", interiorizando como parte de la cotidianeidad el ejercicio de una conducta adherida a las pautas de regulación establecidas y demandadas por la empresa que contiene métodos de individualización sobre las relaciones de trabajo "al servicio del cliente, con calidad total, flexible y adaptable en tiempo y forma" (Figari & Hernández, 2008), estas formas favorecen la competencia interna y meritocrática entre colaboradores, colocando al individuo como empresario de sí mismo, llevándolo a implementar tecnologías del yo que fortifican el raciocinio sobre acumulación/trabajo.

Foucault define las tecnologías del yo como,

“...técnicas que permiten a los individuos efectuar, por sus propios medios, un cierto número de operaciones sobre sus propios cuerpos, sus propias almas, sus propios pensamientos, su propia conducta, y lo hacen de modo que se transforman a sí mismos, modificándose, para alcanzar cierto grado de perfección, felicidad, pureza, poder sobrenatural” (1990:35).

Como consecuencia de la anterior introspección sobre el modo de vida se conforman las "tecnologías del yo", los paralelismos en la existencia, sobre las maneras para autodirigir la conducta para fijarse metas y recursos. Todos y cada uno de los mecanismos dentro de una sociedad son generados y concebidos por y para los individuos dentro de ella, como una forma de describir y concretar su identidad a la vez que se ratifica y transforma constantemente en función de metas específicas y como consecuencia de las relaciones de autodomínio o de autoconocimiento (Foucault & Morey, 1990).

La flexibilidad laboral revela la existencia de una desigual variedad de relaciones laborales, que van desde aquellas que externalizan al máximo la relación con el trabajador y debilitan el compromiso asociado a la relación laboral, hasta otras que, aunque conservan las obligaciones entre empleador y

asalariado, implantan cambios afectan el desempeño laboral y disminuyen la calidad del empleo asalariado significativamente (Henríquez & Riquelme, 2006). Esto va sumado a condiciones "atípicas" de trabajo, dentro del contexto de flexibilización laboral se potencian la incertidumbre, la vulnerabilidad y el temor como elementos del proceso de sujeción en el ámbito laboral, asentando un compromiso moral, dentro del contexto de flexibilidad de las relaciones laborales (Henríquez & Riquelme, 2006).

Surge de esto complicaciones importantes para una institución u organización, relacionadas a la coexistencia de ideologías que surgen de las relaciones laborales y la sobreexplotación del trabajador a través del modelo de productividad, dicho modelo requiere de la participación activa y consciente del sujeto como elemento de producción estratégico que requiere de autocontrol, autodisciplina, autogestión y auto emprendimiento, lo que genera e incrementa la competitividad de la institución (Vejar, 2012).

3.8 Metodología de análisis propuesta con base en la ideología de Foucault

El análisis Foucaultiano representa un tipo específico de análisis de discurso y tiene como fundamento la ideología propuesta por M. Foucault a lo largo de su obra. Representa el análisis de la posición de la gente y de cómo esta reproduce del saber/poder, se refiere a como los sistemas de significados conforman la posición del objeto/sujeto creando identidades y al mismo tiempo son constituidos por ellos (Potter, Wetherell, Gill, & Edwards, 1990).

Foucault argumenta como las prácticas sistemáticamente forman los objetos, esta perspectiva se enfoca las prácticas discursivas al interior del discurso, estas prácticas están acompañadas por palabras y frases que permiten a los que hablan tener una posición de poder, el análisis explora tanto el contexto socio-histórico como también explora los términos en como los discursos impactan en la forma en como los experimentan los individuos. Este análisis inspecciona términos, frases, ejemplos, usos del lenguaje, palabras claves, tono, etc. Este tipo de análisis al integrar una posición más política, comprende lo que se conoce como: Análisis Crítico de Discurso (ACD) que analiza los discursos en la reproducción de dominación y abuso de poder como también la contraparte, que es la resistencia a la dominación (Wodak & Krzyzanowski, 2008; Wodak & Meyer, 2009).

Teóricamente, Fairclough (Fairclough, 2001) destaca que el lenguaje se conecta con lo social por ser el dominio primario de la ideología, por tanto, es en el lenguaje que se dan las luchas de poder. Debido a lo anterior, existen asimetrías de poder y recursos entre los que hablan y los que escuchan, entre los que leen y los que escriben. Por esto, el ACD describe y explica como el abuso de poder es representado, reproducido y legitimando las conversaciones, los textos de los grupos dominantes y de las instituciones sociales (Kendall, 2007).

En salud el ACD puede servir como marco en discursos políticos de salud, conversaciones entre usuarios sobre su enfermedad o documentos y registros de unidades de salud, donde el lenguaje y su accionar discursivo tienen connotaciones y protagonismo importante en la vida de las personas. En la revisión bibliográfica se han encontrado investigaciones de ACD en áreas como la psiquiatría (Crowe, 2000), en psicología, (Sánchez Suárez & Galera, 2004), en el área de políticas públicas (Julie Greenway, 2008). En el área de epidemiología, en salud de la mujer, en el área de enfermería, (Avilés, 2001; Hoffman & Slater, 2007). Sin embargo, aún queda pendiente explorar las áreas administrativas desde la visión del sujeto como unidad para un análisis de discurso.

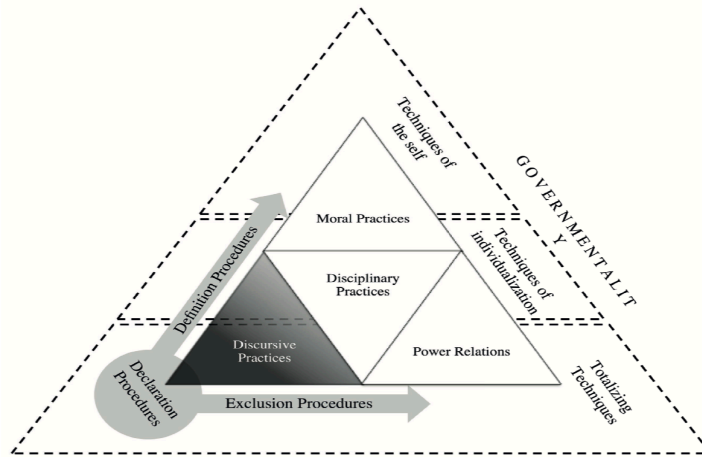
Por lo anterior, la misión es describir como se ha integrado la realidad y por qué solo algunos eventos han permanecido y otros se han extinguido, para ello, se requiere visualizar los eventos singulares que les dieron origen, el análisis incorpora dos elementos a) eventos que dejan marca en la singularidad del presente, y b) las declaraciones verbales o escritas, en su dispersión y singularidad (Foucault, 2008).

A través del análisis de las prácticas discursivas se pretende reconocer un proceso mental, acción e interacción, metodológicamente el énfasis será un análisis comparativo de la naturaleza socialmente construida de los discursos, buscar la maleabilidad de los discursos y buscar el poder de persuasión a las audiencias que pueden legitimar dicho discurso ya que juega un papel importante en la construcción de ideologías que en algún momento adoptan los individuos.

Por ello, para el análisis de datos de esta investigación la metodología propuesta por Montano, 2015 sobre la subjetivación de docentes, en la cual expone, explica y propone un análisis discursivo, mediante los procesos de subjetivación y las prácticas derivadas por ellos, con base en los conceptos de M. Foucault, donde exponer los elementos de los procesos de subjetivación, incluida la consideración de los criterios de repetición, diferencia y límite, se considera puede ser utilizada en el contexto de trabajadores de instituciones de salud, motivo por el cual será el modelo que se utiliza en esta investigación (Montano, 2015).

Figura 7

Propuesta de modelo teórico para diagnóstico de subjetividad hacia las prácticas morales

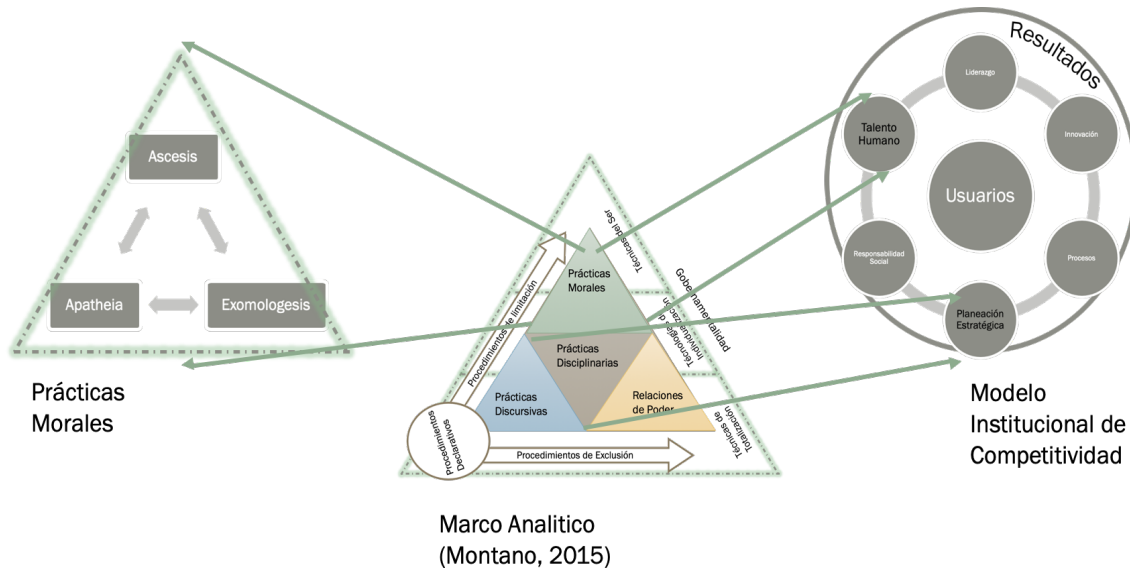


Fuente: Montano (2015).

3.9 Marco analítico con base en la propuesta de Montano (2015)

Figura 8

Correlaciones entre el Modelo de Competitividad del IMSS y el marco analítico de Montano



Fuente: Elaboración propia.

Foucault analiza al sujeto a través de una serie de estudios arqueológicos, genealógicos y estudios éticos que explican cómo una subjetividad específica, proponiendo que, el sujeto moderno, ha sido históricamente construido, además, es necesario discutir la diferencia entre prácticas discursivas y no discursivas con respecto a la libertad del sujeto (Montano, 2015). La metodología propuesta por

(Montano, 2015) ya mencionada en el capítulo VI, se toma como base para el análisis de la presente investigación, ya que se toman algunos elementos para el análisis de los datos de la presente investigación, estos elementos son:

- Prácticas discursivas
- Prácticas no discursivas
- Prácticas Morales
- Procesos de subjetivación

Prácticas discursivas

Para Foucault (2006a), las prácticas discursivas son "... un conjunto de anónimos, reglas históricas, siempre determinadas por el tiempo y el espacio, que se han definido para un tiempo dado y un área social, económica, geográfica o lingüística, considerando el ejercicio condiciones de la función declarativa" (p. 198). Las prácticas discursivas tratan de la construcción de identidades o de sujetos con una ideología permeada (Urta, Muñoz, & Peña, 2013).

Las prácticas discursivas no deben confundirse con la forma en que un individuo formula una idea, un deseo o una imagen, ni con la función inferencial; ni tampoco la capacidad del sujeto para formular frases gramaticales. El propósito de la arqueología del conocimiento propuesto por Foucault es analizar la constitución histórica de las prácticas discursivas (o declarativas) (Foucault, 2007). Los discursos de legitimidad en el contexto institucional configuran el control social y constitución de los individuos.

Prácticas no discursivas

Para Foucault los discursos se hacen prácticas cuando los individuos se apropian de ellos, a su paso por la organización, así los dispositivos de control producen heterogéneas formas de subjetividad; estos dispositivos constituyen sujetos con un determinado modo y manera de ser, pero no cualquier manera de ser: trazan sobre el cuerpo del sujeto praxis, saberes específicos que llevan por meta situar, dirigir, regir, controlar además de dar sentido a lo que se admite como conductas útiles, gestos y pensamientos en los individuos, congruente a las necesidades de la organización.

El análisis del dispositivo incluye, determinar las prácticas no discursivas y su relación con las prácticas discursivas. El dispositivo incluye las relaciones de poder y las relaciones con uno mismo, además de las prácticas discursivas, esta perspectiva reconoce las relaciones de poder y las prácticas morales como las dos categorías complementarias que contribuyen a comprender las prácticas no discursivas en nuestro análisis (Foucault, 1996a).

Prácticas morales

Los efectos de las prácticas no discursivas, la práctica moral es la noción de práctica del sujeto con el yo. Es una forma de cuidado del propio individuo que implica la construcción del individuo sobre sí mismo, mediante la práctica de ejercicios, regularidades; todo un grupo de *techné* sobre el cuerpo, los placeres, los afectos, los pensamientos, la conducta, con el propósito de estilizar con la finalidad de darle cierta forma a la propia vida, modulando afectos y sus tonalidades. La individualidad se conforma de las prácticas de libertad de las cuales se sirven de: "un número de reglas, estilos, invenciones, a ser encontradas en el ambiente cultural" (Foucault 1990, 51), sin embargo, el propio individuo puede reconfigurar y asumir como pautas que configuren su existencia y moldeen sus comportamiento (Quintana, 2012).

Foucault establece que no es suficiente adaptar el yo a las prescripciones morales establecidas lo que en resumen significa que la existencia de una práctica moral requiere un sujeto moral que actúe sobre sí mismo, "[el sujeto] asume el conocimiento del yo, controlando, desafiando, perfeccionándose y transformándose a sí mismo" (Foucault, 2002).

Puntualizando las prácticas morales de acuerdo a lo que Foucault entiende por moral y para lo cual delimita tres líneas de reflexión:

- Código Moral: "el conjunto de valores y reglas propuestas a individuos y grupos, de manera más o menos explícita con diferentes aparatos prescriptivos";
- Moralidad de los comportamientos: "los comportamientos morales de los individuos a medida que se adaptan o no a las reglas y valores establecidos para ellos"
- Constitución del sujeto moral: donde Foucault, en el análisis de la constitución del sujeto moral implica el estudio de las siguientes consideraciones:
 - a. La sustancia ética: la parte del individuo que constituye la cuestión del comportamiento moral.
 - b. La forma de sujeción: la forma en que el individuo establece sus relaciones con la regla moral y reconocer a aquellos que atarlos.
 - c. Las formas de elaboración del trabajo ético: para adaptar el yo. a la regla o para convertirse en un sujeto moral
 - d. La teleología del sujeto moral: el comportamiento moral no tiene solo su singularidad, pero se ubica en el conjunto de los comportamientos morales del individuo y tiende a la realización equilibrada de estos en el individuo (Foucault, 1989).

Procesos de subjetivación

Foucault explora como subjetividad "Yo [...] llamo subjetivación el procedimiento por el cual se obtiene la constitución de un sujeto, o más precisamente, de una subjetividad que, por supuesto, es solo una de las posibilidades dadas de una autoconciencia" (Foucault, 1996b). El objetivo de reconocer este proceso es demostrar el creciente surgimiento de la subjetivación como efecto de la extensión y determinante de la "governabilidad", de esta manera subjetivación significa la objetivación del sujeto en la forma en la que aparece como un objeto con una relación de conocimiento y poder. En *Vigilar y Castigar*, Foucault apunta que el individuo es una realidad fabricada por esa tecnología específica de poder que se llama la "disciplina". Esta idea infiere que el sujeto se identifica con la razón. El adiestramiento asigna el carácter de la razón sobre una naturaleza que solo responde al placer inmediato.

Prácticas de libertad

La noción foucaultiana de libertad se ubica principalmente en el abandono del llamado "mito" humanista de una esencia del hombre, o naturaleza humana, con respecto a la libertad del sujeto, Foucault declaró: "...no es una sustancia, es una forma, y esta forma no siempre es idéntica a sí misma" (Foucault, 1996a).

Partiendo de la noción de libertad esta tendría dos caminos para su análisis: las relaciones entre el yo y las relaciones con los demás. Por lo tanto, en este sentido, las relaciones de poder son productivas y positivas, pero necesitan la práctica del sujeto en libertad para permanecer positivo, porque "sin libertad, el poder se convierte en dominación y el sujeto se convierte en objeto" (Foucault & Morey, 1990).

"Hablando de las relaciones entre sujetos, Foucault dice que nos relacionamos con lo político en sentido de libertad, partiendo de la idea de que el poder es una forma de "conducir la conducta". Es posible describir como libres aquellas relaciones entre sujetos que no están bloqueados y son abiertas a posibilidades, relaciones susceptibles de modificación. Los sujetos tienen ante ellos una amplia posibilidad de comportamientos, muchas reacciones y diferentes formas de conducción. Es lo contrario, donde las determinaciones están saturadas; no hay poder de relaciones para esos sujetos, por lo que se transforman en prácticas de dominación" (Foucault, 1996a).

Disciplinas en la formación de prácticas productivas

"... Tienes, entonces, en el poder disciplinario, una serie constituida por la función sujeto, la singularidad somática, la mirada perpetua, la escritura, el mecanismo del castigo infinitesimal, la proyección de la psique y, finalmente, la separación normal-anormal. Todo esto es lo que constituye el individuo disciplinario. Es todo esto lo que adjunta, finalmente, uno a otro, la singularidad somática al poder político" (Foucault, 2003).

En la última parte de *vigilar y castigar* (Foucault, 1975) Foucault analiza el poder disciplinario: un tipo de poder cuyo objetivo principal es el control de los cuerpos en sus detalles, internos, organización y efectividad de sus movimientos. La disciplina relacionada con el poder establece una relación analítica, dirigida a producir cuerpos dóciles. El objetivo de la disciplina se dirige a la maximización de la utilidad económica del cuerpo, y al mismo tiempo a la reducción de su fuerza política.

Las disciplinas son productivas, generan individualidad, la forma de la disciplina y la individualidad responde a cuatro características: celular, orgánica, genética y combinacional. Cada característica corresponde a las técnicas disciplinarias poder, según Foucault en *Vigilar y Castigar* (Foucault, 1975): El arte de las distribuciones. "...La disciplina procede de la distribución de individuos en el espacio", utilizando cuatro técnicas principales:

- Recinto: especificación de un lugar heterogéneo para todos los demás, un lugar para diferentes tipos de confinamientos.
- Aprisionamiento o ubicación elemental: todos en su lugar, y tantos espacios como cuerpos.
- Sitios funcionales: articulación del espacio individual para la producción.
- El rango: lugar ocupado por un individuo en una clasificación, un espacio definido a partir de esa clasificación, 'punto donde una línea y una columna intersectarse...' En otras palabras, trata de organizar cualquier multiplicidad confusa y circula sus elementos en una red de relaciones definidas y localizadas.
- Control de la actividad: horario el viejo modelo monástico para la organización de actividades para establecer ritmos, imponer ocupaciones y regular ciclos de operaciones de una manera muy detallada para evitar perder el tiempo.
- Elaboración temporal de la Ley: ajuste del cuerpo en actividades, El acto se rompe en sus elementos y la posición de cada parte relevante del cuerpo está definido.
- Correlación de cuerpo y gesto: el cuerpo disciplinado favorece un gesto efectivo; Es el uso correcto del cuerpo.
- La articulación cuerpo-objeto: definición de la relación del cuerpo y los objetos que manipula para producir.
- Uso exhaustivo: el uso positivo y "fructífero" de cada momento disponible para producir.
- Observación jerárquica: conjunto de técnicas específicamente asociadas a la distribución de espacios que favorecen las relaciones de poder (p. 172-180).
- El juicio normativo. Hay una forma específica de castigar en la disciplina. Dominio para la disciplina, no es perdonar una falta ni reprimir, sino referirse a las acciones del trabajador

dentro del colectivo que sirve de parámetro comparativo, posibilitando la diferenciación, evaluación de habilidades, establecer una "medición", describir el límite entre lo adecuado e inadecuado. Por lo tanto, la "norma" se diferencia legalmente del constructo de "ley" (establecido para diferenciar actos, distingue entre lo que está aceptado y aquello que está prohibido que tiene fundamento en los códigos). La principal diferencia se establece en que la ley aísla y fragmenta, la norma intenta homogeneizar. La norma fundamenta sus acciones en un sistema dual que oscila entre derechos y obligaciones; para la norma, la sanción es correcta (p. 180-186).

- Examen. Este proceso se integra con la mirada jerárquica que evalúa y las sanciones de normalización. Hay una superposición de conocimiento y relaciones de poder. El examen integra la economía de lo visible con el ejercicio del poder; el sujeto ingresa a un territorio de registros donde cada individuo se transforma en un asunto (p. 186-196).

Todos los elementos descritos en esta sección pueden tomarse como prácticas disciplinarias, orientadas a la producción de subjetividades positivas a nivel institucional. Esta última descripción complementa esta sección dedicada al análisis de prácticas involucradas en la producción de subjetividades "dóciles", "positivas" y "productivas" (Foucault, 2003).

A manera de conclusión

En el desarrollo teórico previo intento describir los planteamientos realizados por Foucault que lleve a comprender como un sujeto se transforma, consecuencia de una serie de determinantes externos a sí mismo. Los planteamientos que hace Foucault a lo largo de su obra (que se toman de varios documentos) sobre las disciplinas que tienen como saber común al hombre inmerso en la colectividad sumándose su historia, contexto social y económico que clasifican como sujeto al individuo además de las condiciones de adecuación e inmersión de él mismo mediante las prácticas morales consecuencia de las prácticas discursivas. Siendo los discursos un conjunto de conocimientos legitimados por el colectivo en el que un individuo se relaciona, para Foucault estas reflexiones engloban simultáneamente las formas de conducta a la vez que describen dichas acciones manifiestas del sujeto. Los individuos inmersos en un sistema público se encuentran inmersos en la biopolítica que se sirve de la estadística y otras entidades administrativas de regulación, siendo de esta manera que un individuo se reduce a evaluaciones y cantidades manipulables por la burocracia política. Por lo anterior surge la necesidad de comprender los vínculos del sujeto desde una perspectiva foucaultiana para evidenciar los procesos de subjetivación del mismo manifiesto en prácticas morales y prácticas discursivas. Se presenta una relación estrecha entre el individuo y el poder que utiliza activamente la evaluación, la norma, los

dispositivos de dominio que conciernen a las tecnologías políticas de la sociedad, las cuales establecen pautas de conductas y actitudes aceptadas o convenientes, confiriéndole el poder de dirigir al sujeto y determinar su comportamiento.

Capítulo 4

Metodología

Introducción al capítulo

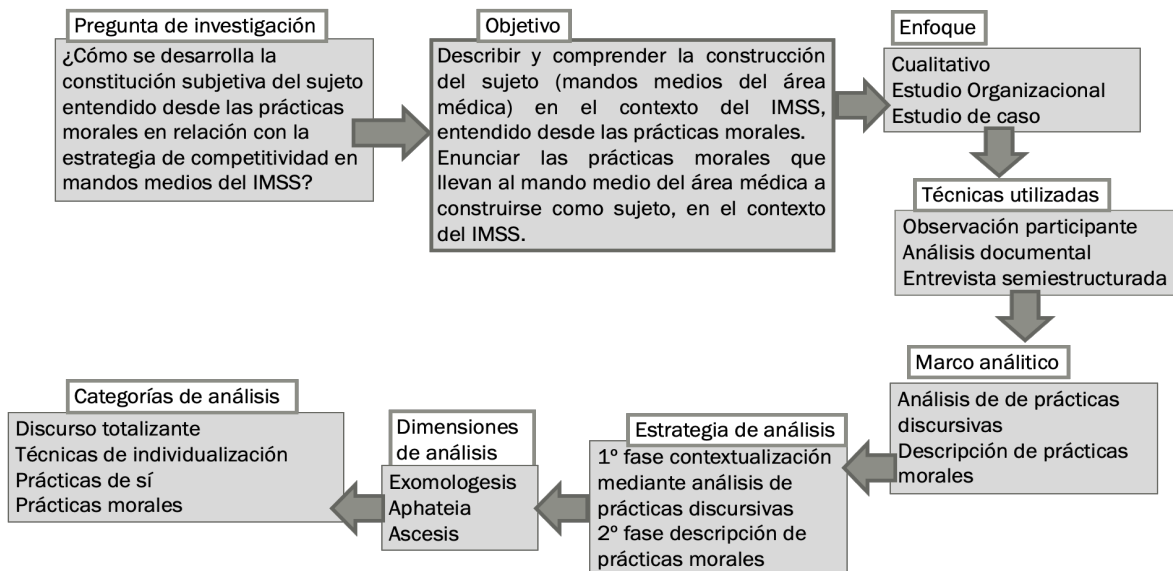
La presente investigación pretende describir cuales son las formas y/o los planos de constitución subjetiva en personal de mandos medios del área médica que determinan las prácticas morales en relación con la estrategia de competitividad dentro de una unidad de primer nivel de atención del IMSS en Ciudad Juárez Chihuahua. El modelo institucional de competitividad que se analiza en este estudio se promovió en México desde la década de 1990, y se alinea a los ejes del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 vigente en la actualidad.

Para llevar a cabo este propósito, se utiliza la metodología de estudio organizacional bajo el enfoque cualitativo, mediante un estudio de caso con la finalidad de describir cómo se desarrolla la constitución subjetiva entendido desde las prácticas morales en relación con la estrategia de competitividad en mandos medios del IMSS, desde su perspectiva y la concepción particular que éstos tienen de los elementos que integran dicho modelo aplicado al ámbito institucional y de salud.

A continuación, se describe el proceso de elaboración de la investigación destacando: la perspectiva de análisis que se adoptará en el presente estudio, la orientación metodológica consecuente, la estrategia de investigación, los métodos empleados, así como consideraciones respecto al proceso mismo de la investigación y el empleo de enfoques cualitativos en los estudios de organización.

Figura 9

Esquema metodológico



4.1 Consideraciones metodológicas y el diseño general de la investigación

Las preguntas de investigación de este proyecto, se enfoca en la descripción de cómo desarrolla se la constitución subjetiva de los miembros del equipo en mando medio del área médica y el análisis de los discursos empleado en la estrategia de competitividad del modelo institucional de competitividad que promueve el IMSS.

La cuestión a investigar o propuesta de esta investigación va direccionada hacia las formas en que se llevan a cabo las interacciones entre dos grupos de directivos con diferente jerarquía (MM y directivos) que participan en el proceso evaluado. Si bien, las interrogantes a investigar se estructuran aceptando el supuesto que el presente trabajo de investigación intenta reconstruir, describir e interpretar los datos obtenidos a través de información directa y/o documental ya sea utilizando documentos institucionales o entrevistas a los colaboradores o actores, el objetivo va encaminado a recolectar y reconstruir significados, utilizando diferentes técnicas o recursos para comprender o acceder a la información flexible y desestructurada generada en los diversos discursos, empleando un método más inductivo que deductivo mediante una propuesta holística y concreta (Brewerton & Millward, 2001; Hancké, 2009; Pawar, 2009).

Generalmente este tipo de acercamientos exponen primero las formas en que una organización es la consecuencia de la suma de diversas acciones y asociaciones entre agentes (Gioia & Chittipeddi, 1991), que intentan delimitar y moldear los significados para “dar sentido” con el objetivo de conceptualizar mediante consenso un concepto de la realidad organizacional. (Gioia & Chittipeddi, 1991), en segundo lugar muestran la complejidad del objeto de estudio planteado (constitución de la subjetivación a través del discurso en los MM) que permite realizar una minúscula especulación epistemológica sobre el “cómo”.

4.2 Estudio de caso

La metodología del estudio esta englobada en el enfoque cualitativo de la investigación social, la cual se desprende directamente de las características del objeto a estudiar. Galeano (2009), hace referencia al estudio de caso, y lo ubica en el contexto cualitativo, incluido en la investigación naturalista, intensiva, holística y heurística, que fundamenta su racionalidad estratégica de la investigación de fenómenos sociales (entender y/o describir los significados de experiencias, que conlleva un análisis extenso y profundo sobre los diferentes elementos del fenómeno). De esta forma concluimos que un caso es: un evento social delimitado en cierto espacio y tiempo específico y que despierta el suficiente interés como para estudiarlo (Galeano, 2009).

Siguiendo esta línea, se trata de analizar una entidad específica que desemboque en una mayor comprensión de la misma o para ampliar la teoría existente. Al utilizar el estudio de caso se puede hacer uso de diversas fuentes y técnicas para recolectar información. Las técnicas más utilizadas y adecuadas son: la observación estructurada, entrevistas, cuestionarios, diarios, autobiografías, documentos personales, la correspondencia etc. (Bernal, 2006). Sin embargo, lo esencial en esta metodología es poner de relieve incidentes clave, en términos descriptivos concisos (Cebreiro & Fernández, 2004; Chávez, Macluf, & Beltrán, 2016).

Partiendo de la visión cualitativa, el estudio de caso actualmente aún se sirve de las técnicas etnográficas para llevar a cabo la investigación social, tomando en consideración la necesidad de profundizar en el reconocimiento de la naturaleza del fenómeno social específico de estudio, tomando en cuenta además la tendencia a trabajar con datos no estructurados, a que se trata de un número pequeño de casos, incluso un caso único, un análisis de datos que implica la interpretación de los mismos bajo significados y funciones de acciones y percepciones humanas especificadas a través de descripciones explicativas (Hammersley & Atkinson, 1994).

4.3 Enfoque cualitativo del estudio organizacional

En este tenor, un estudio de caso es una herramienta táctica para la investigación comprensiva (Yin, 1994), con la posibilidad de ser utilizado para llevar a cabo un Estudio Organizacional de una forma flexible e innovadora compaginado a los intereses y expectativas epistemológicas, metodológicas y teóricas del investigador (Gundermann, 2001).

Los estudios organizacionales se conciben para abordar aquellos fenómenos que no podrían ser estudiados desde las teorías de la organización. Si bien, los estudios organizacionales utilizan la investigación cualitativa y no pretenden generar marcos teóricos sino al utilizar las diferentes teorías establecidas acercarse a la realidad de los actores objeto de estudio y describirla (Ramírez, Vargas, & De la Rosa, 2011).

4.4 Perspectiva metodológica de análisis:

Analizando el propósito del modelo de competitividad del IMSS, que busca un cambio en la cultura organizacional y en las conductas del personal utilizando como herramienta la mejora de los procesos de atención, con enfoque en el usuario, que pretende satisfacer necesidades tanto del usuario como del personal de salud, directivos y autoridades del sector; dicho modelo realiza una evaluación cuantitativa a través de resultados estadísticos, utilizando herramientas administrativas para el monitoreo constante de los procesos de producción de servicios de salud. Retomando el lado humano de la organización y siendo el individuo el ejecutor de los procesos de atención y de

administración la investigación se conduce hacia el sujeto como objeto de estudio dentro de la institución de salud, analizando su percepción y apropiación de la estrategia de competitividad impuesta por la institución. Con la finalidad de observar y describir la constitución subjetiva en torno a las prácticas morales de los mandos medios del IMSS.

Si bien el modelo burocrático es la base de la estructura organizacional de las instrucciones públicas de salud, el modelo de burocracia profesional de Mintzberg (1984) describe de manera más clara la estructura de la unidad de análisis de la presente investigación. Considerando que establece que los mecanismos de coordinación en las organizaciones, son: 1) adaptación mutua; 2) supervisión directa; 3) normalización o estandarización del proceso de trabajo; 4) normalización o estandarización de los resultados; 5) normalización o estandarización de los conocimientos y las habilidades o destrezas y 6) estandarización de las normas (Mintzberg, 1984). Se adapta a los elementos que Michael Foucault integra en el concepto de gubernamentalidad y que se han tomado para este análisis como son: la normalización, la corrección y la subjetivación, descritos en el capítulo 3.

Integrando la metodología de análisis de prácticas discursivas y no discursivas así como de prácticas morales de propuesta por Montano (2015) que tiene como base la ideología expuesta por Foucault en su obra sobre la normalización y subjetivación del individuo, que determinan las líneas de investigación de la presente investigación, ya que son estos textos de Foucault los fundamentos de la teoría de poder y gubernamentalidad propuesta en textos posteriores del autor donde expone los dispositivos de control y las formaciones discursivas que dan forma a las conductas normalizadas de los individuos y la gubernamentalidad (Montano, 2015).

Derivado de lo anterior, se establecen dos fases:

- En primer lugar, se plantea un análisis de prácticas discursivas del procedimiento estructurado de implementación y operacionalización del modelo de competitividad establecido por la institución en el contexto operativo de la unidad médica, con su fundamento en la normativa vigente y en las acciones específicas para su implementación. El cual se llevará a cabo mediante el análisis de documentos propios del modelo de competitividad y de documentos de seguimiento y control del mismo, la cual se lleva a cabo durante el periodo de 1 de agosto al 30 de noviembre de 2018.
- Complementando con la representación del individuo a través de la forma en la que cada integrante del equipo de trabajo en mando medio como unidad de análisis se apropian de la estrategia de competitividad desde su percepción individual, resultado de la experiencia y conocimiento adquiridos sobre los elementos que integran el modelo institucional de

competitividad, aspecto que supone un análisis interpretativo de los discursos generados de forma individual, elemento evaluado en el marco de una institución burocrática y desde una perspectiva subjetiva. Dicho discurso se tomará de las entrevistas realizadas a los sujetos en mando medio.

- En la segunda fase se analiza los comportamientos y conductas desplegadas por los sujetos en su quehacer cotidiano en respuesta a situaciones diversas que demandan de una estrategia de seguimiento, de una decisión, de control, etc., y que forman parte de los elementos incluidos en el modelo de competitividad la evaluación de los comportamientos y conductas se dará a través de lo observado y registrado en el diario de campo. Lo anterior se lleva a cabo durante el periodo correspondiente del 2 de enero al 31 de julio de 2019.

La teoría de la organización específicamente la estrategia de competitividad como mejora continua, utilizada como estrategia de acción, demanda para establecerse y operacionalizarse un proceso sistemático y coordinado desde la cúpula de la organización, por consecuencia en este estudio se lleva a cabo el análisis de las prácticas discursivas contenidas en mensajes explícitos como implícitos que se dan al interior de la organización, utilizando para este fin la técnica de investigación documental como son oficios de operación, reportes de evaluación, correos de control, etc., para ser analizados conjuntamente con documentos normativos utilizando también la metodología propuesta por (Montano, 2015) ya comentada anteriormente, la cual se aborda ampliamente en el marco teórico y en la operacionalización descrita más adelante.

4.5 Unidad de Análisis

A continuación, se define la unidad de análisis:

- Para esta unidad de análisis se contempla los cinco jefes de departamento clínico (mando medio) relacionados directamente con la atención en salud, quienes son responsables de procesos o subprocesos; tienen incidencia directa sobre la ejecución de directrices organizacionales e interactúan con los demás procesos, reportan al primer nivel jerárquico y asume responsabilidad sobre personas, recursos físicos, tecnológicos y conocimientos expertos de la organización.

Para fines de esta investigación se abordó la unidad de medicina familiar # 46 en ciudad Juárez Chihuahua del IMSS, la cual consta de 23 consultorios de medicina familiar, departamento de trabajo social, psicología, laboratorio, radiodiagnóstico, medicina preventiva, dirección, administración enseñanza, coordinación de servicios, enfermería, con más de 117,000 derechohabientes que reciben atención de 336 empleados, liderados por 1 director y 5

coordinadores clínicos en dos turnos de atención. Dentro del organigrama de esta unidad (figura # 5) los coordinadores de servicio son los sujetos de interés, conformados por 5 personas: tres coordinadores en turno matutino y dos en turno vespertino, tres mujeres y dos varones, de edad similar alrededor de los 45 a 48 años de edad –entre ellos el investigador- cuentan con grados académicos diversos aunque en su totalidad de profesión médicos y con especialidad en medicina familiar, cursos de administración dos con maestría en administración trunca, dos de ellos sin estudios asociados y uno con cursando doctorado en administración con maestría en administración; los cinco mandos medico cuentan con una experiencia similar con un promedio de 9 años en el puesto. Se incluyó como sujeto de estudio al director debido a su disponibilidad y deseo de participar en el mismo, el cual cuenta con 55 años y 15 años de experiencia en el puesto, además con profesión médica y especialidad en medicina familiar con diplomado en administración de servicios médicos.

Mandos Medios

El puesto jerárquico de mando medio dentro del IMSS se encuentra establecido, delimitado y especificado dentro de la normativa sobre estructura orgánica de cada nivel de atención y por capacidad de prestación de servicio, así para la jefatura de Servicio de Medicina Familiar, por ejemplo, sus funciones entre otras deberán ser:

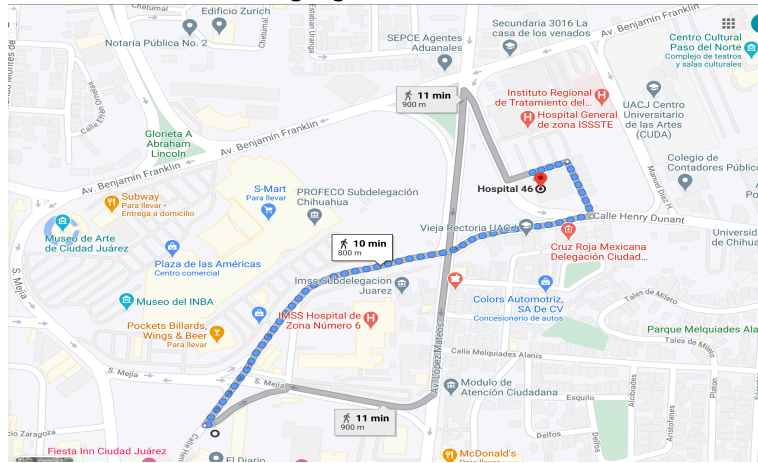
- Organizar los procesos de la atención médica, paramédica y administrativa, dando cumplimiento a la normativa vigente,
- Coordinar y supervisar las actividades del personal de salud favoreciendo la mejora continua, calidad de los servicios y la seguridad del paciente,
- Elaborar su programa de trabajo,
- Difundir y supervisar la aplicación de la normatividad,
- Analizar con el personal responsable de los servicios, los resultados obtenidos para identificar áreas de mejora,
- Planear y gestionar con oportunidad en el ámbito de su competencia, los recursos e insumos que se requieren para el cumplimiento de los programas y objetivos institucionales,
- Supervisar la participación del personal médico en el control y seguimiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles,
- Supervisar que el personal médico epidemiólogo o utilice en forma eficiente los recursos humanos, materiales y financieros asignados,

- Supervisar la participación del personal médico en el control y seguimiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, con base y cumplimiento de la normatividad vigente,
- Verificar y asesorar al personal médico y de estomatología sobre la prescripción razonada de medicamentos, uso adecuado de los auxiliares de diagnóstico y del sistema de referencia-contrareferencia con base en la normatividad institucional vigente,
- Supervisar y asesorar al personal médico y de estomatología sobre la prescripción y expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a la población asegurada,
- Verificar el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos y no médicos, así como los controles de calidad y que las instalaciones reúnan las condiciones de seguridad tanto para usuarios internos y externos,
- Supervisar que el personal de salud describa en forma integral en el sistema de información vigente, el motivo de la atención médica, el servicio otorgado y validar la calidad de los mismos con base a la normatividad institucional vigente,
- Acudir a los diferentes Comités y Comisiones en el ámbito de su competencia y dar cumplimiento y seguimiento a las recomendaciones emitidas.

Localización física de la unidad médica donde se encuentra la unidad de análisis.

La unidad de medicina familiar # 46, ubicada al norte de Ciudad Juárez, Chihuahua, México; en la antigua zona comercial y cultural de la ciudad, de fácil acceso por vías terrestres rápidas, además de punto de cruce de varias rutas de transporte público; cercana adicionalmente a un hospital de segundo nivel propio del IMSS, así como de otras instituciones de salud pública y/o privada como son ISSSTE, Cruz Roja, SSa, Pensiones Civiles del Estado (SES), centro médico de especialidades, entre las más destacadas.

Figura 10
Ubicación geográfica de la UMF # 46



Fuente: Google maps: Av. Henry Dunant # 610; C.P. 32340 Ciudad Juárez.

La fase activa de recolección de datos inicia con el análisis documental del 1 de agosto al 30 de noviembre de 2018, la fase de observación se llevó a cabo del 2 de enero al 30 de julio del 2019 y la entrevista a los involucrados se lleva a cabo en el periodo de 1 agosto al 30 de septiembre de 2019.

4.6 Operacionalización

Padua, (2004), menciona que la operacionalización es el paso deductivo, para transitar de un concepto a una categoría, para esto se requiere: a) la descomposición del concepto original en las dimensiones que lo integran, después determinar categorías específicas con sus respectivos indicadores, que representan ámbitos específicos de cada una, utilizando un proceso de deducción lógica para poder manejar sus referentes empíricos.

Este proceso de operacionalización, de acuerdo con Rojas (2002b), permite un acercamiento al conocimiento preciso de los fenómenos estudiados, así, esta manera escoger las técnicas y elaborar los contenidos de los instrumentos acertadamente para recopilar información puntual y concreta, directamente de los referentes empíricos, y reconocer aspectos específicos del fenómeno bajo estudio (Rojas, 2002b).

Para la presente investigación del modelo de competitividad que consta de ocho criterios y como ya se explicó con antelación solo se tomaran dos de los criterios para el análisis que son: Talento Humano y Planeación Estratégica, debido a que involucran directamente a grupo de sujetos en estudio, además establece claramente las acciones a ejecutar por dicho grupo, lo que permite tomar algunos de los indicadores del modelo como referente para la evaluación de las conductas expresadas por el personal. Los indicadores se integran como ítems en los instrumentos para

recopilar la información (Rojas, 2004a), ya que éstos son expresiones concretas de un fenómeno (Rojas, 2002b).

Los indicadores e ítems se especifican en el punto 4.7 Recolección de datos del presente capítulo y en el anexo 2 el Instrumento.

Adicionalmente para complementar las dimensiones, categorías y posteriormente los elementos de análisis se integran conceptos derivados de la teoría del aprendizaje organizacional y de la ideología de Michael Foucault que conforman dos aspectos básicos: por un lado, el desarrollo de las prácticas discursivas y la forma en la cual se agencian individualmente del conocimiento y por otro la forma en cómo se constituyen y se expresan en prácticas morales el aprendizaje en los individuos. Cada aspecto tiene su propia perspectiva y requiere una técnica específica de recolección de datos:

1. Análisis de las prácticas discursivas desde la postura institucional
2. Análisis de prácticas discursivas de la expresión de dicho conocimiento por parte de los sujetos de estudio
3. Observación, categorización y análisis de las prácticas morales de los individuos en estudio de acuerdo con las demandas cotidianas y en relación a lo esperado en relación a la estrategia de competitividad.

Para la organización se tomará como categoría: la estrategia discursiva organizacional, la estructura organizacional y las prácticas discursivas; que nos permita conocer específicamente las formas en que la organización implementa la estrategia de competitividad, a través de dispositivos de control descritos por M. Foucault dentro de la gubernamentalidad, que llevan a la constitución subjetiva expresada en prácticas morales. Para ello se utiliza la metodología de análisis de las prácticas discursivas, no discursivas y morales propuestas por Montano (Montano, 2015).

Los individuos se abordan desde una perspectiva individual, determinando las características propias de cada uno que le lleva a la subjetivación en la organización, los procesos de gubernamentalidad y relaciones de poder/saber que se dan en este contexto histórico específico y la forma en cómo afectan al sujeto, así como las prácticas discursivas prevalentes que se representan a través de la conducta, con este objetivo se utiliza la técnica de la observación participante y la entrevista, para luego integrar los datos en una matriz que permita categorizar y llevar a cabo un análisis de prácticas morales utilizando la metodología ya descrita (Montano, 2015), para finalmente ser contrastados con los datos recabados de la organización.

4.7 Recolección de Datos

El observar un fenómeno que se gesta en un ambiente complejo y en constante cambio evoluciona hacia la necesidad de intentar explicar el porqué de las conductas expresadas por los individuos.

Durkheim diferencia el mundo natural del social por su carácter “normativo” en donde la conducta humana está regida no solo por reglas utilitarias, además está la conciencia colectiva que se presenta la adherirse a las ideas morales. El propósito de la sociología de Durkheim, es eminentemente positivista, ya que, al elaborar teorías sobre la conducta humana, estas deben ser por vía inductiva, con base en las observaciones del científico y evitando influenciarse por las ideas que los actores tienen acerca de sus propias acciones y las de los demás. Debido a la influencia de los contextos socio-económicos en las conductas humanas los análisis conductuales deben incluir el efecto de dichos contextos sobre estas conductas, para ello se complementa el presente análisis con la metodología propuesta por M. Foucault.

En la presente investigación se utilizan tres técnicas para la recolección de datos:

1. El análisis documental de las prácticas discursivas institucionales
2. La observación participante
3. La entrevista semiestructurada

4.8 Análisis documental

El análisis de discurso se realizará de los datos obtenidos de la investigación documental sobre los registros oficiales que componen el modelo de competitividad del IMSS, compuestos por la normal que establece las directrices y elementos del modelo de competitividad, además de la norma para la operación e implementación del modelo ambas establecidas y difundidas por la institución como fundamento operativo.

Se integrarán posteriormente los datos obtenidos de las entrevistas a profundidad realizadas a cada participante, para lo cual se transcribirán dichas entrevistas y se someterán al análisis semántico y posteriormente el investigador reconoce y valora el saber de los informantes, analiza su comportamiento y desglosa los resultados obtenidos por cada participante hacia un saber instituido en su comunidad de pertenencia.

Para lo anterior, se organizan y registran los datos mediante un formato elaborado por el investigador con base en la metodología de análisis propuesta por (Montano, 2015), (ver anexos) el cual sintetiza la información de acuerdo al modelo de análisis.

Tipos de discursos:

- Discursos de exclusión
- Discursos de limitación

Los análisis de las prácticas discursivas en el entendido que estas se definen de la siguiente forma: "... conjunto de anónimos, reglas históricas, siempre determinadas en tiempo y espacio, que se han definido para un tiempo dado y un área social, económica, geográfica o lingüística, considerando el ejercicio condiciones de la función declarativa Foucault (2006a), pp. 198. Las prácticas discursivas no deben confundirse con la forma en que un individuo formula una idea, un deseo o una imagen, ni con la función inferencial; ni tampoco la capacidad del sujeto para formular frases gramaticales. El propósito de la arqueología del conocimiento propuesto por Foucault es analizar la constitución histórica de las prácticas discursivas (o declarativas) (Foucault, 2006).

Se componen de 3 elementos arqueológicos que integran las prácticas discursivas, que son:

- Análisis de las declaraciones
- Prácticas de formaciones discursivas,
- Prácticas de discursos con discontinuidad y desplazamiento

Se inicia con el análisis de las prácticas discursivas relacionadas, partiendo del proceso de implementación del modelo de competitividad desde el discurso oficial además de reconocer declaraciones discursivas con discontinuidades y desplazamiento, omitiendo el análisis de declaraciones y la crítica de las prácticas discursivas por ser este análisis un marco contextual para la descripción de las prácticas morales, lo cual se puede apreciar en la tabla 4:

Tabla 4
Esquema de análisis de Formaciones discursivas

Procedimiento	Propósito del Diagnóstico	categoría de análisis	Formalización/Foco de interpretación	Material institucional de referencia	Material recolectado de las entrevistas	Categorías de análisis
Procedimientos de limitación	Describir las reglas que determinan el espacio en el cual los sujetos son moldeables y transformados	Unidades de discurso oficial	categorías que relaciona	Norma para la implementación del modelo de competitividad	Identificar si integra y replica conceptos de operativos de la norma	Normalización
			categorías que garantiza continuidad			
		Formaciones discursivas (discurso totalizante)	criterios de formación			
			criterios de transformación			
			criterios de correlación			
Campo de coexistencia: declaraciones que pertenecen a otros grupos						

Procedimientos de exclusión	Encontrar las reglas que aseguran la efectividad de la verdad y dominan sobre otros	Técnicas de individualización	Técnicas de transformación	Informes de retroalimentación	Justifica ante otros los cambios	Vigilancia Jerárquica
		Formas de exclusión	Técnicas del ser		No reconoce otras perspectivas fuera de la norma	Aislamiento

Fuente: elaboración propia con base en la metodología de Montano 2015.

4.9 La Observación

La principal técnica empleada por la etnometodología para la recolección de datos es la observación de los actores en su contexto cotidiano, en su actuar activo durante una situación, que para fines de la presente investigación será: una observación de los participantes durante el ejercicio de sus acciones laborales en su cotidianeidad, para lo cual se recolectarán datos en un diario de campo, sobre las prácticas y decisiones realizadas de forma cotidiana por los mandos medios, éste debe contener la relatoría de situaciones cotidianas específicas, que describan acciones realizadas y el correspondiente discurso que las acompaña, relacionadas con la estrategia de competitividad, ejecutada por los sujetos de estudio.

Los datos recabados se integrarán en una matriz descrita más adelante, que permitirá la categorización y análisis, para derivar en la presencia o ausencia de las prácticas morales representadas por dichos sujetos de estudio, con base en la metodología de (Montano, 2015).

Los elementos para análisis de la observación de los mandos medios durante su actuación son las siguientes:

- Responde oportuna y coherentemente ante las situaciones que se le presentan conforme a lo establecido en el modelo de competitividad.
- Propone y/o implementa acciones de mejora a los procesos de atención ante usuarios y trabajadores.
- Reflexiona o comenta con sus pares experiencias en busca de una propuesta consensada.
- Realiza procesos de evaluación acorde a sus responsabilidades de forma ética.
- Prioriza problemas de acuerdo al impacto y frecuencia alineado a las necesidades y objetivos de la institución.
- Socializa los resultados de los análisis realizados con el equipo de trabajo.
- Utiliza herramientas y metodologías de planeación para elaborar estrategias de mejora.

Los registros previos originaran las categorías de análisis:

- Comunicación interpersonal.
- Ambiente de colaboración
- Aprendizaje por interacción
- Flexibilidad ante los cambios

Dichas categorías antes descritas contarán con los siguientes elementos:

- Patrones de acción (consistencia en el comportamiento)
- Posición (medios para ubicar a la organización en lo planeado)
- Perspectivas individuales (forma particular de percibir el mundo)

Que llevarán a su clasificación final en:

- comportamientos normalizados y
- comportamientos de objetivación, representados en el siguiente esquema:

Tabla 5

La observación: Esquema analítico de las Prácticas Morales

<i>Material recolectado de las entrevistas</i>	<i>Categorías de análisis</i>	<i>Elementos a observar</i>	<i>Procedimiento de clasificación de los elementos</i>
Estrategias, prácticas y luchas	Normalización	Ambiente de colaboración	PATRÓN: Consistencia del comportamiento
		Comunicación interpersonal	PERSPECTIVA: Manera particular de entender la realidad.
	Vigilancia Jerárquica	Evaluación del desempeño	POSICIÓN: Medios para ubicar a la organización dentro de lo planeado.
Reproducción de discursos	Examen	Aprendizaje por colaboración	PERSPECTIVA: Manera particular de entender la realidad.
	Sanción normalizadora	Flexibilidad ante el cambio	PERSPECTIVA: Manera particular de entender la realidad.
	Aislamiento	Aprendizaje ante los cambios	POSICIÓN: Medios para ubicar a la organización dentro de lo planeado.

Fuente: elaboración propia.

4.10 Prácticas Morales

Para evaluar las prácticas morales se fundamentará en la triangulación de la observación con los datos recabados por la entrevista los cuales cada ítem explora características específicas de cada una de las categorías principales que son:

4.10.1 Exomologesis:

Se refiere a la confesión, es un acto y/o una disciplina, la cual tiene su efecto en el comportamiento de modo que alimenta el establecer conductas. Es un tipo de código que se establece por obediencia jerarquizada y se manifiesta mediante la verbalización de la propia obediencia, humildad para aceptar las disposiciones o penitencias impuestas, por lo tanto, incluye sumisión ante los niveles jerárquicos. Dado lo anteriormente expuesto en el capítulo correspondiente al marco teórico dentro de la organización moderna la exomologesis se corresponde con:

- Reconocimiento de los hechos
- Compromiso con la verdad enunciada
- Autocastigo
- Autenticación personal de la verdad
- Sujeción a una autoridad externa o jerárquica
- El objetivo es la normalización - adaptación - sujeción
- Reconocimiento de uno mismo como incumplidor (pecador).

4.10.2 Apatheia

Desde la definición de los estoicos apatheia significa: apathos= sin emoción, significa liberarse de los falsos juicios de valor (sarabji; 2000).

En su contraparte, para los cristianos apatheia adquiere el significado de renuncia a los deseos y placeres que permita la obediencia. Lo anterior contempla los siguientes elementos:

- Servicio
- Obediencia (apego)
- Reproducción de individuos sujetados
- Relación pastor/oveja (líder/seguidor; jefe/subalterno)

El cristianismo institucionalizado aporta a la organización moderna la idea de controlar las pasiones. Lo cual desde el punto de vista del individuo se refiere a:

- La salvación: como guiar colectiva e individualmente
- Relación con la ley

- Relación con la verdad

Salvación

En términos organizacionales podría inferir a que el grupo deberá unificarse para el “bien común”; del mismo modo, permite el “sacrificio” o “coacción” de algunos. Para lograr lo anterior se requiere de la existencia de las siguientes condiciones:

1. Transferencia exhaustiva:
2. Correspondencia alternada:
3. Economía de méritos y desméritos(Foucault, 2008).

Relación con la ley

El Yo se somete a un poder que se ejerce a través del examen de consciencia y la culpabilidad, que sólo puede purgarse por medio de otro y/o en la confesión (Foucault, 2006, p. 218-219).

Los modelos de individualización desde los términos de Foucault denominados tecnologías tienen tres objetivos: la identificación analítica, sujeción y subjetivación.

Relación con la verdad

La principal tarea del líder (pastor) es la de enseñar o ser transmisor de conocimiento, Foucault por saber define que es cuando en un espacio el sujeto se posiciona al hablar de los objetos que integra en su discurso, y que convierte en un instrumento de poder institucionalizado dentro de organizaciones sociales.

4.10.3 Ascesis

El cuidado de otros presume en los quehaceres médico administrativo el cuidado ético de sí mismos. Desde esta perspectiva se implica la necesidad de considerar la relación entre la tradición filosófica, el ejercicio de la medicina y el arte de vivir. Para ello se requiere que el médico en mando medio busque en su actividad, un campo de reflexión ética orientada al cuidado de sí, al mismo tiempo que atiende al cuidado del otro, dentro de unas coordenadas espaciotemporales que resultan complejas en la actual configuración de las instituciones de salud.

Como consecuencia de los objetivos del mundo moderno Foucault desplaza el significado habitual de ascesis que la reduce a simplemente renuncia, propone entenderla como: “una transformación de sí voluntaria y costosa, gracias a un conjunto de técnicas regladas, que tienen por meta no la adquisición de una aptitud o conocimiento sino la transformación de sí en el modo de ser” (2017: 108).

En este tenor, reconoce en ella dos modalidades principales:

La ascesis orientada hacia la verdad: esquema antiguo, es hacer de la verdad la regla de nuestra relación tanto con nosotros mismos como con el mundo; de modo que adquirir la verdad es la vez el objetivo y el medio por el cual hay una interconexión y reciprocidad entre el gobierno de sí y la capacidad de afrontar los acontecimientos del mundo.

La ascesis orientada hacia la realidad: desarrollada en las tecnologías de sí cristianas, tiene en cambio por objeto ir de una realidad hacia otra, según un “rito de pasaje” desde un sí mismo, una vida y un mundo aparentes a los que es preciso –aquí sí–renunciar, para acceder a otro mundo que es el verdadero y plenamente real.

Las prácticas morales descritas anteriormente aun cuando Foucault las trae a colación en su texto de hermenéutica del sujeto, no parecen estar apegada a las organizaciones modernas, que es el foco de esta investigación, por lo que se construyó un esquema para su evaluación, que se presenta en la tabla 6.

Tabla 6

Esquema categórico de la observación de las Prácticas Morales

Organización moderna			
Exomologesis			
Elemento	Categoría	Técnica de recolección de datos	Ítem de la entrevista
Manifestación de la verdad y apego a ella	Simbología manifiesta	Observación Autobiografía	
	Trascendencia organizacional	Entrevista	1
	Adhesión al código de conducta	Entrevista Observación	2
Confesión de los pecados	Reconocimiento del incumplimiento o de la responsabilidad	Entrevista Observación	11, 12, 13
	Compromiso para disminuir los incumplimientos	Entrevista Observación	10, 10.1, 15, 17
	Sacrificio: Tiempo, preparación, dedicación, cambios en la vida personal	Entrevista	6, 18, 18.1
Presencia del pastor	Guía de comportamiento	Observación Documentación	
	Responder por el jefe	Observación Entrevista	10.2
Apatheia			
Salvación			

Transferencia exhaustiva	TOTALIZACION Uno es sacrificable por el bien general	Entrevista	15, 16
Inversión del sacrificio	El pastor se sacrifica por sus ovejas y se los hace saber	Entrevista	18,
Correspondencia alternada	Las debilidades del rebaño pueden contribuir a la salvación del pastor y viceversa.	Entrevista	17, 17 ^a ,
Economía de méritos y desméritos	En el balance los méritos deberán superar a los desméritos	Entrevista Observación autobiografía	9
Relación con la ley	Obediencia al líder		22, 23
Relación con la verdad			
Dirección de conducta	Enseñanza	Entrevista	8, 8.1, 8.2, 18, 18.1, 20
Dirección de conciencia	Modos conductuales cotidianos	Observación	4, 5,
	Obediencia integral	Entrevista Observación	8.1, 8.2, 21, 22
Ascesis			
Adquisición de la verdad	Verbalización del discurso	Observación	3
Fragmentación del sujeto	Reproductor del discurso	Entrevista	12, 13, 14
	Trasmisión del discurso	Entrevista	19, 19.1, 19.2
Objetivación del sujeto	Formación de pastores	Observación Entrevista	24, 25, 26, 27

Fuente: elaboración propia con base en Montano (2015)

Los objetivos de la investigación se enfocan en comprender las formas de subjetividad en relación con la estrategia de competitividad para ello se utiliza la visión de M. Foucault sobre los procesos disciplinarios al interior de las organizaciones y la subjetivación del sujeto, mediante la metodología propuesta por Montano (Montano, 2015). Para explicar dicha relación se esquematiza en el cuadro # 3 que se presenta a continuación, donde es posible representar las relaciones entre los criterios elegidos del modelo de competitividad (Talento humano y planeación estratégica) los elementos descritos por Foucault; a través de identificar los elementos que intervienen en el proceso de apropiación del discurso institucional desde diferentes fuentes de información dentro de la institución y su relación con las conductas desempeñadas por los sujetos de estudio.

Tabla 7

Relaciones entre marco analítico y el modelo de competitividad del IMSS

Criterio para análisis del Modelo de competitividad	Categorías Foucaultianas	Categorías de competitividad	Elementos de evaluación
Talento Humano	Normalización	Habilidades	Comunicación

			Toma de decisiones
	Corrección	Vigilancia Jerárquica	Evaluación del desempeño
	Objetivación	Aislamiento	Retroinformación
Planeación estratégica	Normalización	Visualización de objetivos	Herramientas administrativas
	Corrección	Colaboración	Comunicación
	Objetivación	Flexibilidad ante cambios	Implementación del modelo

Fuente: elaboración propia.

4.11 La entrevista

A través, de entrevistas a los integrantes del equipo de trabajo de mandos medios en la unidad de análisis se pretende obtener la mayor cantidad de información por parte de los participantes, posibilitando el intercambio de sus percepciones. La información recabada mediante la técnica de la entrevista es útil, relevante y manejable en función de los objetivos planteados. Emplea una combinación de categorías y niveles por la utilidad que proporciona al evaluador, al favorecer nuevas formas para el análisis y captación del fenómeno. Siguiendo la metodología cualitativa y el estudio de casos se definen categorías de estudio, que facilitan la comprensión del fenómeno y la relación existente entre la organización y las personas que la conforman, en función del tema aprendizaje organizacional.

En referencia a lo anterior, en la presente investigación se llevarán a cabo entrevistas semiestructurada (ya que nos permite delimitar y guiar al sujeto sobre tópicos propios de la investigación, en este caso la estrategia de competitividad), a cada uno de los integrantes del grupo de trabajo medico en mando medio de la UMF 46, las entrevistas se llevarán a cabo en dos sesiones, que permitan contrastar las respuestas y suplementar datos.

4.11.1 Categorías asociadas a la organización

- Estrategia organizacional
- Estructura organizacional
- Estrategia discursiva

4.11.2 Categorías asociadas a la persona como elemento constitutivo de la organización

- Características propias del individuo
- Procesos de Aprendizaje
- Prácticas discursivas

Se consideran para efectos metodológicos como unidades de trabajo al grupo total de personas involucradas en el área médica que serán entrevistadas en profundidad sobre el tema del modelo de competitividad.

Una vez recolectados datos preliminares del análisis documental, las entrevistas y la observación el análisis se llevará a cabo en las siguientes etapas:

- Etapa Descriptiva: el análisis formaciones discursivas, de identifican los tipos de discursos además de las diferencia y desplazamiento presentes en ellos, a través de las respuestas obtenidas ubicándolas dentro de las categorías definidas para cada subunidad de análisis estudiado, desde las tres fuentes: documental, observacional y perceptivo (entrevista).
- Etapa de Análisis categórica: se toma cada elemento de análisis, de cada las categorías para confrontar los hallazgos obtenidos y cruzar los datos arrojados por las tres fuentes del análisis con objeto de visualizar las prácticas discursivas, así como los diferentes patrones encontrados.
- Etapa de Teorización: de los resultados obtenidos en las etapas de análisis anteriores, se conceptúa con respecto al proceso constitución objetiva al interior de la organización estudiada, identificando sus principales características (Ramírez et al., 2011).

4.12 Instrumento

Retomando el objetivo de la investigación que hace referencia a la constitución subjetiva en relación con la estrategia de competitividad en miembros de equipos de trabajo en mandos medios en una unidad médica de primer nivel de atención. Teniendo como punto de partida las prácticas discursivas asociadas a la estrategia de competitividad establecida por la institución enfocándonos en dos de los ocho criterios (talento humano y planeación estratégica), las formaciones discursivas para su implementación a través de las prácticas y la observación de las conductas (prácticas morales) con relación con las categorías definidas en la investigación.

Parte fundamental del análisis como ya se mencionó anteriormente, lo compone la percepción individual de los participantes sobre la estrategia de competitividad, referido a la constitución subjetiva durante el proceso de implementación, aplicación de los criterios del modelo, y conductas generadas en consecuencia. Para ello se utiliza la entrevista semiestructurada a cada participante, complementada por la observación de las conductas cotidiana relacionadas a los criterios y/o elementos establecidos por el modelo y definidos para la investigación. (Para mayor comprensión de las preguntas que componen la entrevista a realizar favor de ver los anexos).

4.13 Consideraciones Éticas

Los aspectos éticos son elementos que deben ser considerados no sólo en la planeación y puesta en marcha de la investigación sino también en el momento de reportar los hallazgos. Por tanto, en la presente investigación se consideraron dos aspectos relevantes: asegurar a los participantes el anonimato, la certeza de que la información compartida sólo sería accesible para el investigador, y principalmente su consentimiento para participar en este proyecto. Asimismo, se deja claro al participante que podían retirarse de la investigación, en cualquier momento, si lo consideraban pertinente.

Aun cuando en este caso no se solicitó por escrito el consentimiento por parte de los entrevistados, ellos tuvieron la libertad de decidir no participar cuando se les contactó y explicó el motivo de la investigación. Su colaboración no estuvo condicionada a ningún evento o actividad, ni tampoco recibieron ninguna gratificación por su participación.

Capítulo 5

Análisis de resultados

Introducción al capítulo

En los capítulos anteriores se describen los contextos y relaciones que favorecen la construcción de sujetos con un enfoque específico hacia el continuo incremento de la productividad en la generación de servicios; para su análisis y descripción partiendo del pensamiento Foucaultiano que pretende delinear, en términos generales las tendencias del régimen hacia la constitución de las subjetividades de los sujetos estudiados. Para describir estos hallazgos es necesario recordar lo presentado en el marco analítico que describe las características propuestas por Foucault en cada plano de subjetivación partiendo de la adopción de prácticas discursivas como verdaderas y estableciendo a partir de la rejillas las demandas gubernamentales, las redes institucionales y las modalidades productivas, que nos permiten visibilizar enunciados que exigen incremento en la productividad de los prestadores de servicios de salud y a la extensión de sus prácticas profesionales como parte de un sistema de servicios para la salud, en respuesta al contexto socio-económico.

Con la finalidad de dar orden a los datos recabados y lograr una mejor comprensión de los mismos este capítulo pretende dar una visión general sobre las formas en las que los sujetos dentro del IMSS se exponen a los discursos institucionales oficiales y como estos permean a través de las redes y jerarquías institucionales y se transforman en prácticas discursivas que finalmente moldean al sujeto a través de cómo se agencia de él, y se manifiesta a través de las prácticas morales.

Los resultados serán ilustrados inicialmente con una aproximación arqueología del IMSS, desde lo general a lo específico (unidad de análisis) que contextualicen al lector sobre las características socio-políticas de la institución. posteriormente se conforman dos fases:

- Primera fase: análisis de las prácticas discursivas a partir de documentos institucionales que incluyen la descripción del origen de las mismas y el análisis de:
 - Discurso totalizante
 - Técnicas de individualización
 - Técnicas del sí
- Segunda fase: análisis de las prácticas morales mediante la triangulación de datos recabados en la observación y declaraciones de los sujetos contenidas en las entrevistas que permiten concretar y categorizar tres dimensiones que son:
 - Exomologesis
 - Apatheia

- Ascesis

5.1 Recorrido histórico sobre el desarrollo del IMSS:

5.1.1 Historia y Evolución del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde su fundación el 1943, como órgano público descentralizado con personalidad jurídica y con un patrimonio propio, con aportación tripartita, ya que en él se integran los sectores público, social y privado. El IMSS es el principal representante de organizar y administrar el seguro social en la mayor proporción de mexicanos adscritos a la seguridad social, la finalidad del instituto es asegurar el derecho a la salud, al cuidado médico, la protección de las vías de manutención y los servicios sociales necesarios para alcanzar cierto nivel de satisfacción tanto personal como colectiva, además de otorgar una pensión que, previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (IMSS.gob.mx).

El IMSS se alza como la institución regente en la seguridad social en México al cabo de 75 años de existencia, sin embargo, ha enfrentado cambios, retos desde distintos ámbitos. La población cubierta por el Instituto alcanza las 63'480,327 personas al cierre de 2016, lo que representa alrededor de 50% de la población del país. IMSS.gob.mx

El IMSS brinda prestaciones a sus derechohabientes bajo dos sistemas: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio un individuo es inscrita a través de su patrón al establecer un vínculo laboral que obligue a su aseguramiento, el cual se integra por 5 ramos o seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por su parte, el Régimen Voluntario la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), el Seguro Facultativo y algunas otras modalidades de incorporación voluntaria.

Con la finalidad de dar orden y asegurar los derechos a la salud y cuidado médico se establece la Ley del Seguro Social, con apego a los derechos descritos en la Ley General de Salud, con fundamento en artículos básicos constitucionales. Así el IMSS se integra al Sistema Nacional de Salud al ofrecer servicios ambulatorios y hospitalarios diversos primordiales dentro de la salud pública del país.

El IMSS como el resto del país atraviesa una fase de transición epidemiológica, en otras palabras, transformación en prevalencias de enfermedades y causas de muerte. Un ejemplo de ello: la mortalidad consecuente de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años ha disminuido, gracias a 3 factores principales: i) acceso a la terapia de

hidratación oral; ii) incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y iii) mejoras en la infraestructura médica y creación de nuevos programas de medicina preventiva.

5.1.2 Entre los retos que enfrenta el instituto se encuentran:

Los cambios demográficos y epidemiológicos por los que atraviesa México se reflejan en sus instituciones de salud como lo es el IMSS, principalmente en la operación económica de éste. La estructura etaria poblacional es una de las transformaciones con mayor impacto esto es, un incremento en población envejecida, que demanda servicios de salud en mayor número y complejidad. Le sigue, el incremento en las cifras de prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales necesitan acciones asistenciales en mayor costo y cantidad. Ambos elementos anteriormente expuestos se manifiestan en un incremento sustancial en el gasto público y precisan una organización compleja por parte de las instituciones prestadoras de asistencia médica que garantice el acceso y oportunidad de los servicios a la población vulnerable con vigilancia y control de los costos. Lo anterior ha impactado de tal forma que los ingresos para sufragar los servicios de salud pudieran ser insuficiente en respuesta a las demandas y necesidades de los derechohabientes.

Adicionalmente a lo previamente expuesto, existe el pago de jubilaciones y pensiones de los trabajadores de los cual es responsable aún el IMSS (previo a la reforma 1997 de la LSS) que se erige como una amenaza al requerir de un gasto considerado en más de 2 billones de pesos para los siguientes 70 años.

Para enfrentar esta situación económica, en el lustro de 2007 al 2012 se ha conducido información acerca de la situación financiera del IMSS que desembocaría en agotar las reservas financieras consideradas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), que llevó a una deuda de 195 millones de pesos para 2007 y en 2012 llegó a ser de 22,755 millones de pesos; lo que habría puesto en jaque la integridad financiera del país de haber persistido esta tendencia.

Como respuesta ante este detrimento económico y esgrimiendo la estrategia de fortalecimiento financiero en el IMSS durante el año 2016, el C. Presidente de la República encaminó al dirigente del Instituto a enfocar los esfuerzos en los siguientes años hacia 3 grandes fundamentos:

1. Persistir con la reanimación financiera del Instituto.
2. Fomentar y acelerar procesos de simplificación de trámites.
3. Optimizar la calidad y calidez de los servicios otorgados.

Aun cuando la población en México presenta una mediana de 27 años, es evidente la transición demográfica en la pirámide poblacional así como el crecimiento de la población envejecida, que se

manifiesta en un periodo de 45 años (de 1970 a 2015) la población en México mayor de 60 años pasó de 2.7 millones a 12.4 millones (5 veces más); de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población, se estima que para 2050 aumente 2.5 veces y alcance un total de 32.4 millones; además, la relación de trabajadores por pensionado pasó de ser 14 en 1973 a solamente 5 para el año 2016.

Desde la perspectiva epidemiológica, al modificarse las condiciones de salud y manifestarse con mayor proporción enfermedades crónico-degenerativas que tienen mayor impacto en la población, generan tratamientos largos y complejos además absorben una mayor proporción del gasto. La mayoría de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas se encuentran en el grupo de edad de 60 años y más, está es la población que genera el 75% de las consultas en el IMSS. Es destacable además que el inicio de estas enfermedades se presenta a edades cada vez más tempranas.

Como consecuencia de los datos mencionados no es que el mexicano vive más tiempo, sino que está más enfermo, y dicha enfermedad es más costosa con el paso del tiempo, llega y vive en retiro laboral por un lapso mayor, que se refleja en el índice entre los trabajadores retirados y los trabajadores económicamente activos encargados de financiar el sistema de salud, por lo cual se produce una carga negativa para la sociedad y específicamente para la totalidad del sistema de salud. Impacta que las enfermedades crónicas no transmisibles por si solas, de representan aproximadamente el 81.8% de las atenciones en primer nivel, en el segundo nivel consumen el 15% y en el tercer nivel el 3.2%. Adicionalmente al consumo y saturación de las consultas médicas, estas enfermedades también requieren de un presupuesto amplio por lo que absorben amplios porcentajes de los recursos del sistema de salud con: 25.6% del presupuesto en el primer nivel, 53.4% en el segundo y 20% en el tercero (Informe del IMSS al ejecutivo 2017)

Las características de la seguridad social que otorga el IMSS incluyen el asegurar el apoyo financiero al trabajador y su familia en caso de enfermedad y/o muerte, por tal motivo el creciente número de mexicanos económicamente activos que viven con enfermedades crónicas, estas traen consigo una merma en la productividad laboral, lo cual es relevante ya que al costo de atención (anteriormente analizado) se suman los costos por pago de incapacidad por discapacidad y muerte prematura que acarrea. (Informe del IMSS al ejecutivo 2017)

Es así que el nuevo milenio trae consigo nuevos retos para el IMSS, no solo en la demanda de mayor cobertura, calidad de atención, actualización tecnológica, etc., debe enfrentar problemas crecientes con recursos escasos, que obligan a replantear el modelo original de atención, retomar las bases hacia la prevención aun cuando las enfermedades crónicas no transmisibles implican

considerar la predicción genética de la población donde el ambiente adquiere un rol principal favoreciendo su desarrollo y/o complicaciones por lo que la promoción de cambios del sistema de atención a la salud hacia un enfoque preventivo, para detección y tratamiento oportuno para lo cual se requiere que tanto el paciente, la familia y la sociedad propiamente tanto en los ámbitos laborales como sociales participen activamente a través de una colaboración total y un fin común claro (Informe del IMSS al ejecutivo 2017).

El IMSS como institución de la salud pública de mayor impacto en México, tiene como prioridad la atención médica en términos de recursos requeridos e impacto poblacional. La complejidad del contexto obliga a esta institución de salud, a adaptarse a las nuevas demandas, con enfoque principal en los usuarios y sus necesidades. Llevándolas a establecer estrategias e implementar herramientas flexibles que faciliten la mejora continua.

5.1.3 Marco Legal del Instituto Mexicano del Seguro Social

En México (Estados Unidos Mexicanos) el derecho a la salud se sustenta y garantiza en el Art. 4 de la Constitución Nacional. El mismo afirma: "...toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso". Estos elementos delimitan y definen sus referendos y acciones específicas, a través de dos leyes nacionales: La Ley General de Salud (LGS) de 1984 reformada en 2003 y la Ley del Seguro Social de 1998 (LSS) reformada por última ocasión en 2004.

La estrecha vinculación entre la ley general de salud y la Ley del Seguro Social (LSS), deriva de la necesidad de mantener un orden de acciones comunes y un marco de legalidad, es así como aun cuando el IMSS cuenta con una ley propia que lo rige, ésta se encuentra apegada en su totalidad a la Ley General de Salud y esta a su vez a los mandatos normativos de la constitución (ver imagen 2).

El fin de la LSS es especificar, delimitar y determinar las propiedades para acceso, los beneficios y prestaciones a los que tienen accesos mediante la seguridad social, la ley (LSS) está conformada por 319 artículos y es el sustento normativo para el uso y acceso al seguro social y el adecuado control de las direcciones normativas que lo administran. También esta ley se encarga de especificar las aportaciones porcentuales acorde al salario del trabajador de cada estrato que compone la seguridad social, a la vez que determina la aportación por parte del Estado y del patrón. Se especifican los porcentajes correspondientes al ramo de seguro de riesgos del trabajo, seguro de vida y demás primas asociadas. Incluso incluye los requisitos para acceder a cada una de las prestaciones definidas por esta ley.

La integración de la Ley Federal del Trabajo (LFT) en el marco legal de la seguridad social, que implementa la LSS, que otorga legalidad al ámbito laboral de la ley, además le confiere un enorme grado de complejidad, ya que se involucra con materias legales desde el marco del trabajo y los actores involucrados. En reciprocidad la LFT incluye en sus normativas la obligatoriedad de las aportaciones a la seguridad social por parte de la base trabajadora que conforman el empleo formal.

Figura 11

Fundamentos Jurídicos del I.M.S.S.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de las líneas de acción establecidas en el programa institucional del IMSS 2014-2018 se encuentra: “el compromiso a contribuir a la universalización del acceso a la salud, acompañada de un programa para la contención del gasto, el fortalecimiento de los recursos humanos y de la infraestructura institucional y la mejora de los procesos” ... “Las áreas administrativas y operativas del Instituto ejercerán un papel fundamental en el fortalecimiento de la capacidad administrativa y el desempeño institucional, y deberán contribuir al desarrollo de las actividades sustantivas del Instituto con altos estándares de calidad, dentro de un marco de transparencia y de eficiencia en el gasto.” PIIMSS 2014-2018

5.1.4 Estructura Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social

EL Artículo 2 de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario oficial de la federación el 12-11-2015 decreta:

“La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.” LSS

En las disposiciones generales de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que es de observancia general, en la forma y términos que establece y con disposiciones de orden público y de interés social (Art 1).

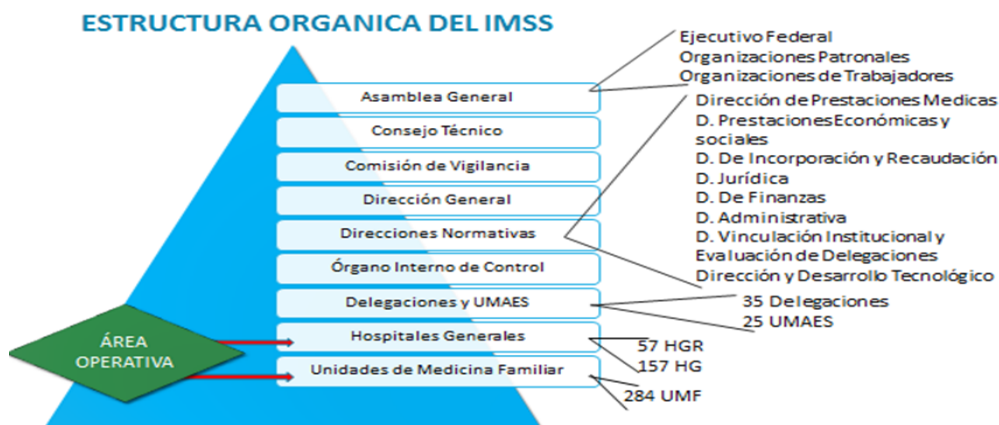
En el artículo # 3 de la LSS organiza la estructura interna del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la siguiente manera:

- Órganos superiores:
 - Asamblea general,
 - Consejo técnico y
 - Comisión de vigilancia
 - Secretaría general
 - Direcciones normativas
- a. Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones;
 - b. Dirección de Finanzas;
 - c. Dirección de Incorporación y Recaudación;
 - d. Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico;
 - e. Dirección Jurídica;
 - f. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, y
 - g. Dirección de Prestaciones Médicas

Contará además con un Órgano Interno de Control: para el estudio, planeación, atención y ejecución de los asuntos y actos que le competen al Instituto (ver figura 5).

Figura 12

Estructura Orgánica del I.M.S.S



Fuente: Elaboración propia.

5.1.5 Contexto actual del Instituto Mexicano del Seguro Social

La dinámica social y económica de México en los últimos 30 años, se ha caracterizado por cambios políticos y económicos, que han llevado a centrarse en los ingresos, promover los mercados de intercambios de servicios, incremento en la flexibilidad sobre las condiciones y oportunidades laborales, además del aumento del empleo informal y desempleo. Se manifiestan en una caída en los porcentajes de mexicanos con cobertura de seguridad social en los últimos años con el consecuente incremento de la afiliación al seguro popular, sumándose incremento en derechohabencia derivado de programas como seguro para una nueva generación, y los seguros de estudiantes. La polarización social se manifiesta en incremento en la pobreza y en la desigualdad, y se hacen evidentes en los complejos perfiles de salud/enfermedad que presenta la población mexicana.

Para dar respuesta a las demandas en salud de la población el sistema nacional de salud, anteriormente descrito como altamente fragmentado, observa diferencias en su capacidad de capacidad de proveer servicios en cantidad y calidad equitativos, limitados en eficiencia, eficacia y cobertura, por lo que la duplicidad de coberturas se manifiesta como una problemática.

En el IMSS esta dinámica económica que trajo consigo las reformas aplicadas, redujo el recurso público en salud destinado al IMSS, se desatendió la red pública de atención, afectando los servicios de salud, donde se presenta la obsolescencia del equipamiento que agravó la insuficiencia e inadecuación de las instalaciones y de personal. El deterioro de la infraestructura para la atención y la precarización de las condiciones de trabajo de los equipos de salud. Este desfinanciamiento afecta gravemente al IMSS, ya que posterior a la reforma de 1997, el instituto se ve obligado a construir reservas económicas y además impide la transferencia de recursos a otras ramas deficitarias de aseguramiento, lo que limita la inversión en infraestructura médica la cual arrastra un déficit de más de 60 mil millones de pesos e impacta en la capacidad instalada. Con decremento en el índice de consultorios por 1000 derechohabientes que va de 1.2 a 0.4 para el 2010 (Arellano & Soto, 2016). Además, se incrementó la subcontratación a terceros.

Es así que entre las estrategias del discurso económico se plantea la situación de ahorro financiero como una estrategia aplicable lo cual se manifiesta en el informe al ejecutivo realizado por el secretario general del IMSS en 2017 el cual entre los puntos más destacados resalta como resultados positivos el incremento del número de afiliados, el incremento en la productividad del trabajador de salud, sin incremento en la plantilla laboral, etc. (ver Figura 13)

Figura 13

Informe anual de actividades 2017 por parte del I.M.S.S al ejecutivo

INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES 2017 POR PARTE DEL IMSS AL EJECUTIVO				
COBERTURA Y DERECHOS HABIENTES	Se otorgan 4 millones de NSS	32 millones de chequeos preventivos	INFRAESTRUCTURA Y ESTRATEGIAS	
	+ 70 millones de D.H	8 millones de consultas en Medicina Familiar		57 HGR 176 HG 284 UMF 154 Urgencias
	↑ 2 millones de empleos formales	33 mil consultas en Segundo nivel		POLITICA DE AHORRO EN RECURSOS ECONOMICOS NO INCREMENTO EN LA PLANTILLA DE TRABAJADORES INCREMENTO DE 10% EN PRODUCTIVIDAD

Fuente: IMSS.gov.mx Elaboración propia

Por décadas la estructura orgánica básica propia del IMSS con fundamentos en la teoría de la burocracia con una organización jerárquica, centralizada, meritocrática, etc., se ha mantenido implícitamente (Fierro Moreno & Mercado Salgado, 2012). Los que ha dejado una creciente ola de empleados insatisfechos y desmotivados que brindan servicios de baja calidad en ambientes laborales poco productivos; la alta rigidez en la reglamentación de la organización impide que la toma de decisiones sea autónoma y con responsabilidad, de acuerdo con los objetivos, visión y misión institucionales.

5.1.6 Infraestructura, Recursos Humanos y Beneficiarios del IMSS

El IMSS a lo largo de 75 años de historia ha crecido en usuarios y trabajadores que demandan incremento en la infraestructura física y/o remodelación de la misma, actualmente al 31 de diciembre de 2015, el Instituto contaba con 1,504 unidades de primer nivel, donde 1,103 son Unidades de Medicina Familiar y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 36 y 29 años respectivamente; de estas UMF 20 se acompañan con Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), para el segundo nivel de atención el IMSS cuenta con 246 hospitales, de ellos 117 son generales, otros 112 también generales pero adjuntos a una unidad de medicina familiar, 6 hospitales cuentan con unidad médica-quirúrgica ambulatoria, y 11 son exclusivamente unidades médicas de cirugía ambulatoria. Para atención de tercer nivel el IMSS cuenta con 36 hospitales de alta especialidad distribuidos en varios puntos estratégicos de la república mexicana, complementados con centros de apoyo como: taller de prótesis y órtesis (1), servicios de laboratorio (1), farmacia central (5), bibliotecas (359), escuelas de enfermería (7), centros de investigación educativa y formación docente (13), unidades y centros de investigación en salud (45).

La tendencia socioeconómica propuesta equipara la salud con el consumo de servicios médicos y se asienta en la lógica de alentar el incremento de los mercados de atención, transformando los servicios de atención a la salud de instrumentos de protección para la salud a herramientas productoras de riqueza, donde se privilegian mecanismos financieros para re direccionar los fondos públicos hacia el control de la demanda y suscitar la competencia por los recursos económicos en redes plurales de proveedores públicos y privados (Juan). <http://portal.salud.gob.mx/>

Como medida de transición hacia modelos económicos actualizados la administración en el IMSS optó por la separación de funciones, pues al separar las cuestiones de financiamiento de la prestación de los servicios de salud e introducir articuladoras de atención médica, se allana el camino hacia la incorporación de prestadores de servicios privados y para la consolidación de mercados de competencia estabilizados con fondos públicos. En este tenor, la homologación de servicios, la portabilidad y la convergencia son esenciales para el funcionamiento de las redes plurales de proveedores. La reforma avanza hacia separar el financiamiento económico de la prestación de servicios e igualar la oferta de servicios entre la seguridad social y los demás prestadores de servicios lo que en palabras simples se traduce en disminución por parte de las instituciones de seguridad social de su cartera de servicios (IMSS.gob.mx).

Esto ocasiona que los usuarios, lejos de constituirse en sujetos de derecho, se mantienen como beneficiarios o se transforman en clientes y consumidores de un seguro médico. Al homologar los paquetes de servicios a la baja, considerando como parámetro el CAUSES del Seguro Popular, la población derechohabiente de la seguridad social perdería beneficios al acceder a un paquete “garantizado” con un número menor de intervenciones y más costoso que el que se otorga actualmente en las instituciones de seguridad social, con una clara regresión de su derecho a la protección de la salud (Lozano et al., 2006).

5.1.7 Estrategias institucionales para incrementar la eficiencia del servicio: Modelo institucional de competitividad

En respuesta a múltiples factores socioeconómicos y políticos mencionados con antelación entre los cuales destacan el estatus financiero de México que encara el incremento de la demanda de servicios consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica, que se conjuga con el incremento en los costos de la atención en salud, llevo al IMSS replantear principalmente medidas económicas severas; por ello el 28 de abril de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018), el cual define los objetivos, estrategias y líneas de acción.

Los cinco objetivos centrales del PIIMSS 2014-2018 son:

- Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
- Fortalecer los ingresos.
- Incrementar la productividad.
- Mejorar el modelo de atención a la salud.
- Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.

En este tenor, el Modelo Institucional para la Competitividad “MC” tiene como meta que los procesos y servicios de las unidades de atención del IMSS (tanto médicas, sociales y administrativas) coexistan armónicas a las necesidades y expectativas del usuario, lleven al incremento de la satisfacción y confianza, así conjuntamente permitan el desarrollo de las capacidades y ventajas competitivas del Instituto Mexicano del Seguro Social. ([repositorio.imss.gob.mx/ Norma/1000-001-003.pdf](http://repositorio.imss.gob.mx/Norma/1000-001-003.pdf))

Con base en lo anterior, y con la visión de transitar hacia una cultura de competitividad, la implementación del “MC” constituye una necesidad impostergable para las unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La implementación del “MC” pretende:

- Incrementar la satisfacción de usuarios, personal y grupos de interés y en consecuencia disminuir las quejas
- Mejorar la eficiencia operativa
- Lograr la mejora continua y desarrollar prácticas competitivas
- Gestionar los riesgos de la operación, financieros y ambientales
- Proteger el prestigio Institucional
- Potenciar la innovación

En el IMSS la competitividad se define como: “capacidad de la unidad para alcanzar ventajas competitivas con respecto a las oportunidades que se presentan en el entorno, ofreciendo un valor diferente el cual impacta directamente en el servicio; es resultado de la mejora continua, innovación, mejores prácticas, incremento sostenido de su eficiencia, la creación de valor y la sustentabilidad financiera”. Entre los puntos destacados del modelo están las siguientes definiciones, que hacen referencia a factores necesarios para el éxito en la implementación y operatividad del modelo de competitividad:

- Cultura de competitividad: Cúmulo de valores y costumbres que el personal de la unidad medica comparten, a los que se suman las habilidades e instrumentos de calidad, que favorecen la competitividad para afrontar desafíos que presenta alcanzar los objetivos establecidos en la misión y visión.

- Elementos indispensables para el éxito: conformados por talentos, ambientes, atributos indispensables que permiten alcanzar los objetivos estratégicos, entre los que destacan la satisfacción de los usuarios.
- Factores indispensables en la satisfacción de los grupos de interés: son elementos diversos pero evaluables atribuibles a la atención que los usuarios perciben como indispensables para la consecución de sus expectativas.
- Elementos indispensables para la satisfacción del personal: son elementos intangibles pero valorables que el personal en la cultura organizacional para el personal que desempeñan un papel motivador en su desempeño.
- Grupo de interés o usuarios: individuos físicas o morales a los que la organización pretende llegar o que ejercen influencia sobre ella al momento de planificar, implementar y evaluar las actividades asociadas a los objetivos establecidos.
- Indicadores críticos para el cumplimiento del “MC”: manifestación numérica para evaluar o representar logros obtenidos con la aplicación de las herramientas del MC sobre procesos o servicios de la unidad médica proyectados por el órgano normativos, incluidos aquellos asociados a la satisfacción de los grupos de interés, del personal, económicos y de responsabilidad social.

5.1.8 Principios del Modelo de Competitividad “M.C”

El Modelo Institucional para la Competitividad “MC”, pretende construir una cultura de competitividad con los usuarios (sus expectativas y necesidades) como eje rector, tiene su base en seis principios:

Enfoque al usuario. Los trabajadores asociados a la unidad médica deben reconocer las exigencias e intereses de la población usuario que lleven a lograr o aumentar los niveles de satisfacción de todos los grupos involucrados (trabajadores y beneficiarios).

Liderazgo estratégico. Los líderes de la unidad son responsables de planificar y guiar una cultura de competitividad entre el personal, lo cual se logra al visualizar las oportunidades, percepciones y eventualidades cotidianas que obstaculizan la implementación de estrategias y planteamientos de valor que otorguen una ventaja competitiva.

Resultados competitivos. El personal conduce sus esfuerzos hacia la conquista de los propósitos fundamentales de la unidad que permitan que destaque y sea competitiva.

Personal comprometido. Los grupos de trabajo en la unidad medica comparten cualidades y compromiso asistencial que se manifiesta en una abierta participación, acción, responsabilidad,

creatividad, etc., con lo que contribuye a la mejora de procesos y servicios que impactan en los resultados de la unidad médica.

Creatividad e innovación. El desempeño habitual del personal suscita el surgimiento de ideas hacia la mejora del servicio y la asistencia que incrementan el valor en los usuarios.

Compromiso social. Los equipos de trabajo en la unidad médica se muestran comprometidos con los estándares de calidad establecidos incluidos aquellos relacionados a la preservación del medio ambiente utilizando medidas preventivas, implementación y control de las mismas Norma/1000-001-003.

5.1.9 Criterios del Modelo de Competitividad para Unidades Médicas

Usuarios: Constituye un conjunto de elementos y equipos que la organización médica utiliza para comprender cuales son las necesidades propias de sus usuarios, así como sus expectativas en relación al servicio, para finalmente utilizar esa información en mejoras de procesos y servicios permite adicionalmente conocer el nivel de satisfacción del usuario; incluyen prácticas que consolidan el vínculo y la confianza con los beneficiarios ante el compromiso de mejorar la calidad de la atención asistencia y seguridad. Norma/1000-001-003

Liderazgo: Los líderes consideran estar acorde con las políticas y programas institucionales alineando la planeación estratégica de la Unidad a estas asegurando también el apego a los lineamientos del “MC” para lograr estándares de competitividad orientados hacia los beneficiarios y grupos de interés. Norma/1000-001-003

Planeación: “El Cuerpo de Gobierno implementa la planeación estratégica de la Unidad, en alineación al Plan Nacional de Desarrollo, al Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIMSS) y determina estrategias, objetivos, planes, programas, mediciones, controles y mejoras en la operación, así como los ajustes que se realizan a éstos como resultado de los cambios y retos que se presentan en el entorno institucional y sectorial”. Norma/1000-001-003

Procesos: Este criterio concentra la forma en cómo se administran los procesos, enfocada a la obtención de los objetivos estratégicos planteados tanto como a generar valor utilizando la mejora continua como herramienta administrativa sumándose, el rediseño e innovación, para de esta forma de realizar las exigencias y percepciones de los beneficiarios sí como de los grupos de interés. Norma/1000-001-003

Talento humano: Se integra en este criterio la ejecución de procesos e instrumentos que favorecen la gestión de la cultura, enseñanza, desarrollo laboral, pericia, confianza y seguridad del personal;

con la finalidad de formar, integrar y desarrollar equipos de alto desempeño que mantengan o incrementen la calidad del servicio y que aporten a su desarrollo.

Información, conocimiento e innovación: la organización médica genera, incluye, gestiona actividades que mantengan el flujo constante y preciso de la información que se genera de forma permanente y sistemática que contribuya al conocimiento organizacional y fortalezca la planeación, toma de decisiones, mejora e innovación. Norma/1000-001-003

Responsabilidad social: refleja el compromiso de la unidad médica y la manera en cómo se responsabiliza de las repercusiones que sus actos generan en la comunidad de influencia, así como sobre el medio ambiente, estimulando a sus miembros a lograr una cultura de desarrollo sostenible. Norma/1000-001-003

Resultados: Finalmente se debe cuantificar mediante indicadores clave de desempeño del “MC”, la capacidad de la unidad médica para acatar y responder a las exigencias y percepciones de los beneficiarios y usuarios internos y externos que lleven a mejorar el grado de competitividad. Norma/1000-001-003

5.2 Unidad médica de primer nivel de atención # 46 (consulta externa ambulatoria)

Las unidades médicas de primer nivel conforman la base del sistema de atención del IMSS, ya que es en estas unidades donde se otorga atención al grueso de la población beneficiaria del servicio médico y se realizan los diagnósticos presuntivos iniciales, para estas unidades la meta es la atención del 100% de la demanda y la resolución del 80% de los problemas derivando del 20 al 30% de los casos a segundo nivel de atención. Para finalidad de la presente investigación se atiende pequeña parte de la estructura que conforma que conforma a una unidad médica de primer nivel y se refiere al cuerpo de gobierno de la misma; enfocados específicamente en un equipo de trabajo compuesto por profesionales médicos desempeñándose como mando medio de la Unidad de Medicina Familiar # 46 (UMF # 46). Cada uno de los integrantes de este equipo cuenta con características individuales similares y a la vez específicas y especializadas en acción y responsabilidad, dentro del quehacer común de la unidad médica, contribuyendo de forma sinérgica al logro de los objetivos planificados. Dicho equipo de trabajo se integra de la siguiente manera dentro del organigrama de la unidad médica: (ver Figura 14)

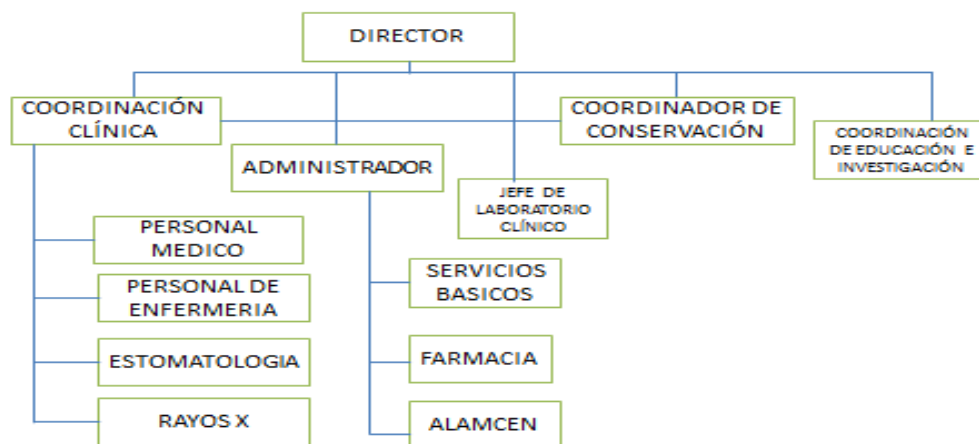
El cuerpo administrativo:

- 1 Director
- 5 Coordinadores clínicos de atención medica
- 1 Coordinador de educación e investigación en salud

- 1 Administrador
- 1 Ingeniero en conservación y mantenimiento de la infraestructura

Figura 14

Organigrama de la U.M.F # 46



Fuente: Elaboración propia.

Este personal da respuesta a las demandas y necesidades de la población beneficiaria adscrita a la unidad médica (ver Tabla 8 y Figura 14), así como el personal que lleva a cabo las actividades propias del cuidado y atención a la salud, la infraestructura que da soporte a dichas acciones, se describe a continuación (ver tabla 9 y 10):

Tabla 8

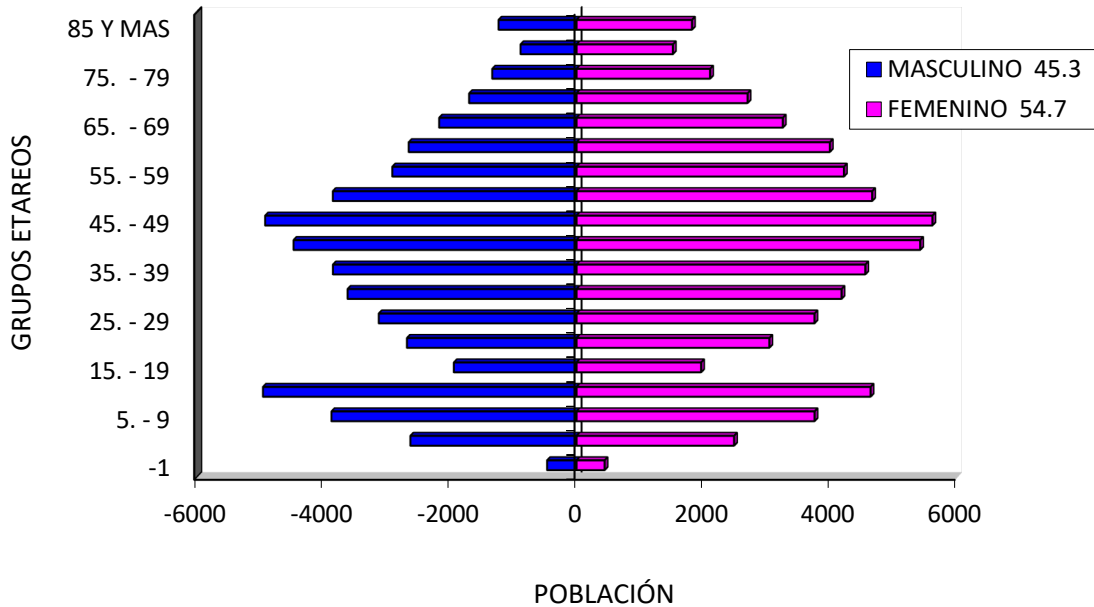
Población adscrita en la U.M.F. # 46 que recibe atención

Grupos	Masculinos	%	Femeninos	%	Total	%
Menores de 10 años	6951	5.9	6679	5.7	13630	11.6
Adolescentes 10-19 años	6882	5.9	6602	5.6	13484	11.5
Mujeres de 20 a 59 años			35445	30.2	35445	30.2
Hombres de 20 a 59 años	29379	25.1			29379	25.1
Adultos de 60 años y más	9837	8.4	15498	13.2	25335	21.6
Total	53049	45.3	48726	54.7	117273	100

Fuente: Información en Salud 2017, al 30 de junio del 2017

Figura 15

Pirámide poblacional U.M.F # 46 (año 2017)



Fuente: Información en Salud 2017, al 30 de junio del 2017

Tabla 9

Infraestructura de la U.M.F. # 46

Estructura de Unidad de Medicina Familiar # 46	
Consultorios de Medicina Familiar existentes y operando (turnos matutino y vespertino)	46
Promedio de pacientes adscritos por Médico Familiar	2.400
Total de consultorios de atención Estomatológica existentes y operando (turnos matutino y vespertino)	6
Consultorios de Psicología	2
Módulos de trabajo social	4
Módulos de medicina preventiva	18
Unidad de atención medica continua	2
Laboratorio (peines)	7
Servicio de Radiodiagnóstico	2
Farmacia (ventanillas de atención) por turno	4
Servicio de biblio-hemeroteca al público	1
Servicio de Epidemiología	1
Áreas administrativas:	
Almacén	2
Servicio de conservación	2
Servicio de Intendencia	2
Servicio de Archivo Clínico (ventanillas de atención) por turno	3
Servicio de soporte a sistemas computacionales	1

Enseñanza e investigación en salud	1
Cuerpo de Gobierno (dirección, administración, personal, contraloría)	1

Fuente: Información en Salud 2017, al 30 de junio del 2017

Tabla 10
Recursos Humanos de la U.M.F. # 46

Recursos Humanos	
Médicos	62
Personal de enfermería	41
Otras categorías laborales	233
Residentes (estudiantes médicos)	50

Fuente: Información en Salud 2017, al 30 de junio del 2017

Las acciones planificadas y los objetivos establecidos derivan de problemática presente y particular que se presenta en la unidad médica, la cual derivado de su tipo de población y la estructura socioeconómica de la misma presentan características colectivas propias, por lo que, la UMF # 46 establece y prioriza las la problemática a la que se enfrenta, información derivada del análisis epidemiológico de la demanda de servicios médicos, de costos de atención, análisis de morbi-mortalidad, etc., quedando de la siguiente manera (ver tabla 6):

Tabla 10
Priorización de problemática en salud de la U.M.F. # 46

Problema de Salud	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Viabilidad
Diabetes Mellitus	5	5	3	4	5
Enfermedad Hipertensiva	5	5	4	4	5
Cardiopatías	5	4	3	4	5
Cáncer de Mama	3	5	3	5	5
Tumores malignos	4	4	4	5	5
Enfermedad Alcohólica del Hígado	4	4	4	3	4
Dislipidemias	5	5	4	4	4
Enfermedad Cerebro-vascular	4	3	3	3	3
Enfermedad Renal	5	5	3	3	3
Cáncer cervico-uterino	3	5	5	5	5

Fuente: Información en Salud 2017, al 30 de junio del 2017

5.3 Estructura orgánico-práctica general del IMSS

El IMSS se encuentra organizado en forma vertical, aun cuando se describe des-centralizado, continúa un fuerte control administrativo por el nivel central de la institución de acuerdo a la jerarquía organizacional previamente expuesta, lo cual limita el acceso y disposición de los recursos

de cada delegación y unidad médica; además se favorece al enfoque curativo en relación a la distribución de recursos e infraestructura, aun cuando se debería de privilegiar la prevención, dejando un control deficiente en el cumplimiento de metas en áreas preventivas como prevención primaria de enfermedades crónico degenerativas.

En la normativa del IMSS se encuentra el manual de organización de las unidades médicas de primer nivel (clave 2000-002-003), donde se establecen las condiciones de estructura de las unidades médicas (infraestructura y recursos humanos), se describen y detallan las funciones para cada integrante del equipo de trabajo en mandos medios, entre ellos se encuentra: la jefatura de Servicio de Medicina Familiar, Jefatura de Educación e Investigación en Salud, Jefatura de Laboratorio, Administración, entre otros.

Sin embargo, aun cuando la situación actual requiere de personajes capaces en áreas técnicas como administrativas, existe escasez de directivos-gerentes con formación académica y experiencia profesional acorde a las necesidades que los habilite para desempeñarse eficientemente en un puesto médico-administrativo. En México de acuerdo al análisis realizado por Brum (2018), en el IMSS la política para capacitación de personal médico directivo se ha deteriorado sistemáticamente a partir del año 2003, dejando al libre albedrío de dicho personal la decisión de capacitarse o no en cuestiones administrativas, además se ofertan cursos online, con escaso control y seguimiento de asistencia y/o participación por parte de la plantilla (Brum, 2018).

Dentro de la organización del sistema de salud la asignación de cargos administrativos en el área médica ha sido confiada a personal con formación médica primaria, dicho personal en la mayoría de los casos no cuenta con conocimientos ni habilidades administrativas complementarias, dado que la instrucción profesional recibida corresponde al manejo del paciente y no al manejo y comportamiento en entornos organizacionales, situación dificulta el proceso de mejoramiento que afecta todos los niveles. Por tal motivo se implementa una contraparte administrativa la cual, entra en conflicto con el área médica y viceversa (Herdman, 2002).

En consecuencia, una falta de conocimiento técnico sobre gestión y organización repercute sobre los servicios que conceden las organizaciones de salud y se manifiesta en impactos sobre la salud de la población a la que atienden como son: actividades aisladas o focalizadas, canales de comunicación deficientes, falta de sentido de pertenencia a la institución, desfavorable administración de los recursos; deterioro de las instalaciones consecuencia de mantenimiento inoportuno, recursos limitados para mantenimiento, rehabilitación y/o compra de nuevas tecnologías; políticas de funcionamiento y calidad inestables que condicionan implementación incompleta de procesos para el funcionamiento y atención de usuarios internos y externos en estas

organizaciones. Lo cual varía entre las diferentes delegaciones que conforman al IMSS nacional. Un análisis realizado por Peña-Viveros en 2015 en delegaciones del IMSS muestra que desempeño de altos directivos es directamente proporcional al clima organizacional dentro de la misma delegación, así como a la capacitación en gestión administrativa y a la rotación de personal, sin embargo, una limitante en este estudio es que no se realiza una correlación entre estas variables que permita determinar una relación más clara (Peña-Viveros et al., 2015).

Adicionalmente las condiciones laborales condicionadas por la distribución de recursos e infraestructura difieren entre las diferentes delegaciones del IMSS, que condiciona que trabajadores del área médica expresen comportamientos diferentes de acuerdo al lugar en donde laboran, en el estudio de Palacios-Nava del 2014, realizado en hospitales de México señala que los médicos que presentan asociaciones más altas al estrés y tendencias al síndrome de burnout son aquellos en donde las condiciones de trabajo se perciben con una carga excesiva, con mayor presión en el trabajo y jornadas extenuantes, así como aquellos que tienen doble empleo (Palacios-Nava & Paz-Román, 2014).

Bajo estas condiciones en las cuales la población en México se manifiesta con incremento en personas de la tercera edad, un número mayor de enfermedades crónicas que demandan un incremento en el número y la calidad de atenciones en salud, dentro de una infraestructura física y humana, donde el común es la saturación y el diferimiento de la atención; el personal médico y para-médico percibe un ambiente de mayor demanda laboral con sobrecarga de responsabilidades y horarios extenuantes, por su parte los usuarios perciben un servicio insuficiente y de baja calidad (Castañón-González, Polanco-González, & Camacho-Juárez, 2014).

Ante el reto de un incremento de la demanda de atenciones de salud, asociado a un decremento de los recursos financieros consecuencia de reformas político-financieras y baja filiación, el IMSS, ha implementado estrategias y acciones encaminadas a optimizar el recurso disponible ya sea humano y/o financiero, para ello se llevan a cabo promoción, implementación y ejecución de cursos de motivación, liderazgo a personal directivo; otra estrategia ha sido la implementación de encuestas nacionales de ambos lados: trabajadores y beneficiarios, referentes a clima organizacional y a satisfacción del usuario (ECO: encuesta de clima organizacional para trabajadores IMSS y ENSAT: Encuesta Nacional de Satisfacción para usuarios) realizada periódicamente y donde se sustentan estrategias de mejora. Adicionalmente en el IMSS se establece desde hace más de una década el premio IMSS calidad que evoluciona al premio IMSS a la competitividad, y que se fundamenta en el modelo de competitividad, en dicho modelo el enfoque general es conocer al usuario y sus expectativas, los recursos humanos y financieros disponibles, y optimizarlos a través de la estrategia

de liderazgo, planeación, flexibilidad y mejora de procesos, finalmente el rubro más trascendente tanto del modelo como del premio es el de resultado, que implica logros en coberturas, costos de atención, control de enfermedades, capacitación y motivación del personal.

Aun cuando la estrategia de mejora continua mediante el uso de la estrategia de competitividad se ha llevado a cabo por más de una década y las encuestas a usuarios y trabajadores persistentemente arrojan resultados similares como: diferimiento de la atención en todos los servicios y en los tres niveles de atención, desabasto en insumos, baja calidad de atención por parte del usuario (Cantón, Silva, & Ortega, 2017), en contra parte el trabajador de salud, manifiesta sobrecarga laboral, insatisfacción laboral, insensibilización (Patiño et al., 2010), los cambios no se manifiestan y enfoques estratégicos se mantienen.

El sistema tradicional administrativo en las unidades médicas del IMSS recurre a la implementación de estrategias de competitividad y gestión, que deben ser cumplidas cabalmente por los equipos de trabajo en mandos medios a los que solo se les permite tomar decisiones dentro de las líneas normativas y están sujetos a evaluaciones constantes a través de indicadores y de rendición de cuentas; lo que desmotivación y ocasionalmente frustración, que contamina al personal operativo y trasciende hasta alcanzar al usuario, manifestándose directamente en el estado general de salud individual y colectivo de la sociedad.

El contexto laboral puede resumirse de la siguiente forma: un equipo de trabajo de mando medio en el área de atención primaria, en un sistema organizacional complejo de salud, con la encomienda de mediar, gestionar y resolver diversas y numerosas problemáticas que emergen cotidianamente, se enfrenta a una estructura organizacional compleja investido con habilidades y competencias técnico-administrativas insuficientes, con un respaldo estructural y normativo desarticulado, que obstaculiza el ejercicio de una gestión que permita dar respuestas a la problemática compleja que surge de la atención en salud. En consecuencia, surge la pregunta de investigación: como la estrategia de competitividad en el IMSS favorece la constitución subjetiva del equipo de trabajo en mandos medios dentro del área médica en la unidad de atención primaria.

5.3.1 Recapitulando: Recorrido histórico del IMSS y la Unidad de Análisis (Unidad de Medicina Familiar # 46).

El estudio de caso permite explorar y comprender las dinámicas presentes en contextos específicos de características particulares como lo es el caso del IMSS y específicamente en una unidad de primer nivel de atención; la descripción contextual de la unidad de análisis a través del análisis documental permite describir y delimitar las características individuales que identifican a la unidad en cuestión; posteriormente se registran las manifestaciones conductuales de los sujetos de estudio

mediante la observación que da acceso al investigador a presenciar las prácticas morales realizadas en la cotidianidad del quehacer laboral, por otro lado, los relatos de los entrevistados contribuyen a comprender las subjetividades desde cómo se constituyen hasta como las manifiestan. La presente investigación aborda en una primera fase la investigación documental en la cual se explora y evidencia la forma en la cual la organización se instaura para incidir en las subjetividades de los empleados, que además, constituye un marco referencial de las acciones y/o actividades establecidas para cada individuo contra el cual se contrastan los hallazgos observados y/o las percepciones expresadas en las entrevistas.

El estudio continuo mediante la observación realizada en directo en el área de actividad laboral cotidiana de los sujetos de estudio, en sus contextos problematizados, de toma de decisiones, seguimiento e implementación de estrategias de control en relación a los criterios de competitividad ya mencionados, dicha observación se realizó en el periodo comprendido del 2 de enero al 31 de julio de 2019. Realizando dicha observación en la unidad médica de primer nivel de atención (consulta ambulatoria descrito sus características estructurales en puntos anteriores).

5.4 Descripción de los sujetos de estudio

La unidad de Medicina familiar # 46 donde se lleva a cabo el estudio, es la tercera de mayor cobertura en la ciudad, además cuenta con un trabajo contante de más de 25 años de prestar servicio de atención medica ininterrumpida, fortaleciéndose a través de la enseñanza continua al ser sede para la formación de personal de salud de diversas categorías y áreas de salud (enfermería, medicina general, especialidad en medicina familiar, trabajo social, pasantes en servicio social de estomatología y en medicina general, entre los más importantes), la estructura física, administrativa y en talento humano es extensa (23 consultorios, servicios de apoyo, registro y prestaciones sociales y económicas, farmacia, etc. Destaca adicionalmente que la estructura de mandos se encuentra cubierta en su totalidad por más de 10 años continuos.

Los sujetos de estudio constituyen el 100% de los Mandos Medios de la unidad médica, la totalidad de sujetos estudiados fueron 6: cinco coordinadores clínicos, organizados en dos turnos de atención (matutino y vespertino con horario de atención de 8 horas por turno); los sujetos se constituyen en 3 mujeres y 2 hombres, de ellos 2 cuentan con maestría en administración trunca, dos de ellos permanecen sin capacitación formal en administración y uno (el investigador) con grado académico doctoral el administración; las edades de los participantes son símiles (entre 45 a 50 años) con un promedio de 8 años de trabajo administrativo constante y 14 años en promedio ejerciendo la especialidad de medicina familiar: adicionalmente se suma a la investigación el director médico de la unidad de atención (por voluntad propia) de género masculino con 21 años de experiencia

administrativa en el IMSS y formación académica con diplomados (dos específicamente) formales en administración.

Las actividades de campo realizadas se programaron por fases consecutivas: iniciando con la revisión y análisis documental (del 1 agosto al 10 de diciembre de 2018), de forma inmediata tras realizar la planeación y delimitar las características a observar se inicia la observación participante (2 de enero al 31 de julio de 2019), finalizando con la realización de entrevistas semiestructurada a los participantes de forma individual durante el periodo de agosto a diciembre de 2019.

5.5 Análisis documental: las prácticas discursivas

5.5.1 Las formaciones discursivas

El propósito de iniciar con un análisis breve y superficial desde el origen de las formaciones discursivas con base en documentos oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de registros en documentos oficiales como: normas, procedimientos, técnicas, guías técnicas, que existen con la finalidad de dar rumbo y estructura a las acciones y comportamiento de cada uno de los individuos que conforman el talento humano presente en esta organización, describir el contexto normativo que envuelve y determina el quehacer cotidiano de los equipos de mandos medios en el IMSS. Además se realiza un breve recuento de la conformación y establecimiento del Modelo de Competitividad (MC), así como, las características de los sujetos responsables de llevarlo a la operación, inicia en 1995 pero es hasta el 2009 cuando se establece con carácter obligatorio a todas las unidades medico administrativas del IMSS mediante la aplicación y observancia de la norma que establece las disposiciones para la implementación de dicho modelo, teniendo como base la adopción de criterios, enfoques y estrategias Institucionales; de esta forma evolucionó del Modelo de Competitividad “MC” al modelo de gestión vigente, el cual incluye ocho criterios para su evaluación desde diferentes directrices específicas sobre funciones y actividades propias de cada elemento que dan sentido al modelo de enfatizando los criterios de competitividad y evaluación.

Por lo anterior los documentos institucionales que conforman y/o complementan el “Modelo de Competitividad” tienen relevancia en esta investigación para comprender el acontecer histórico y social además de su papel como dispositivo y su contribución para la constitución del sujeto, complementado esta información con elementos del manual para la organización de unidades de primer nivel que describen aquellas actividades establecidas específicamente para el personal administrativo, así como las guías técnicas para la elaboración de documentos de gestión emitida por la dirección general de prestaciones médicas, los cuales determinan pautas en el quehacer

cotidiano de los mandos medios. Sin más en los análisis realizados a los documentos mencionados encontramos:

5.5.2 Discurso totalizante: desarrollo de discursos declarativos.

Si bien el objetivo del presente trabajo no es el análisis del discurso, considero importante contextualizar el ambiente en el que se encuentra inmerso el sujeto de análisis y que permite observar una postura no idealista de los procesos de significación de los discursos, que lleva a la materialidad del lenguaje y se expresa en prácticas concretas. Dicha materialidad en propio Foucault (1990) la desarrolla no como una relación lingüística, sino como una red de enunciados que circulan entre cuerpos en práctica, que adquieren sentido a través de las relaciones de poder. La constitución del sentido, o los sentidos, brota no sólo de *qué* se dice, sino de *quién, a quién, dónde, cómo, desde qué posición de poder y en qué entramado histórico* se dice. Es en esta convivencia bidireccional constante donde cada sujeto de forma individual o colectiva se transforma en interprete/interpretado desde los significados que lo representan; como dice Foucault, hay *regímenes de visibilidad y regímenes de enunciabilidad*, que, aunque aparezcan como indiscernibles en la vida cotidiana, insisten cada uno con lógicas diferentes.

El propio Foucault menciona... “En la segunda parte de mi obra, estudié la objetivación del sujeto en la que llamaré las “prácticas divisorias”. El sujeto se encuentra dividido en su interior o dividido de los otros [...] Finalmente he querido estudiar [...] el modo en que un ser humano se convierte a sí mismo o a sí misma en sujeto. La constitución del individuo dentro de una organización está determinada por la exposición a los diferentes discursos propios de la organización, los cuales forman su subjetividad de acuerdo a su concepción de verdad y determinan sus conductas y actitudes. (Foucault, 1996a)

De los documentos analizados se extraen ciertos enunciados que ejemplifican la transformación que sufren los discursos emitidos formalmente por cada nivel jerárquico y/o en cada área normativa, aun cuando, deberían contener y preservar la esencia básica de uno mismo, se aprecian “omisión” de carácter fundamental en el contenido y se “declaran” –funciones o acciones- específicas. Como ejemplo de ello se encuentra la iniciativa “unifila” la cual de acuerdo con los planteamientos del: Plan Institucional de Desarrollo del IMSS que se fundamenta en el Plan Nacional de Desarrollo se establecen directrices prioritarias de gestión para los diferentes niveles de atención en salud, particularmente en el apartado de fortalecimiento de los Servicios Médicos dice:

“Mejorar la calidad de los servicios, disminuir los tiempos de espera de los pacientes e impulsar la optimización de los recursos del Instituto,...” para llevar a cabo estos objetivos en el instituto se generan estrategias de control y directrices de conducta como: “las guías técnicas” elaboradas y distribuidas por la división de mejora a la gestión de los servicios de salud (DMGSS) entre la que

sobresale la guía técnica del método directivo, que dice especialmente en relación a las actividades del mando medio:

“El rol del jefe de servicio es ser implementador de estrategias, sin embargo, diversos estudios, los refieren como agentes de cambio, establecer sistemas de control para determinar si se alcanzan los objetivos en sus servicios, analizar resultados y tomar decisiones, siendo un factor crucial para el éxito la dirección óptima de los recursos humanos.”

Por su parte el modelo de competitividad menciona las actividades del mando medio de forma diferente: “con el fin de construir una cultura de competitividad que responda a las necesidades y expectativas de las y los usuarios,... el mando medio se caracteriza por su integridad y competencias para identificar oportunidades, necesidades y riesgos para establecer estrategias y propuestas de valor que generen ventajas competitivas”. Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del modelo institucional para la competitividad “MC” finalmente desde el nivel delegacional las indicaciones hacia las áreas operativas trascurren de la siguiente forma:

“El jefe de servicio de medicina familiar deberá realizar lo siguiente: supervisar y apoyar durante la jornada,... vigilar y promover la participación del personal, realizar el análisis mensual,... identificar áreas de oportunidad.” Metodo específico de trabajo para la administración del acceso a la consulta de medicina familiar, por medio de UNIFILA usuario sin cita, en unidades de medicina familiar (09-2250-20-01).

En los párrafos anteriores se devela confusión en los discursos así como discontinuidad y/o desplazamiento de los mismos, esta particular característica, deja abierta la posibilidad de “comprender” y/o “reproducir” discursos desde la constitución personal de una verdad cargada de significado contextual e individual. Durante la exposición de los discursos anteriores formales y normados encontramos conceptos opositores como se promueve la participación del personal bajo una constante vigilancia y evaluación del rendimiento, en los días de campo se observa esta dicotomía entre el ser el factor de competitividad a manifestarse como ejecutor de normas.

5.5.3 Discursos de individualización (técnicas de transformación)

Para la presente investigación aun cuando no se pretende un análisis de discurso, si es importante el describir como las prácticas discursivas se transforman en dispositivos de control al “transformar” su significado durante sus paso por los diferentes niveles jerárquicos, estableciendo sutilezas para su interpretación que modifican las acciones consecuentes, a través de constructos como poder y técnicas disciplinarias, como propone Foucault, se visualiza una lógica común que permite el

funcionamiento de una organización; estos dispositivos expresan regímenes de control, que, a su vez, crean realidad y, favorecen la producción de sujetos. Nuestra unidad de análisis muestra similitudes con el ejemplo de la fábrica que expone Foucault donde el tipo disciplinario concierne a los lugares físicos, estableciendo claustro, el horario y las supervisión. Determinando de esta manera el dominio sobre el espacio-tiempo-labor-cuerpo, aun cuando la máquina no la que se constituye como un dispositivo de control, sino un “servicio”. En el caso de nuestra institución (al igual traspasa el piso de la fábrica donde esta estructura se muestra evidente), este dispositivo consiste en la configuración de oficinas/consultorios y los muebles necesarios para diferenciarlo y aislarlo de otros grupos o personas y que manifiesta un ubicación en la jerarquía social e institucional dentro de la organización y aún, fuera de ella.

Estableciendo estos *dispositivos organizacionales* que se entienden como aquellos recursos que la organización utiliza y transforma en elementos “objetivos” tales como: recursos tecnológicos (como los sistemas de información y los métodos de trabajo), adicionados a las estructuras jerárquicas de trabajo (como jefes, supervisores y encargados de impartir y controlar recursos a nombre y representación de la institución) y finalmente por prácticas legitimadas (como las actividades de socialización y algunas de rendimiento de cuentas). Las cuales en nuestra unidad de análisis se manifiestan de formas evidentes, como accesos a la información, verificación y aprobación de acciones, uso distintivo de uniforme, etc., y específicamente en la aplicación del control, para dar ejemplo a lo anterior y como parte de estos dispositivos de control y técnicas de individualización se encuentra el manual metodológico de indicadores médicos (MMIM):

“El Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) es la herramienta técnico-normativa que concentra los criterios y estándares para la construcción homogénea de los indicadores... para evaluar y monitorear las prestaciones médicas otorgadas. Es un documento que se actualiza cada año de forma colegiada y en apego a lo que establecen las disposiciones normativas vigentes.” MMIM 2018 2000-001-015 Norma que establece las disposiciones en materia de Información en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. (Fecha de actualización 27-11-2012) Esta herramienta administrativa de manejo de información se convierte en un dispositivo de control, al categorizar e individualizar el desempeño de cada sujeto, dentro de estándares prediseñados otorgando un valor ponderable y comparativo fácilmente identificable, dando un carácter impersonal a la atención hacia la producción de servicio. “Esta visión secuencial favorece la evaluación y el monitoreo de cada unidad médica del sistema institucional, así través de los resultados de las acciones realizadas alcanzar la “Atención Integral” de los derechohabientes. De

esta manera,”... durante cada etapa... “permiten medir el impacto sobre el problema de salud o sus determinantes, así como el avance paulatino en cada uno de ellos”. MMIM 2018

De esta forma, desde la concepción de gubernamentalidad y de biopoder dicha normatividad confiere estructura y proporciona a los dispositivos de control las herramientas necesarias para asegurar su implementación, la legitimidad de su aplicación además de determinar la prioridad de los problemas de salud y las formas de evaluación, corrección, que se ponen en práctica dentro y mediante normas, manuales, guías que emite y difunde la propia institución.

5.5.4 Análisis de técnicas del Ser (Formas de exclusión)

Es de interés y objetivo del presente trabajo cómo el sujeto se constituye activa y continuamente, mediante las prácticas de otros sobre el individuo y de prácticas de sí; estas últimas no implica que sea algo que inventa el individuo mismo, al contrario provienen de esquemas culturales y de grupos sociales desde donde sugieren o se imponen, a las que el individuo se integra. Para Foucault, las sociedades como las organizaciones modernas muestran una orientación hacia la disciplina (Foucault, 1997); sin embargo, la normalización del individuo y las poblaciones que constituye se incluyen dentro de esta normalización y sujeción.

La mención de gubernamentalidad en este apartado cobra relevancia al establecer el punto de partida para este proyecto ya que además de ser un “análisis de las formas de racionalidad, procedimientos técnicos y métodos de instrumentalización” (Foucault, 1994d), Foucault describe la interacción entre técnicas para el dominio de otros (individuos) y técnicas de dominación del yo. De esta manera, al estudiar la gubernamentalidad se engloba tanto las prácticas discursivas, las relaciones de poder y las prácticas no discursivas desde un enfoque ético (Foucault, 2002).

Por ello los resultados que arroja el presente estudio es como los sujetos se agencian de las indicaciones recibidas, se apropian de ellas y las aplican cotidianamente en su quehacer, estas prácticas de sí varían de acuerdo al contexto y momento específico en que se encuentre el sujeto, mostrando “flexibilidad” en la aplicación de los criterios o reglas establecidas por un mismo sujeto como entre los sujetos observados, esto es, una misma norma o regla puede ser aplicada de formas diversas por el mismo sujeto ante diferentes situaciones y esta misma será utilizada por otro sujeto de forma diferente en un mismo contexto, lo anterior resulta en un constante flujo de incertidumbre tanto en los mandos medios como en los usuarios del servicio, en cuanto a ser impredecible la respuesta ante una situación determinada. Con relación a lo mencionado anteriormente, una posible respuesta al porqué de esta situación está vinculada con la aplicación o manifestación de los diferentes dispositivos de control, manifiestos de forma discursiva como no discursiva.

Como ejemplo de lo mencionado en los párrafos anteriores mencionaremos que si bien dentro del IMSS las competencias requeridas para los mandos médicos están delimitadas de acuerdo con el área involucrada, sin embargo, como parte de las habilidades que deberá desarrollar se encuentran aquellas correspondientes al área administrativa y de gestión, para las cuales el propio instituto elabora documentos de apoyo como la guía del método directivo para jefes de servicio la cual determina que: “Los jefes de servicio son cruciales en las estrategias que se proponen en la Institución;... se ha identificado que, al grado de asesoría y capacitación como estrategia de cambio, promoviendo de que “son ellos quienes coordinan las estrategias”, mediando, negociando, e interpretando las conexiones entre los niveles estratégicos y operacionales de la institución por lo que se vuelve necesaria la estandarización de esfuerzos para mejorar su método directivo.”

Sin embargo, al llevar a la operatividad lo planteado con antelación sufre una modificación importante al implementar las estrategias, desde una nivel jerárquico inmediato superior al sujeto de estudio, en cuestión específica del proceso de atención que se vea involucrado al momento, como en el siguiente ejemplo: “...Solicito a ustedes verificar y supervisar: el cumplimiento de los criterios de prescripción, seguimiento clínico del tratamiento y suspensión de acuerdo con los lineamientos mencionados...Bajo ningún motivo el médico podrá subsanar la receta al paciente en caso de que éste no acuda en tiempo y forma... oficio No. 1747 de fecha 20 de septiembre del 2020, suscrito por el Titular de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática de la Unidad de Operación Financiera de la Dirección de Finanzas

Es de esta forma que si bien el discurso parece ser oficial muestra diferencia significativa en su objetivo: el mando medio pasa de ser “negociador, mediador” entre niveles jerárquicos hacia convertirse en “supervisor” del cumplimiento de las indicaciones y “ejecutor” del control de la aplicación de la indicación hacia sus subordinados; Estas circunstancias definen al individuo como menciona Foucault que el sujeto se encuentra en las aceveraciones que se dan en las uniones de verdad, discursos y acciones que conducen a la construcción de modelos de subjetividad. Dichas observaciones son delicadas e fluctuantes, en constante renovación.

Foucault pretencia aportar una idea de diversidad en los estereotipos adjudicados al individuo, compuestos por una complejidad de ambientes y contextos que se manifiestan en una pluralidad de formas de subjetividad que permite que la autonomía y la racionalidad se conciban de diferentes maneras (Castro Orellana, 2004).

A manera de conclusión la constitución del sujeto en un ambiente frágil e incierto, el cual se rige en la superficie por una “normativa” que apela y demanda innovación, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, gestión, etc., y que sin embargo, permea de las estrategias discursivas las no

discursivas que adquieren mayor fuerza y que transforman las conductas y subjetividades e los sujetos individuales como colectivos, evidenciándose en una competencia evidente por alcanzar o mantener posicionamientos sociales y laborales que lleva a una ruptura o decaimiento de los lazos solidarios, a una ética individualista del sujeto y a una práctica de si enfocada en el egocentrismo. Así mismo, las diferencias y/o cambios en las prácticas discursivas se manifiestan o se agencian en los sujetos de formas diversas de acuerdo con su constitución de “verdad” lo que conduce a una percepción de injusticia que conducen a una búsqueda personal para la aplicación de la ley y el castigo. Sumado a ello, el sujeto organizacional se ha convertido a la par en un número, en porcentaje, estadística, rendimiento y es sujeto a la rendición de cuentas por sus actos, constituyendo lo que Foucault mencionó: el sujeto esta “atado” desde dos extremos lo externo que confiere el contexto histórico, cultural, social y político en el que se desarrolla y el interno que construye él mismo como consecuencia de su interacción con los otros dentro de un momento y condición específica. Finalmente, en relación a la flexibilidad expresada ya sea como especialización flexible o como flexibilidad laboral, en el caso estudiado, se evidencian ambas dimensiones: donde un grupo considerable de trabajadores siguen laborando bajo condiciones precarias o con recursos limitados o ausentes.

5.5.5 Recapitulando: Prácticas y formaciones discursivas

Si bien el objetivo principal de esta investigación se refiere a las prácticas morales ejercidas por los sujetos de estudio en sus actividades cotidianas derivadas de la constitución subjetiva de los mismos en respuesta específicamente a la estrategia de competitividad de la institución, podría parecer innecesario analizar los discursos que pertenecen específicamente al contexto generador de discursos dentro del sistema de salud, sin embargo, no nos permitiría hacer visible el alcance del dispositivo discursivo en la constitución de sujetos objeto de esta investigación. Este contexto histórico que se analiza permite comprender donde nace el concepto de “competitividad” y como ha determinado las transformaciones institucionales en el ámbito administrativo-operativo mediante el llamado “modelo de competitividad”. Es importante describir y descubrir las estrategias discursivas a través de un análisis de las prácticas morales y del análisis de las prácticas discursivas lo cual complementa y fundamenta dichas prácticas.

En los párrafos anteriores se describe la diversidad de interpretaciones y agenciamiento de la verdad al que se encuentra expuesto un individuo en mando medio dentro del IMSS, ya que las actividades del mando medio se ven desde diferentes enfoques en los documentos de alto nivel es un sujeto capaz de tomar decisiones y establecer estrategias, para finalmente transformarse en implementador de indicaciones y aplicador de controles como lo establece el mando delegacional. Para Foucault un

sujeto se encuentra inmerso en un contexto cotidiano, marcado por su historia y el saber de la época que si bien no lo determina si lo predispone transformándolo en un sujeto marcado por relaciones de poder, en la que puede él mismo ejercer y/o constituye su propia subjetividad. Es en este punto, donde la relación del sujeto con la verdad se torna compleja y bidireccional ya que no solo “la verdad” marca al sujeto sino que es el sujeto el que confiere el valor de conocimiento al objeto, por lo tanto, esta concepción de verdad se cruza y se determina en todo momento por las prácticas que el sujeto hace de ella.

El uso de la metodología de Montano (2015) con base en el pensamiento de Foucault permite estudiar la constitución subjetiva y determinar desde mi interpretación de documentos, observación y hasta análisis empírico: las prácticas morales que se manifiestan cotidianamente de forma discursiva y no discursiva tomando como foco de análisis la estrategia de competitividad como punto de evaluación.

“La verdad es de este mundo; está producida aquí gracias a múltiples imposiciones. Tiene aquí efectos reglamentados de poder. Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su ‘política general de verdad’: es decir, las estrategias discursivas que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos de los falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir que es lo que funciona como verdadero”(Foucault, 1980).

La importancia que confiero a las estrategias discursivas expuestas anteriormente como ejemplo de una extensa normatividad que dicta, delimita y moldea conductas del sujeto dentro de la institución, es por ello que, desde esta postura asumo que las transformaciones originadas por las estrategias discursivas adquieren realce, aun cuando no se les considere como factor que interpele ideológicamente mediante dispositivos a los sujetos y/o a la colectividad a constituirse en prácticas específicas. Es desde esta concepción las manifestaciones discursivas que envuelven al sujeto y a su colectividad marcan y ajustan percepciones que se manifiestan en prácticas específicas y cotidianas. En este tenor las prácticas discursivas conforman una realidad organizacional que moldea al sujeto desde su propia individualidad hasta su conformación colectiva, y al materializarse como verdad afectan e infieren en las prácticas del sujeto sin que este tenga conciencia de ello. En sujetos totalizados dentro de una institución como lo es el IMSS donde el discurso de la “norma” así como el “debe ser” se torna tan común que deja de ser un discurso y se transforma en una práctica que no solo dirige sino que incluso justifica las prácticas del quehacer diario del sujeto colectivo.

Actualmente los discursos y las palabras se tornan en un valor decisivo sobre las cosas, de esta manera el lenguaje toma un rol protagónico en el contexto actual de tal manera que los discursos de

“normalización de pensamiento y conciencia” son fundamentales para los dispositivos disciplinarios. Por lo anterior, las prácticas discursivas adquieren relevancia e interés, ya que se permean en las prácticas extradiscursivas ayudando a elaborar códigos del “ver” y del “hablar”, constituyen “evidencias” que en apariencia contienen valor por sí mismas y sin embargo, tienen impacto sobre los sujetos individuales y sobre el colectivo, instituyéndose en “la realidad” (Murillo, 2008).

5.6 La observación: Constitución de las prácticas morales

Foucault describe la moral como «un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos» (Foucault, 1973) o también como «el comportamiento real de los individuos, en relación con las reglas y valores que se les proponen» (Foucault, 1976^a:27). La ética en una parte del estudio de la moral, y la moral consiste en la conducta de la gente y en el código moral que se les impone.

Para Foucault el pensamiento moderno (Foucault 1968) no ha sido capaz de proponer una moral, su interpretación ética no solo consiste en el análisis de las verdades y de los deseos que determinan nuestras condiciones morales, sino que es un proceso en que “*el individuo circunscribe la parte de sí mismo que constituye el objeto de esta práctica de ser que valdrá como realización moral de sí mismo, se empeña en conocerse, se controla, se experimenta, se perfecciona, se transforma*”. (Foucault, 1973, p. 48).

En la ética Foucaultiana diferenciamos cuatro aspectos básicos: el primero es la parte de nuestra cultura que constituye la materia del comportamiento moral. El segundo aspecto, los “modos de sujeción”, concierne a la manera que el individuo establece su relación con la regla. El tercero son “las formas de elaboración del trabajo ético” que son el medio por el que cambiamos o evolucionamos para convertirnos en sujetos éticos. Y el último dominio de la ética, la “teleología del sujeto moral”, que tiende a la realización del individuo, es la clase de ser al que aspiramos cuando nos comportamos moralmente (Foucault, 1984, pág. 375)

Podemos describir grados diferentes de moral: una moral del código y otra de los conductas, un margen para valores y reglas específicas y un margen de comportamientos concretos. La conjunción de ambos márgenes constituye lo que en la actualidad se comprende por moral, sin embargo, lo innovador del Foucaultiano radica en la aportación de un tercer grado moral que trasciende la regla y la conducta. Este grado describe «a la manera en que uno debe conducirse, la manera en que debe constituirse uno mismo como individuo moral» en atención a un conjunto de elementos o a un código de acciones (Foucault, 1977^a:27).

La conducta moral, dicho de otra forma conlleva una relación consigo mismo, conformándose como sujeto moral donde el individuo determina su postura con relación a un precepto, fijando una manera de ser específica con acciones sobre sí mismo, se transforma y perfecciona constantemente (Foucault, 1977b). A este vínculo que se presenta en un individuo y él mismo, conocida también como modo de subjetivación o prácticas de sí es lo que Foucault describe como ética.

Durante la realización de la presente investigación durante 6 meses se observó y participo de forma constante el investigador (al ser también parte del equipo) en la cotidianidad de los sujetos de estudio, registrando aquellas acciones manifiestas en respuesta a los diferentes contextos y situaciones y/o circunstancias que describen la particularidad de las problemáticas a las que se enfrentan que los llevan a representar o surgir conductas impredecibles para un individuo o en relación con los otros.

5.6.1 Estrategias, tácticas y luchas

Las prácticas discursivas apelan a lo “verdadero” y a lo “real” los/as individuos en posición de mando desde un nivel central se arropan con el poder conferido por “normatividad institucional”; y, a la vez, constituyen al mando medio como un subordinado el cual su deber es aceptar y obedecer. Por su parte, los sujetos (MM) se posicionan rechazando las designaciones administrativas, principalmente en lo referente a la definición de sí mismo como “subordinado”. Cuestionando el posicionamiento de los mandos de nivel central: “Nosotros como representantes del conocimiento y garantes de la norma”.

Los mandos de nivel central se denominan representantes de la institución, por lo tanto, su accionar está socialmente legitimado como lo “verdadero” y lo “legal”. Una de las estrategias más empleadas para construir este posicionamiento es explicitar el rol como “coordinadores” y como “Nivel central” durante la interacción inicial, que confiere el conocimiento legítimo y el poder para apoyar y enseñar a quienes carecen de él.

Así, este repertorio cumpliría la función de legitimar a los mandos de nivel central y posicionarlas como representantes de la verdad, mediante la construcción de distintas posiciones de poder y de subordinación: los mandos de nivel central se presentan con el poder de saber que le hace “bien” a los mandos medios que tendrán el deber de aceptar indicaciones como prescripciones terapéuticas. De esta manera, el inicio de la relación Líder/seguidor esta puede ser interpretada como una presentación mutua donde se negocian los posicionamientos.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto mandos de nivel central, desde su posición de poder-conocimiento, confieren deberes y realidades a quienes, al ostentar menor poder, deberán obedecer

y aceptar. Resta saber si el sujeto (mando medio operativo) aceptará esta posición o desplegará algún tipo de estrategias de resistencia para rechazarla y/o propone otro tipo de posicionamientos, de acuerdo con el momento en el que se le planté.

5.6.2 Reproducción del discurso

“Esta forma de poder [aquella contra la que se erigen todas las luchas contra la autoridad] se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata que clasifica a los individuos en categorías, los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer en ellos. Es una forma de poder que transforma a los individuos en sujetos. Hay dos significados de la palabra sujeto: sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de poder que subyuga y somete” (Foucault, 1996a).

La reproducción de los discursos por los mandos medios se ve ejemplificada y manifiesta en la “aplicación de la normativa así como un apego personal a ella, de esta forma se transforma tanto en arma: para “atacar” las desviaciones a la misma o corregir las omisiones, además también como “escudo” ante las quejas o la incertidumbre que surgen de los procesos burocráticos cotidianos, tanto en los trabajadores como en los usuarios de la unidad.

Destaca también en la observación como estos sujetos responden ante las evaluaciones ya sea a través, de la aceptación de sanciones o correcciones o con flexibilidad ante los cambios propuestos y/o impuestos por personajes jerárquicamente superiores, aun cuando las condiciones generales (administrativas, recursos humanos, conocimiento, habilidades, etc.) no sean las ideales.

5.7 La entrevista: Análisis de Prácticas morales

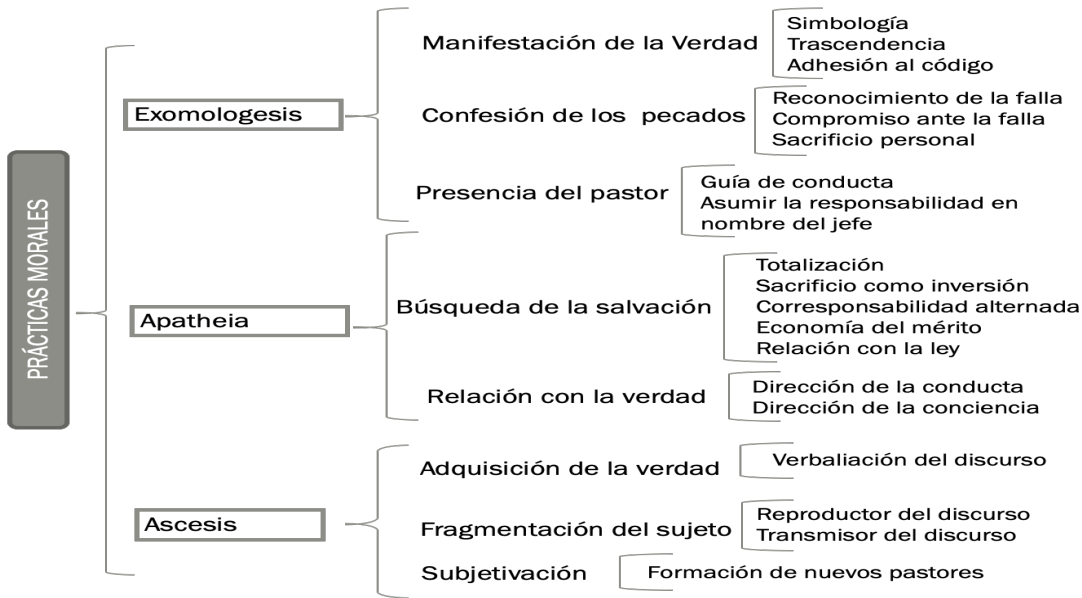
El análisis de los relatos obtenidos de los sujetos participantes, posibilitó identificar el uso de dispositivos organizacionales que conforman la subjetividad. Además la institución influye y potencia determinadas subjetividades adquiridas, en las que el individuo interioriza los valores y la filosofía de la organización; en suma, interioriza el entramado del imaginario que ella misma produce. Este sistema imaginario se inculca mediante la identificación de gratificaciones que se darán en medida se cumplan los modelos impuestos, así cada individuo emprende el camino del cumplimiento para lograr su gratificación

Este apartado divide y complementa los resultados, por un lado, desde los registros de las observaciones registradas directamente de la cotidianeidad del trabajo de los sujetos de estudio y, de las entrevistas a los mandos medios. En cada fuente analizada aparecerá la dimensión de las prácticas morales posteriormente la categoría, y las manifestaciones de ella a manera de conductas.

En el anexo 3 se puede consultar la relación completa de las categorías y códigos de ambas fuentes de información analizadas. Para su mayor comprensión se esquematiza las categorías de análisis por cada una de las dimensiones en la figura 16 y de acuerdo a dicho esquema serán descritas a continuación.

Figura 16

Esquema de dimensiones y categorías de las Prácticas Morales



Fuente: Elaboración propia

5.7.1 Exomologesis

5.7.1.1 Manifestaciones de la verdad

a). Simbología manifiesta

La simbología representativa en la institución se utiliza como dispositivo de control, como se mencionó en párrafos anteriores, el uso de uniformes (caracterismos por colores de acuerdo a puesto laboral), la distribución espacial de los diferentes puestos, determinan el poder y la situación jerárquica que ostenta cada individuo, de esta forma la institución influencia y potencia ciertas subjetividades, mediante la interiorización de valores por parte del individuo que hace suyo todo el entramado del imaginario que ella misma produce. Este sistema se inculca mediante la identificación de gratificaciones recibidas en la medida que se cumplan los modelos impuestos, así cada individuo emprende el camino del cumplimiento para lograr dicha gratificación, que en el caso del IMSS sería el cumplimiento con el uso del uniforme, apego a los horarios establecidos (estímulo económico a la puntualidad), apego a las normas impuestas (logro de metas en indicadores) etc.

b). Trascendencia organizacional

Como si de un despotismo ilustrado se tratase, la relación entre los mandos medios o estos con los jefes superiores se basa en la premisa de beneficiar al usuario, sin tomar realmente cuenta al usuario. Así se explica la ausencia de la voz de los mandos medios que reconocen las necesidades cotidianas que manifiesta y padece el usuario, sin embargo, este conocimiento no se manifiesta en el discurso de los registros analizados. De forma impersonal se registran controles clínicos, logro de indicadores, desabasto ocasional y patologías frecuentes, donde la identidad del mando medio y su conocimiento empírico se desaparece. Al indagar a los sujetos de estudio encontramos que la autosatisfacción de acuerdo al cumplimiento de objetivos personales (económicos, sociales) como institucionales (reconocimiento, jerarquía) representa su meta dentro de la organización. Como ejemplos el sujeto # 1 menciona: “pienso que durante los años que he estado si he desarrollado mi trabajo con todas las habilidades y a pesar de todas las deficiencias que he tenido para bien”; mientras que el sujeto # 2 lo expresa: “Sí, si me siento satisfecho tanto personal como laboral, personal, profesional y económicamente”.

c). Adhesión al código de conducta

Los mandos medios confieren importancia al logro de metas establecidas dando importancia a aspectos puramente clínicos y en algunos casos administrativos de acuerdo con la importancia que ellos mismo le confieran a la situación, es evidente la diversidad de estados de pensamiento y de gestión que coexisten en el grupo. Nuestros sujetos de manifiestan a favor de la aplicación estricta de la normativa institucional, además colocándola como el estandarte de prestigio y poder que se ostenta en su puesto, así lo expresa el sujeto # 3 de la siguiente forma: “conozco tanto la normativa del instituto como otras herramientas, que son de utilidad para sentirme confiado en el desempeño de mi puesto” o en el caso del sujeto # 3 que se revela así: “en mi trabajo actual si, debo continuar actualizando y reforzando áreas de oportunidad, conforme las políticas institucionales”. Expresando y demostrando que el conocimiento y aplicación de las normas institucionales es parte de la identidad constituyente del mando medio, esto se observa en las prácticas cotidianas donde el discurso del “porque” o del “como” surge de lo ya establecido en las normas y procedimientos.

5.7.1.2 Confesión de los pecados

a). Reconocimiento del incumplimiento o de la responsabilidad

Para Foucault (1980) la evaluación sanciona y vigila. Es a través de su aplicación que los sujetos adquiere una naturaleza individualizada y concreta que permite clasificarlos: cumple no cumple, uno se moldea el otro no. Sin embargo, en la institución en el análisis a los mandos medios estos toman también el papel de pastor que les permite “justificar” los incumplimientos o delegar las responsabilidades, utilizando las carencias propias de una institución pública o bien las fallas de

otros como fuente del incumplimiento propio, como lo manifiesta el sujeto # 2 “haría falta concientización o tema de concientización al trabajador. La conciencia del trato, del ser humano, a que nos dedicamos que es la solidaridad, que es la amabilidad, que es el respeto que es la tolerancia la empatía más que procedimientos técnicos”.

b). Compromiso para disminuir los incumplimientos

Emerge un discurso sobre la autonomía del mando medio en relación al impacto que este tiene en el cumplimiento de los indicadores, metas u objetivos, pero igualmente ficticio respecto a la toma de decisiones. Aquí la voz del MM está presente, pero como meras expresiones de dolor o percepciones subjetivas sobre procesos clínicos, que proporcionan información sobre sus percepciones o preocupaciones. No se relaciona esta actitud con que el MM adquiera protagonismo real en la toma de decisiones. En esta ocasión, el MM se denomina como colaborador y participativo, siempre y cuando respete y asuma las indicaciones marcadas. El sujeto # 5 refiere lo siguiente: “estamos en una institución a lo mejor de las mejores del país pero como que a veces nos falta esa esa motivación o se nos pierde ese motivo entonces yo les daría como cursos de capacitación, a lo mejor no tan seguidos porque si es bien difícil en el personal IMSS por los horarios que tienen pero si me gustaría tocar como esa parte de su digamos de su de su sentimiento para que poder ver, que ellos ahora si se pudieran poner en los zapatos del paciente que a lo mejor algún día van a ser pacientes si... si eso me gustaría”. Los MM aceptan su papel como garantes del cumplimiento de objetivos posicionándose como un conducto y no como un productor de decisiones trascendentes hacia el beneficio del servicio.

c). Sacrificio: tiempo, preparación, dedicación, cambios en la vida personal

Para llevar a cabo este tipo de disciplinamiento, el cuerpo es el lugar privilegiado para el proceso de subjetivación; es decir, con su modelación se pretende establecer una vía a partir de la cual se pueda gobernar el comportamiento del sujeto, donde dicho sujeto deberá observar las demandas de tiempo, espacio, que le impone la propia institución, el cuerpo entra en el circuito disciplinario donde el tiempo, el espacio, la combinación de fuerzas, la mirada y la sanción se convierten en estrategias para su vigilancia y control, todos estos, elementos que se reconocieron en el relato del Sujeto # 1 “En este puesto en si se ha sacrificado a veces tiempos, periodos vacacionales cuando usted está en este puesto de confianza en la cuestión administrativa en sector salud se sacrifican periodos vacacionales, tiempos de descanso”.

El sujeto # 6 lo manifiesta igualmente como parte de su puesto “se sacrifica el tiempo familiar, además de tener la necesidad de invertir económicamente en educación en este caso administrativa,

para poder desarrollar mejor el puesto, esto consume tiempo, dinero esfuerzo familiar, y que en ocasiones no se reconoce”

5.7.1.3 *Presencia del pastor*

a). Guía de comportamiento

Se reconoce en los sujetos de estudio la creación de sentido y satisfacción a partir de su posibilidad de demostrar sus capacidades, además les produce significados en la medida de cumplimiento de cada reto que la institución le da y que significa una oportunidad para el crecimiento personal. Destaca en este punto que en los registros de la observación ser ejemplo de conductas como autopromoción de lo establecido no aparece como norma por el contrario se manifiesta como excepcional, estos es: el coordinador aplica, omite o distorsiona los códigos de conducta a su beneficio.

Los dispositivos disciplinarios que se manifiestan vigentes en la unidad de estudio son: el sistema de recompensas así como una serie de objetivos estratégicos y específicos para cada área, que promueven la movilización de las subjetividades de los empleados hacia un autocontrol y hacia la autoconstitución. El sujeto # 3 lo manifiesta de la siguiente manera “La estrategia de competitividad es buena, lo que sucede, es que aquí... es regresar al inicio de que el personal no entiende lo que es calidad, ni ni ni ... lo que es calidad o ... estrategia de que era?... no sabe lo que es competitividad, no sabe, ... no tiene nada de esos principios básicos no sabe ...por lo que hay que aplicarse a conocer lo relativo a dichas estrategias, para llevarlas a cabo.”

b). Responder por el jefe

La institución observada presenta particularmente una fragmentación intensa en su estructura y relacionada a la dimensión de la especialización flexible hacia su interior, esta fragmentación puede hacer a los empleados vulnerables a la tipificación de las identificaciones dentro de la institución. Desde este punto la creación de subjetividad se torna aspecto prioritario de la gestión la organización. En este caso concreto, las responsabilidades se dividen entre los mandos que deberán ejercer control sobre los operativos, y recae la responsabilidad en el mando medio que es el inmediato supervisor del personal, por lo que las responsabilidades mayores serán adquiridas por él.

El sujeto # 4 “te piden o te dan muchas cosas, te piden muchas cosas como si fueses una unidad realmente súper equipada o que tuvieses todo al momento ya de aterrizar operativamente ese tipo de programas como que no quedan, no quedan ya realmente al operativo nos falta ósea los programas son excelentes, pero no se adecuan ya realmente ya al operativo siempre te quedas corto, sobre todo por los insumos que hay que utilizar para realmente realizar esos programas al 100 %”.

En la actuación cotidiana de los MM observada emerge el uso del autosacrificio en pro del beneficio del jefe como pudiera ser elaboración de informes, trabajo extra o gestión interpersonal ante otras áreas con fines de cumplir con los objetivos planteados a la colectividad de la unidad aun cuando estos no sean del todo parte del área de responsabilidad del MM.

5.7.2 Apatheia

Salvación

5.7.2.1 Transferencia exhaustiva (totalización)

Durante la observación se constata como la institución promueve la distribución en las cargas de trabajo, la organización del servicio, la colaboración entre los profesionales dentro del entorno clínico, buenas relaciones interprofesionales y en consecuencia se priorice el trabajo en equipo. Sin embargo, en la realidad posterior a la evaluación no se determinan las responsabilidades de acuerdo a dicha distribución de cargas de trabajo ni se prioriza el trabajo en equipo, por lo tanto la responsabilidad se diluye entre los mandos medios involucrados en el proceso deficiente, estas situaciones dispares impactan negativamente en la calidad de la atención y en el desarrollo de una autonomía en la toma de decisiones por parte de los MM.

Sujeto # 3 “cuando no se logran los objetivos como tal se le hace saber al personal operativo lo que sucedió durante el mes lo que sucedió en el semestre al fin de año pero nada más, pero no hay como tal una exigencia una sanción pero también de forma viceversa cuando no hay un incumplimiento de objetivo tampoco hay un premio como tal por el logro, un incentivo, claro por supuesto existe su salario desde que se le contrata pero en si en si cuando no hay un cumplimiento no hay una sanción como tal digamos en ese sentido.”

Sujeto #4 “se retoman nuevamente las acciones de supervisión, se informa a los involucrados sobre su desempeño además de intentar comprometer su emoción en el cumplimiento de los objetivos”

5.7.2.2 Inversión en el sacrificio (El pastor se sacrifica por sus ovejas y se los deja saber)

El modelo actual del sistema sanitario introduce diferentes elementos que controlan y dirigen la organización de la práctica asistencial, con escasas posibilidades de participación del mando medio en la toma de decisiones, siendo su responsabilidad la aplicación e implementación de las mismas. Dicha situación es percibida como un elemento que genera frustración en el mando medio, inmersos en un sistema que prioriza los objetivos económicos frente a los de calidad y donde las responsabilidades no se distribuyen de manera correcta. Esta situación genera sentimientos de impotencia, frustración y falta de motivación que se proyectan en las prácticas cotidianas, aun

cuando dicho sentimiento permanece oculto y se interioriza en el mando medio conformando parte de su subjetividad.

En la observación el mando medio se manifiesta crítico ante las decisiones de niveles jerárquicos superiores que parecen no adaptarse a las necesidades del área operativa, de la misma forma externan su frustración al interior del círculo íntimo de mando donde en forma catártica expresan sus sentimientos hacia las priorizaciones impuestas, sin embargo, estas no se expresan fuera de dicho círculo.

Sujeto # 5 “pues algunos si se resuelven pero la verdad es la minoría como tal, el objetivo nada mas no se resuelve que le diga sabe que hago esto para que se resuelvan, bueno se les comenta cambia la estrategia uno como tal pero en verdad son escasos los que si se logran como tal. Son pocos los objetivos que se logran.”

Sujeto # 4 lo expresa abiertamente y lo acepta como parte de su realidad “se queda a deber en el cumplimiento de las expectativas de cada parte, desde ese punto pareciera una lucha de voluntades, entre el usuario y el personal de atención”.

5.7.2.3 Correspondencia alternada (Las debilidades del rebaño pueden contribuir a la salvación del pastor y viceversa)

En general el modelo de gestión en la institución es percibido como ineficaz para resolver las necesidades, limita la comunicación entre los profesionales y promueve la jerarquización de la toma de decisiones, los mandos medios aun cuando el modelo se centra en el usuarios tienden a describir al MC como una estrategia de control, de evaluación. Destaca además, la situación de crisis económica actual, donde los recursos escasos son altamente controlados y no se cuenta con las condiciones para mejorar los procesos y las gestiones, adicionalmente los valores y objetivos de la organización se centran casi única y exclusivamente en aspectos económicos y en la optimización de recursos.

Los sujetos de estudio los manifiestan de formas distintas desde la evasión como ejemplo el sujeto # 6 “la reacción según mi experiencia desde el punto de vista muy personal el equipo no ve una manifestación física emotiva en porque no se logran los objetivos simplemente es una no apatía no hay una manifestación física como tal, expresión o un compromiso a retomar el próximo año, el próximo semestre que expresan ahora si vamos a alcanzar los objetivos vamos a hacer estos cambios ser un personal pasivo como tal los objetivos que no se logren no pasa nada”, la complicidad como lo percibe el sujeto # 4 “inicialmente se presenta cierta complicidad ante las fallas, que es remplazada por la búsqueda de explicaciones y causas, para tornarse finalmente en

una estrategia de seguimiento, retroalimentación y supervisión más estrecha. Se pretende que se participe en cada fase que le corresponde a cada uno de forma integrada”, o simplemente como una distorsión de la realidad.

5.7.2.4 Economía de méritos y desméritos (en el balance los méritos deberán superar a los desméritos)

Los sujetos en mandos medio más jóvenes o con menor antigüedad en la institución son las que presentan un rol normalizado más evidente o manifiesto. Definen sus prácticas en clave de estándares preestablecidos y normas, que determinan el ritmo de su actividad profesional, de acuerdo a su concepción de méritos y responsabilidades.

Sujeto # 3 “creo que se queda a deber en el cumplimiento de las expectativas de cada parte, ya que cada una tiene sus propias expectativas las cuales tampoco se cumplen, y desde ese punto pareciera una lucha de voluntades”.

5.7.2.5 Relación con la ley (Obediencia al líder)

Los dispositivos que normalizan las prácticas cotidianas de los mandos medios se estructuran en base a la relación dependiente y jerarquizada de dicho sujeto con el jefe inmediato, en relación a los recursos disponibles y predeterminados por la institución para el desarrollo de las actividades en la unidad médica. Esta situación hace que el mando medio deba priorizar cualquier actividad ordenada por el jefe o por las normas emitidas de nivel central, sobre la atención al paciente. Aspecto que justificaría los flujos ineficaces de comunicación entre los profesionales, y la frustración por el tipo de atención proporcionada.

Sujeto # 3 “en este puesto en si se ha sacrificado a veces tiempos, periodos vacacionales cuando usted está en este puesto de confianza en la cuestión administrativa en sector salud se sacrifican periodos vacacionales, tiempos de descanso. Mis aspiraciones como tal es permanecer en el puesto con buenos resultados mejorar los resultados de estrategia, estar muy satisfecho en el puesto y dar lo mejor que se pueda con los recursos que se tienen lograr objetivos que la institución nos indica nos pone pero con lo que tenemos y cuando digo tenemos con el tipo de personal que tenemos con eso hacer lo mejor que tenemos.”

Sujeto # 4 “el pertenecer o no a ciertos grupos sociales que te aceptan o te relegan por el trabajo que desempeñas.”

El sujeto reconoce como la obediencia o el sometimiento a las indicaciones del líder condiciona su ambiente de acuerdo a la situación por ello no se opone por el contrario se suma a las estrategias para mantener su nivel jerárquico.

Relación con la verdad

5.7.2.5 Dirección de la conducta (enseñanza)

Se observa además, que las normas impuestas en el funcionamiento de la unidad médica, no parecen persiguen objetivos de calidad sino la obtención de una serie de indicadores de resultados para la institución. Además de las normas de funcionamiento interno preestablecidas, aparecen en las indicaciones directas a los mandos medios, en referencias a numerosos protocolos de cómo realizar determinadas acciones. Por tanto la mayoría de las indicaciones y los objetivos de capacitación o desarrollo de habilidades está condicionada para alcanzar cierto desempeño pre establecido.

Sujeto # 2 “A la mejor, yo pienso que, si nos hace falta como por ejemplo curso como de superación personal, desarrollo humano, algo motivacional, para tener al médico, al personal IMSS no nomás al médico sino a todo el personal IMSS como que estén, como que, si se les baja la pila tenerlos motivados y seguir oye pues, si realmente si nos hace falta como que ese tipo de cursos.”

Sujeto # 5: “las capacitaciones no están a disposición, si hay, pero en ocasiones por cuestiones de tiempos varios no pueden asistir porque si hay cursos en los que les da el instituto de ese tipo de cursos, muy lejanos, pero si hay, pero a veces por cuestiones de horarios que no se puede salir el personal de sus labores pues es difícil acudir a ciertos cursos, sobre todo el área médica.”

5.7.2.6 Dirección de la conciencia (modos conductuales cotidianos)

Destacan los cambios que se han ido produciendo en los últimos años, sobre aspectos como la estandarización de los cuidados, las relaciones interpersonales y la calidad de la atención. Sin embargo, es evidente al observar detenidamente que la estandarización no se ha arraigado de igual forma en todos los profesionales involucrados, probablemente debido a la escasa incentivación y motivación por parte de los gestores, que provoca limitaciones en el funcionamiento e implantación. Los sujetos de mayor edad y con más experiencia profesional, consideran que este proceso de estandarización de la atención sustituye la comunicación entre profesionistas y es un mero sistema para que la realización de estadísticas, el control y evaluación en relación a la generación de números medibles y contrastables.

Sujeto # 4 lo expresa de la siguiente forma “Se requiere primero tener la actitud, tener conocimiento y que su desempeño al momento de invitarlo pues sea de ciertas características, de negociación de actitud para que lo puedan invitar primero y ya lo correcto sería que estuviera capacitado, pero es primero que lo conozca el ambiente.”

5.7.3 Ascesis

5.7.3.1 *Adquisición de la verdad: Verbalización del discurso*

Los mandos medios son considerados como responsables de explicar las normas de funcionamiento del servicio y la gestión de los problemas que surjan cotidianamente. Es decir, son responsables de perpetuar la normalización de una práctica asistencial, aun cuando está limitada la capacidad en la toma de decisiones de los propios pares y subalternos. El mando medio como dispositivo de control debe intervenir para solucionar los conflictos y situaciones cotidianas que limiten o detengan los procesos de atención. Problemas diversos tanto derivados de la organización como por la desobediencia de otros subalternos a las normas institucionales, lo que precisa en ocasiones de la intervención de un escalón más alto para la toma de decisiones en la jerarquía institucional, capaz de anular la capacidad del mando medio para tomar decisiones cotidianas.

Sujeto # 1: “Yo me considero competente, he tenido varios logros, lo más importante me parece que la mas principal competencia que pudiera yo manifestar seria la posibilidad de integrar un equipo de trabajo que a veces ha sido difícil por ya sea por gente, gente por contar con gente nueva por la rotación del personal o al abrir una unidad o actualmente en esta unidad tratar de llenar un espacio que tenía el anterior director siempre fue un poquito difícil pero gracias a Dios y con el apoyo de las personas hemos salido adelante.”

5.7.3.2 *Fragmentación del sujeto: Reproducción del discurso*

Respecto a la práctica profesional, los mandos medios se encuentran inmersos en una gestión administrativa y técnica de los cuidados asistenciales de salud, marcada por los horarios, la obediencia de médico y los protocolos definidos, que inmovilizan cualquier tipo de innovación en su práctica.

Asimismo, las relaciones interprofesionales carecen de una comunicación efectiva por estar basadas en la jerarquización por categorías profesionales, y con esto con el resto del equipo interdisciplinar, como son los órganos de gestión de la organización. Además, la normalización del sistema fomenta una interacción entre los mandos medios-subalternos y el mando medio-director, basadas en la distancia, el cumplimiento de normas y la jerarquización de los procesos, quedando limitado el criterio del mando medio para la toma de decisiones discordantes con estas normas.

Sujeto # 2 “parte del objetivo del puesto es tener conocimiento sobre normatividad institucional, normas oficiales y aspectos legales, el otro aspecto que necesita es la preparación como tal en el proceso administrativo o sea ya sea una maestría, un diplomado en el proceso administrativo como tal.”

Sujeto # 6 “un coordinador médico necesita primero querer practicar la administración, estar consciente de que primero se le está invitando para que coordine y administre.”

5.7.3.3 Transmisión del discurso

Se destaca que las acciones del mando medio dan prioridad a la supervisión como un elemento de control, así como a la estandarización en la operación de procesos y control de protocolos sobre cuidados. Se hace referencia a la necesidad de que ejerza un poder dominante ante aquellos profesionales, que no acaten las normas establecidas. Se considera al mando medio como una conexión con el resto de servicios y la dirección, que se percibe en ocasiones ineficiente, por la escasa información sobre los cambios que se producen en la organización que impactan en el trabajo de la unidad médica.

Sujeto # 5 “generar un vínculo de apoyo entre los diferentes niveles de gestión para dar mayor fluidez al proceso de atención, considero que vigilar el cumplimiento y/o la aplicación de las estrategias institucionales, complementado con paciencia, resistencia, conocimiento técnico y administrativo así como normativo.”

5.7.3.4 Subjetivación del sujeto: Formación de pastores

En la entrevista el mando medio defiende un jefe superior que resuelva los conflictos internos entre los profesionales, que ejerza un papel de unión entre los diferentes sujetos de la unidad organizacional y fomente el trabajo en equipo. Además, el éxito de esta figura en la organización del servicio, dependerá de su capacidad para gestionar los impactos de la actividad de otros profesionales, especialmente el de los mandos medios, en la práctica de las actividades cotidianas.

Sujeto # 5 “mis aspiraciones como tal es permanecer en el puesto con buenos resultados mejorar los resultados de estrategia, estar muy satisfecho en el puesto y dar lo mejor que se pueda con los recursos que se tienen lograr objetivos que la institución nos indica o nos pone pero con lo que tenemos y cuando digo tenemos con el tipo de personal que tenemos con eso hacer lo mejor que tenemos.”

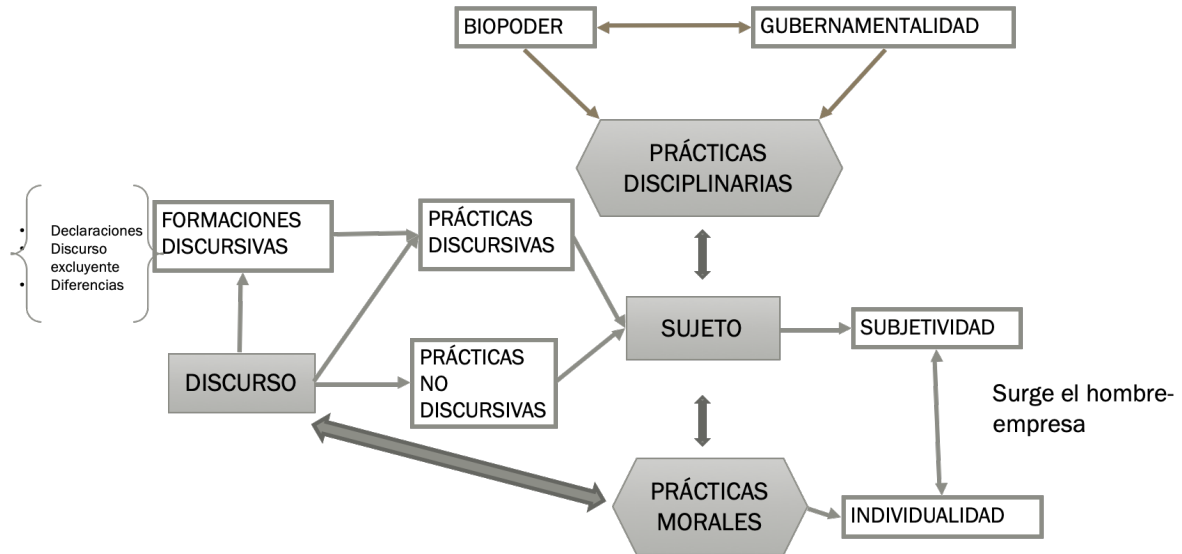
A manera de conclusión

La triangulación entre las prácticas discursiva, la observación y las entrevistas describe y delimita la referencia contextual donde lo observado (conductas) y lo expresado (percepciones) toman forma y configuran una respuesta a la pregunta de investigación de: ¿Cómo se desarrolla la constitución subjetiva del sujeto desde las prácticas morales en relación a la competitividad en mandos medios del IMSS?.

Al integrar toda la información recolectada en el transcurso de la investigación y posterior a su organización y análisis de los resultados obtenidos, que se es capaz de ver o dibujar las relaciones que se manifiestan implícitamente durante los quehaceres cotidianos de los mandos medios del IMSS, antes de ahondar en ellos en forma concretamente se presenta un esquema que pretende describir y visualizar dichas relaciones en la Figura # 17.

Figura 17

Relaciones entre el discurso, el sujeto con las prácticas disciplinarias y morales



Fuente: Elaboración propia.

La consecuencia que generan los discursos oficiales transformados y legitimados mediante las formaciones y posteriormente las prácticas discursivas y las prácticas no discursivas sobre el sujeto se estructuran de dos componentes: por un lado de la experiencia y conocimiento individual del sujeto y por otro los dispositivos de control y/o poder que actúan sobre él, esto hace que cada sujeto al constituir al subjetividad no solo reacciona individualmente ante las prácticas disciplinarias a las que está sometido sino que se manifiesta distintivo mediante las prácticas morales, la conjunción en este sujeto de la subjetividad y la individualidad concluyen en la formación del llamado hombre-empresa, el cual no es más que un sujeto autoconstituido el cual se reconoce como objeto al servicio de un trabajo específico.

Finalmente aun cuando el objeto de estudio no son las prácticas discursivas estas ejercen un rol protagónico en la subjetividad del sujeto, dando a éste el marco referencial (al apropiarse del discurso) desde diferentes perspectivas, objetivos y disciplinas del saber colectivo que le lleven a aceptar o sobrellevar el entramado dinámico de las relaciones de poder que inciden y re constituyen

la subjetividad y que en este sentido lo transforman en sujeto a condición de adecuarse a la normalidad, esto es según Foucault un individuo sólo será sujeto, en tanto pueda ser “sujeto económico” u “hombre-empresa”. En resumen, podemos asumir que la influencia de las prácticas discursivas modifican e inciden en la percepción de la verdad en el sujeto y todo aquello consecuente de esta verdad interiorizada se manifiesta en conductas, intencionalidad o voluntad no es más que la adecuación que el propio individuo hace de un saber valuado verdadero (conocido mediante el discurso) y qué condiciona sus acciones.

Capítulo 6

Discusión

Retomando las definiciones básicas utilizadas en este trabajo, Foucault reconoce como subjetividad "Yo [...] llamo subjetivación el procedimiento por el cual se obtiene la constitución de un sujeto, o más precisamente, de una subjetividad que, por supuesto, es solo una de las posibilidades dadas de una autoconciencia "(Foucault, 1994d, p. 223). El objetivo de reconocer este proceso es demostrar el creciente surgimiento de la subjetivación como efecto de la extensión y determinante de la "governabilidad", de esta manera subjetivación significa la objetivación del sujeto en la forma en la que aparece como un objeto con una relación de conocimiento y poder. En *Vigilar y Castigar, (el nacimiento de la prisión)* Foucault describe al individuo como una realidad consecuente de las tecnologías de poder específica que denomina "disciplina". Desde esta percepción propone que el sujeto está identificado con el objetivo así la disciplina ejerce o impone la razón sobre una naturaleza que privilegia el placer inmediato. Foucault establece que no es suficiente adaptar el yo a las prescripciones morales establecidas lo que en resumen significa que la existencia de una práctica moral requiere un sujeto moral que actúe sobre sí mismo, "[el sujeto] asume el conocimiento del yo, controlando, desafiando, perfeccionándose y transformándose a sí mismo"(Foucault, 1987, pág. 35).

En la institución de análisis se reconocen y coexisten distintos sistemas de pensamiento lo que significa, en consecuencia las prácticas de gestión se tornan diversas generando que la implementación de procesos administrativos y estratégicos se vea dificultado por los niveles no homogéneos de subjetivación, manifiesta en prácticas morales específicas e individualizadas.

Se ha declarado en el presente estudio que, las prácticas discursivas constituyen un "régimen de justificación y aceptación", en otras palabras, una decibilidad de los enunciados que se auto justifica y sostiene, al tiempo que va estableciendo relaciones de poder desde las mismas palabras. Este régimen establece a la vez, una repetitividad del enunciado que se evidencia cuando éste surge en diversos discursos, transformándose, permeándose y manteniéndose al mismo tiempo. En el caso de la presente investigación, se delimita que el régimen de aceptación se fundamenta en la producción y transformación del enunciado de "mejora continua" tomando como punto de enfoque la implementación de la estrategia de "competitividad". De esta manera, las dos fases de este capítulo se relacionan con la consecución de los objetivos planteados: a través de la descripción del cómo se gesta la constitución subjetiva manifiesta en prácticas morales de los equipos de trabajo en el área médica de mando medio tomando como referencia la estrategia de competitividad dentro de una institución proveedora de servicios de salud, como lo es el IMSS.

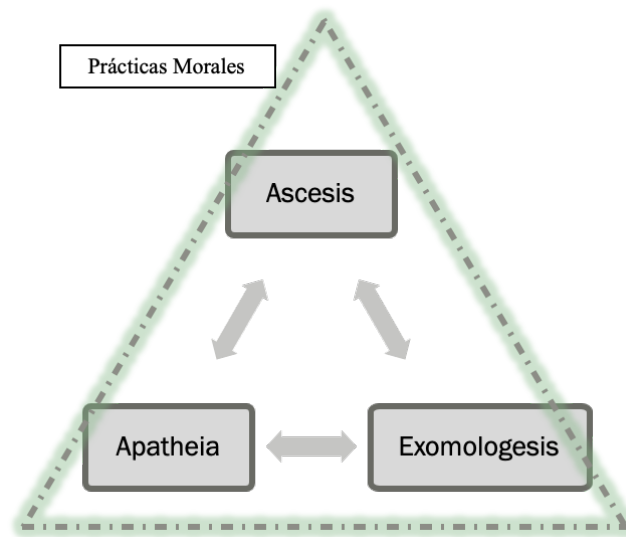
Las observaciones complementadas con las entrevistas a los sujetos ponen de manifiesto que las prácticas morales observadas son dinámicas y se construyen en un ir y venir entre las diferentes dimensiones sin que estas constituyan fases o niveles.

Las fases de dimensiones de análisis que se utilizaron en esta investigación son tres: Exomologesis, Apatheia y Ascesis que muestran características muy particulares que se abordaron en el capítulo anterior de resultados, sin embargo se retomaran es este capítulo para dar énfasis y concreción a los resultados, cabe recordar que aun cuando se describen separadamente (por razón pedagógica) estos elementos o faces se interponen entre sí en constante flujo dinámico de acuerdo a la contexto que vive el sujeto.

Retomando el esquema de Montano (Montano, 2015) donde confiere a las prácticas morales estas tres dimensiones con la finalidad de dar apoyo a la comprensión.

Figura 18

Componentes de las Prácticas Morales



Fuente: Elaboración propia (fundamento en modelo montano 2015)

Los sujetos que transitan por estas fases toman las características de cada uno de acuerdo a la circunstancia en la que se encuentran (como ya se planteó en los resultados) así que para describir en términos generales cada una de estas dimensiones se retan de forma separada.

Derivado de lo anterior y en referencia al marco analítico resulta relevante el punto de vista de Foucault donde lo más destacado es precisamente la construcción de percepciones y puntos de vista coherentes derivados de discursos legitimados, el sujeto se transforma en agente de discurso, donde su relación con la verdad está relacionada exclusivamente a su adaptación de la norma establecida, es decir, según Foucault (evidente en la presente investigación) la relación de los sujetos con la

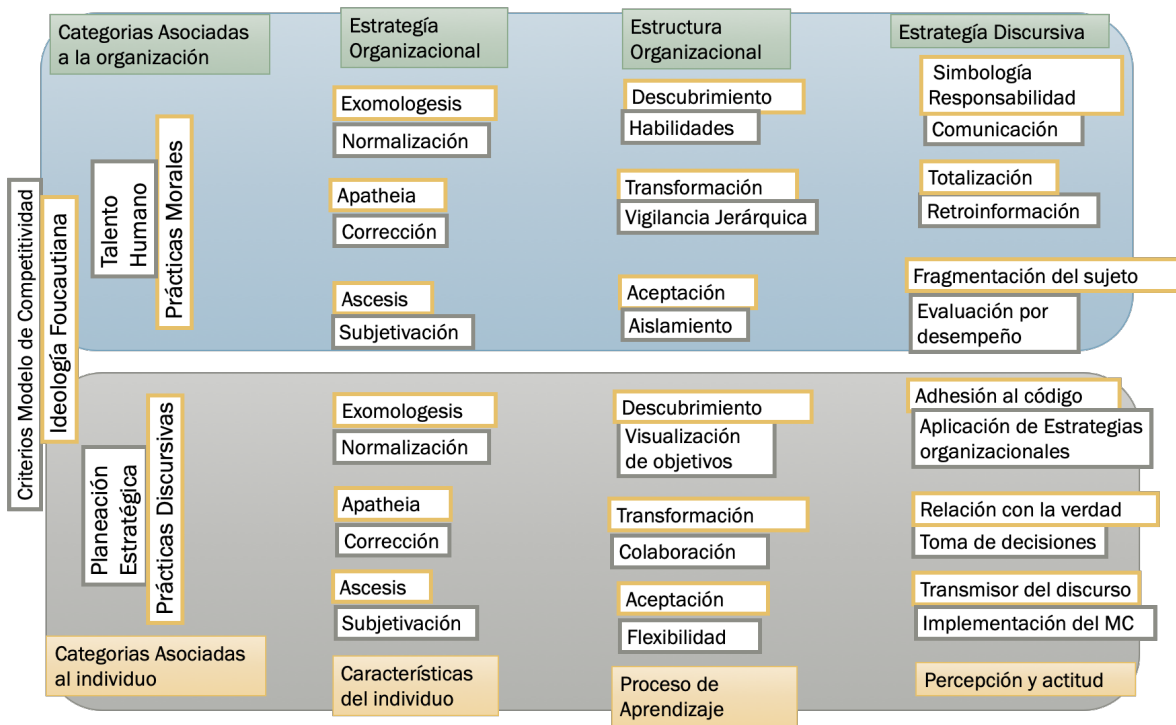
verdad se lleva a cabo a través de la enunciación del discurso institucional, establecida como tal mediante los diferentes dispositivos disciplinares que a su vez son los responsables de la constitución subjetiva del sujeto, donde el sujeto ejerce un papel activo en el proceso de subjetivarse a sí mismo, es decir de buscar su autonomía y de poner en práctica su libertad.

Para dar respuesta concreta a nuestra pregunta de investigación sobre: ¿Cómo se desarrolla la constitución subjetiva del sujeto desde las prácticas morales relacionada a la competitividad en mandos medios del IMSS?

Ya descritas las prácticas morales ampliamente, así como el impacto de las prácticas discursivas podemos concluir, de acuerdo a la filosofía de Foucault que el ejercicio de poder dentro de la institución asociado a la estrategia de competitividad se relaciona y convergen en varios puntos esto se esquematiza en la figura # 19.

Figura 19

Relaciones entre las dimensiones organizacionales del MC y las dimensiones Foucaultianas



Fuente: Elaboración propia

Desde este esquema podremos inferir como se moldean las subjetividades para lograr objetivos institucionales específicos, la planeación estratégica parte de los discursos y estos penetran a los individuos manifestándose en prácticas morales en sus diferentes elementos que a su vez se manifiestan en acciones moldeables, medibles y normalizarles de acuerdo a las características de los sujetos, se utilizan constantemente la estrategias educativa como dispositivo disciplinario que lleve

a la adquisición del conocimiento “correcto” para la institución haciendo al sujeto: flexible y colaborador, que acepte y descubra la verdad institucional transformándose cooperativamente de individuo a sujeto constituyendo participativamente su propia subjetividad; así de esta manera ya constituido se manifiesta y comporta de las formas esperadas: apegándose a las normas impuestas, respetando y promoviendo los códigos, buscando los objetivos planteados y replicando discurso.

Por la otra parte, las categorías asociadas a la organización inciden sobre el talento humano y sus conductas, por ello trabajan con dispositivos de control desde la corrección, normalización y subjetivación de acuerdo a las manifestaciones de su conducta evaluable. En lo expresado por los entrevistados no se evidencia una identidad reconocida con la institución, es decir: la subjetividad del mando medio operativo es en ocasiones resultado de la incidencia sobre él de mecanismos de normalización que la organización produce para favorecer un tipo de mentalidad acorde a las condiciones del trabajo. Se reconoce como “ellos”: a los mandos centrales o delegacionales, administradores, y “nosotros”: los mandos medios operativos.

La prioridad general es cumplir los objetivos organizacionales, una herramienta frecuentemente utilizada es el poder disciplinario que se ejerce sobre los sujetos en todos los niveles estructurales y jerárquicos transformándose a sí misma y da lugar a la vigilancia jerárquica. Este disciplinamiento, dentro de las prácticas morales representa aquel de mayor transición hacia la conformación de la subjetividad, durante este proceso o fase el cuerpo es el lugar privilegiado para el proceso de subjetivación; es decir, se pretende la producción del cuerpo normalizado y con su modelación establecer una vía por la cual se pueda gobernar el comportamiento del sujeto. Por lo tanto el cuerpo se transforma en la superficie donde se esculpen las condiciones normativas de la organización y partiendo de ahí el mismo cuerpo se integra al recinto disciplinario donde confluyen tiempo, espacio, fuerzas combinadas, la mirada y la sanción que se transforman en estrategias de vigilancia y control, cada uno de estos elementos son visibles en los mandos medios de nuestro estudio y se reconocen en los relatos de los sujetos. Sin embargo es más evidente en la observación de conductas, en su forma de responder ante las demandas desde diferentes frentes: defendiendo al líder, admitiendo responsabilidades, flexibilizando sus horarios (sacrificio para lograr la trascendencia o permanencia en el puesto) pero la que más destaca y es la de mayor mención es la obtención de beneficios implícitos y explícitos, como lo es el poder sobre otros (aun cuando sea mínimo) el nivel jerárquico ostentado, el beneficio económico alcanzado, y la libertad obtenida a través de la sumisión al líder o a las indicaciones que emite.

Finalmente el sujeto adiciona la parte organizacional a su subjetividad, adoptando simbologías, replicando discursos, totalizado y fragmentado que manifiesta cierto sentido de pertenencia y de

estabilidad: lo que se observa no es más que una normalización de individuos en dos categorías: personal de confianza y sindicalizados lo que confronta en ocasiones estas posturas, que se traduce en perdedores y ganadores. Expresa y reconoce que lo que se tiene es derivado o consecuencia del trabajo en la institución y que aun cuando no lo manifieste existe temor a perder aquello conseguido como son: el trabajo, el dinero, el reconocimiento y los beneficios adicionales, esto se encuentra en las narraciones con diferentes grados de expresión lo que favorece los procesos de subjetividad hacia la empresa y lo que representa.

- ¿Cómo se ejercen las prácticas morales en mandos medios del IMSS?

Podría sonar contradictorio que estos individuos son capaces de ejercer el poder sobre sí mismos para la construcción y creación de su propia subjetividad, sin embargo, a la par esta autonomía y libertad le permite un espacio de resistencia (generalmente implícita) que constituye un juego de poder el cual define y delinea una identidad. Las observaciones realizadas y los análisis derivados muestran como las acciones, actitudes y percepciones de los sujetos de estudio conforman una ética compatible con la ética Foucaultiana donde esta misma (ética) le permite al sujeto resistirse a los dispositivos de control del régimen de relaciones entre saber, poder y subjetividad, de esta manera este sujeto particular observado es resultado de auto constituirse activa y conscientemente, en una relación y respuesta ante los mecanismos normalizadores de su ámbito laboral.

Finalmente, en respuesta a la subjetividad de los sujetos visible en sus conductas cotidianas (prácticas morales) en relación a la estrategia de competitividad encontramos concordancias que se generan por parte de la institución y como elemento de la autoconstitución del sujeto.

Capítulo 7

Conclusión

Los sujetos como objetos de estudio del presente trabajo constituyen, en sí mismos, una unidad de análisis única y de características específicas, conformados como una heteronomía, ya que actúan sobre él diferentes saberes disciplinarios impuestos sobre este individuo a través de las relaciones de poder, gestando una subjetivación en la que él mismo participa activamente de maneras conscientes o no. Es así, como este sujeto inmerso en un contexto social, político, económico, se constituye dentro de un periodo histórico determinado y en un área geográfica específica como sujeto individual a la vez que forma parte de una colectividad. En este sentido, nuestro sujeto de análisis, tal como lo plantea Foucault, se transforma a sí mismo de acuerdo y en relación a la verdad a la que contribuye a establecer mediante su interacción con las prácticas discursivas y no discursivas interconectadas a las diferentes disciplinas y saberes con las que interactúa, conformándose en individuos sujetos y sujetados a dichas verdades de las cuales decide agenciarse.

En este tenor, Foucault describe la subjetividad como la apropiación por parte del individuo de un discurso, ya sea de forma intencionada o no, con la finalidad de vestirse de autoridad en relación con la proximidad del decir o hacer con la verdad; siendo nuestro sujeto líder o pastor dentro de una colectividad que enviste al mando medio de la autoridad para practicar la reproducción de los discursos hegemónicos de los que se apropia e integra como parte de su constitución de verdad, que además, determina sus prácticas morales y éticas en la cotidianeidad.

Sin embargo, aun cuando la perspectiva de investigación se sujeta a la visión Foucaultiana sobre la transformación subjetiva del sujeto, es necesario contrastar con ella el análisis de James C. Scott sobre las formas de comprender las relaciones de poder, los procesos de dominación y las estrategias de resistencia desde la perspectiva del sujeto sumiso, lo cual complementa a la visión de M. Foucault, esto es debido a la identificación en los sujetos de estudio de esta investigación de formas de insubordinación, resistencia y discontinuidad en respuesta a las prácticas disciplinarias o como una forma de escape a las diferentes formas de dominación (Martinez, 2017).

La organización muestra algunos rasgos posmodernos, particularmente en la fragmentación de su estructura y en cuanto a la dimensión de la especialización flexible. La fragmentación tiene como consecuencia que los trabajadores de la organización se vuelvan más susceptibles de ser tipificados dentro de al menos una de las identidades corporativas. En este sentido, la constitución subjetiva se convierte en un aspecto más de la gestión en las organizaciones, como un tipo de dispositivo de control.

Las manifestaciones de verdad en mandos medios son evidentes desde su posición constitutiva, la cual van continuamente auto conformando. Son o deben ser ejemplo del apego a la norma establecida por la institución, que va desde el uso de uniforme, moldeamiento del cuerpo y del espacio hasta la reproducción de conocimientos con aplicación de esta norma bajo la premisa de retribución expresado en reconocimiento jerárquico o económico. Aun es evidente en la actualidad como se expresan las formas de dominación propuestas por Foucault, por ejemplo, lo es como responden los sujetos a estas; simultáneamente a la constitución subjetiva, subsiste lo que Scott refiere como “economía moral” en respuesta a las situaciones límite en las que se desarrolla el sujeto de estudio y que conlleva el principio de aversión al riesgo, en el cual el sujeto está reacio a adquirir nuevas habilidades o innovar, aferrándose a los procedimientos establecidos que les brindan seguridad debido a la fiabilidad demostrada por estos con antelación.

Por otra parte, se reconoce como elemento esencial del puesto, el sacrificio de tiempo y calidad de vida personal a favor del desarrollo profesional dentro de la institución, sin embargo, en las conductas que se expresan se observan actitudes de doble moral como son la vigilancia del apego por parte de “otros” y no de ellos a las reglas, así como el reconocer y evidenciar las faltas o carencias de los demás y justificar los incumplimientos bajo la premisa de carencias propias de una institución pública.

Cabe contrastar las propuestas de Scott referidas a convencer al sujeto para que acepte determinada ideología como él mismo lo manifiesta: “El objetivo implícito de estas ideologías no es convencer sino controlar; mejor dicho, pretenden controlar convenciendo. En la medida que tienen éxito moldeando el comportamiento, logran un objetivo de clase también...” en el contexto de esta investigación, los individuos estudiados ostentan banderas de oprimidos contra opresores (oprimido y opresores), creando un balance simbólico de poder que perpetúa las conductas entre contrincantes y las hace aceptables.

Así, esta tesis doctoral, contribuye a comprender la constitución de la subjetividad manifiesta en prácticas morales de los mandos medios de una unidad médica de primer nivel del IMSS en su rol de tecnología de gubernamentalidad. En particular, la investigación se ha centrado en reconocer las prácticas morales realizadas por los mandos medios como consecuencia de la sujeción a las reglas de juego que impone y determina la institución. En el diseño metodológico de la investigación cualitativa, se integró un enfoque Foucaultiano, integración que permitió darle relevancia al análisis del contexto histórico, económico y cultural que afectan a la unidad de análisis para el caso abordado.

Adicionalmente, pone de manifiesto las actitudes de resistencia que expresan simultáneamente los sujetos, de formas generalmente inconscientes, que generan una constante diferencia entre los que emiten las indicaciones o estrategias y aquellos que las llevan a cabo o implementan. Esta lucha se manifiesta entre cada nivel jerárquico de la institución, donde traslapando el ejemplo de Scott, en este contexto, al jefe (rico en el caso de Scott) se le critica a sus espaldas; en lo que al subalterno mando medio, para esta investigación (pobre en el ejemplo de Scott), se le critica no solo en su cara sino incluso en público, reflejando otra faceta del poder social que muestra las diferencias entre los comportamientos “dentro y fuera de escena”, donde aun cuando el poderoso ejerce el control, el subalterno se resiste mostrando comportamientos que eluden este control y que son poco perceptivos, por tanto, no pueden ser criticados o sancionados.

En este sentido, se destacan aportes puntuales de esta tesis doctoral en los aspectos teóricos, metodológicos, prácticos y administrativos:

- Aspecto teórico. Esta tesis aporta una trama comprensivo-interpretativa de la constitución subjetiva de las prácticas morales, como una tecnología de gubernamentalidad, que es intrínseca y constitutiva de la gestión administrativa de la institución de salud para la constitución de sujetos flexibles ante los cambios contextuales con el propósito de alcanzar los objetivos establecidos.

- Aspecto metodológico. La investigación desarrolla y utiliza un esquema para el análisis de las prácticas morales desde la especificidad de la constitución subjetiva de los sujetos mismos.

La propuesta posibilita la interpretación de las prácticas discursivas y establece sus relaciones cuando existe una amplia variedad de resultantes, manifestadas en prácticas morales. Este aporte puede ser retomado por otros investigadores en el campo. Si bien reconocemos que el pensamiento Foucaultiano no es el más novedoso ni el más completo, aún funciona en organizaciones de orden burocrático como lo es la unidad de estudio; sin embargo, quedan aspectos por ahondar que escapan a las concepciones de Foucault.

- Aspecto práctico. Posibilita la reflexión respecto al tipo de mando medio como servidor público construido a partir de los cambios de racionalidad de la institución en la que labora.

- Aspecto administrativo. Esta tesis realiza una aportación para el contexto local, en la interrelación del conocimiento en el campo de la administración pública, con visiones interdisciplinarias y críticas de la gestión en salud a través de la interpretación del pensamiento Foucaultiano, que visualiza las consecuencias de las interacciones entre las prácticas discursivas y la normatividad que da como resultado subjetividades diversas y heterogéneas.

Ahora bien, las principales conclusiones de la tesis doctoral se presentan desde la perspectiva Foucaultiana, donde las prácticas morales dentro de una institución pública de salud se entienden como una práctica normativa, sujeta, social e institucional, que es intrínseca y constitutiva de las relaciones sociales, es decir, que define formas de saber, poder y modos de subjetivación que moldean el contexto laboral y el tipo de personas que desarrolla o que esperamos llegar a constituir.

Sin embargo, sería irresponsable y limitante el pretender que dentro de una sociedad laboral con décadas de existencia, como lo es la del IMSS, el fenómeno social encuadra en la perspectiva de Foucault exclusivamente o que los subordinados aceptan sin resistir la dominación impuesta, nada más alejado de la realidad; ya que las manifestaciones propias, como los discursos explícitos e implícitos, describen “otro sentimiento” o como lo denomina Scott: “resistencia” y es a través de estas conductas, de discursos encubiertos, de rumores, de las bromas quejosas donde el “sujetado” despliega sutilmente como percibe, comprende y en apariencia acepta su dominio, sin embargo se resiste a él; de una forma tal que no afecte el estatus alcanzado o degenera en la pérdida de beneficios tácitos o tácticos (Tarrés, 2001).

Como dispositivo de control, las prácticas morales participan o infieren en la conducción de la conducta de la población expuesta (sujeción), no ejerce un poder como dominación sino, una acción a distancia que mediante reglas de juego busca que los sujetos dirijan autónomamente su propia conducta (subjetivación).

La subjetivación conlleva la transformación en el modo de ser del individuo, es una conjunción de diversas relaciones: con uno mismo, de uno con los otros y de uno con la verdad. El proceso de subjetivación va más allá del contexto actual del sujeto, de la organización en que labora o los diferentes dispositivos de control que lo normalizan. Reconoce que todo conocimiento adquirido y la acción consecuente se condicionan por un sistema histórico, además las experiencias son particulares correlacionadas al saber, las relaciones de poder y las formas de subjetividad.

Lo observado en mandos medios del IMSS durante esta investigación, resalta que toda acción y respuesta deriva del conocimiento individual y responden al contexto histórico el cual se modifica constante y continuamente, estas condiciones gestan las experiencias del sujeto y estas experiencias están expuestas a modificarse, lo que convierte a estos sujetos en una realidad auto constituida y flexible que se reinventa periódicamente ante diversos y/o diferentes escenarios.

Si bien, el sujeto se auto constituye (y subjetiviza), las organizaciones usan dispositivos de control como estrategias constantes y dinámicas de poder; entre las más destacadas que se observan están la fragmentación de actividades, uso de horarios fijos y tiempos predeterminados, además el reconocido uso del sistema de recompensas y sanciones que aún consigue la permanencia de un

orden o de un poder normativo. Es en las instituciones del Estado, donde se manifiesta con claridad el poder pastoral, lo cual es muy evidente en las respuestas de los sujetos de estudio, donde esta forma de poder se obtienen en base a una relación de confianza, de corte emocional o terapéutica, donde el líder ejerce y manifiesta el poder desde el cumplimiento del deber y de la abnegación que es resultado de la auto constitución previamente descrita. De esta manera, la acción moral es resultado de las interacciones consigo mismo, la autoconstitución de sí del sujeto, donde el individuo define su posición en relación a su percepción de la verdad, fija un modo de ser, perpetuamente se autoevalúa y se transforma a sí mismo, perfeccionándose.

A su vez, se complementa esta visión de una faceta del complejo fenómeno social dentro del IMSS que gesta relaciones y posturas abiertas y evidentes. A la par existen y se desarrollan, de forma sutil y encubierta, convenios, alianzas y/o “entendimientos” entre diferentes niveles jerárquicos a modo de resistencia, como un efecto que refleja y comparte la percepción de control o de dominio, que genera lo que denomina y describe Scott como “infrapolítica”, la cual al plantarse frente al discurso o estrategia institucional obstaculiza o limita el éxito de las propuestas.

Tabla de abreviaturas

Abreviatura	Definición
AMI	Atención Medica Integral
ACD	Análisis Crítico del Discurso
BM	Banco Mundial
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CoNaPo	Consejo Nacional de Población
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
ECO	Encuesta del Clima Organizacional
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ENSAT	Encuesta Nacional de Satisfacción para usuarios
EO	Estudios Organizacionales
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FPCGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LFT	Ley Federal del Trabajo
LGS	Ley General de Salud
LSS	Ley del Seguro Social
MC	Modelo de Competitividad
MM	Mando Medio
MMIM	Manual Metodológico de Indicadores Médicos
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
PIMSS	Programa Institucional del IMSS
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNUD	Plan Nacional Universal de Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud

POS-S	Plan Obligatorio de Salud-Subsidiario
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiario
SEDENA	Secretaría de la Defensa
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SEMAR	Secretaría de Marina
SES	Servicios Estatales de Salud
SGPS	Servicio de Guarderías y Prestaciones Sociales
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada
SRT	Seguro de Riesgo de Trabajo
SSa	Secretaría de Salud
SSFAM	Seguro de Salud para la Familiar
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
UMF	Unidad de Medicina Familiar
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia

Índice de figuras y tablas

Índice de Figuras

<i>Figura 1: Organización del Sistema Nacional de Salud en México.....</i>	<i>21</i>
<i>Figura 2: Factores que inciden sobre los sistemas, como impactan en los sujetos.....</i>	<i>30</i>
<i>Figura 3: Rueda de la competitividad</i>	<i>37</i>
<i>Figura 4: Modelo de competitividad del I.M.S.S.</i>	<i>37</i>
<i>Figura 5. Marco relacional de las prácticas morales.....</i>	<i>55</i>
<i>Figura 6: Modelo de interacción entre elementos constituyentes de las prácticas morales.</i>	<i>59</i>
<i>Figura 7: Propuesta de modelo teórico para diagnóstico de subjetividad hacia las prácticas morales</i>	<i>68</i>
<i>Figura 8: Correlaciones entre el Modelo de Competitividad del IMSS y el marco analítico de Montano</i>	<i>68</i>
<i>Figura 9: Esquema metodológico</i>	<i>75</i>
<i>Figura 10: Ubicación geográfica de la UMF # 46.....</i>	<i>82</i>
<i>Figura 11: Fundamentos Jurídicos del I.M.S.S.</i>	<i>100</i>
<i>Figura 12: Estructura Orgánica del I.M.S.S.....</i>	<i>101</i>
<i>Figura 13: Informe anual de actividades 2017 por parte del I.M.S.S al ejecutivo.....</i>	<i>103</i>
<i>Figura 14: Organigrama de la U.M.F # 46.....</i>	<i>109</i>
<i>Figura 15: Pirámide poblacional U.M.F # 46 (año 2017).....</i>	<i>110</i>
<i>Figura 16: Esquema de dimensiones y categorías de las Prácticas Morales</i>	<i>127</i>
<i>Figura 17: Relaciones entre el discurso y el sujeto con las prácticas disciplinarias y morales.....</i>	<i>137</i>
<i>Figura 18: Componentes de las Prácticas Morales</i>	<i>140</i>
<i>Figura 19: Relaciones entre las dimensiones organizacionales del MC y las dimensiones Foucaultianas.....</i>	<i>141</i>

Índice de tablas

<i>Tabla 1: Indicadores Socio-demográficos en México</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 2: Recursos de salud en México: Acceso y Cobertura</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 3: Principios del poder disciplinario de Foucault en relación al MC.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 4: Esquema de análisis de Formaciones discursivas.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 5: La observación: Esquema analítico de las Prácticas Morales</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 6: Esquema categórico de la observación de las Prácticas Morales.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 7: Relaciones entre marco analítico y el modelo de competitividad del IMSS</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 8: Población adscrita en la U.M.F. # 46 que recibe atención</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 9: Infraestructura de la U.M.F. # 46</i>	<i>110</i>
<i>Tabla 10: Priorización de problemática en salud de la U.M.F. # 46.....</i>	<i>111</i>

Bibliografía

- Acosta Molina, M. (1999). *Factores internos y competitividad*. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España,
- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica (México)*, 26(73), 249-264.
- Alarco, G., & Anderson, C. (2011). Competitividad y desarrollo, evolución y perspectivas recientes. *CENTRUM Católica, Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú*.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2, 123-146.
- Álvarez, J. (1995). Michel Foucault: verdad, poder, subjetividad. *La modernidad cuestionada*.
- Aprada, G. (2004). La concepción del sujeto en Michel Foucault. Tomado de: http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/articulos/concepcion_sujeto_en_foucault.pdf.
- Arellano, O. L., & Soto, E. C. J. (2016). ¿Hacia donde debe ir el sistema de salud en México? una perspectiva desde el derecho a la salud/Is there a way forward for the Mexican healthcare system? A human rights perspective. *Medicina Social*, 10(1), 1-13.
- Asún, D., Tapia, P., Páez, A. V. C. D., & Zubieta, E. (2001). Afectividad, Estrés y Apoyo Social: Revisión Conceptual y Meta-análisis de investigaciones psicosociales realizadas en Chile. *Psicología social. Buenos Aires: McGraw-Hill*.
- Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., . . . Muntaner, C. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247.
- Avilés, L. (2001). Epidemiology as discourse: the politics of development institutions in the Epidemiological Profile of El Salvador. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(3), 164-171.
- Babb, S. (2005). Del nacionalismo al neoliberalismo: El ascenso de los nuevos Money Doctors en México. *Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización*, 155-172.
- Balsa, J. (2017). Formaciones y estrategias discursivas, y su dinámica en la construcción de la hegemonía. Propuesta metodológica con una aplicación a las disputas por la cuestión agraria en la Argentina de 1920 a 1943. *Papeles de Trabajo*.
- Barros II, J. R. (2013). Pastorado crítico em Foucault: Serviço, sexualidade e apatheia. *Problemata: Revista Internacional de Filosofia*, 4(1), 213-230.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53, s96-s109.
- Bernal, C. A. (2006). Metodología de la Investigación (Segunda edición ed.). *Mexico: Pearson Educación. Retrieved*, 6(18), 2018.
- Bjerg, H., & Staunæs, D. (2011). Self-management through shame--Uniting governmentality studies and the affective turn. *Ephemera: Theory & politics in organization*, 11(2).
- Björklund, M. (2011). Influence from the business environment on environmental purchasing—Drivers and hinders of purchasing green transportation services. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 17(1), 11-22.

- Bornhauser, N. (2006). Entre la identidad y la diferencia acerca de la lógica constitutiva del sujeto en el pensar de Jürgen Habermas y Michel Foucault _ una controversia pendiente. *Revista de filosofía*, 62, 101-115.
- Borón, A. (1995). La sociedad civil después del diluvio neoliberal. *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*.
- Brewerton, P. M., & Millward, L. J. (2001). *Organizational research methods: A guide for students and researchers*: Sage.
- Bröckling, U. (2015). El self emprendedor. *Sociología de una forma de subjetivación*.
- Brum, M. C. (2018). Formación Gerencial de los Directivos del Sector Salud. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*(15).
- Cabrera, E. J. (2015). El modelo neoliberal en América Latina. *Sociológica México*(19).
- Calvento, M. (2006). Fundamentos teóricos del neoliberalismo: su vinculación con las temáticas sociales y sus efectos en América Latina. *Convergencia*, 13(41), 41-59.
- Cantón, S. B. F., Silva, Á. A. J., & Ortega, E. A. C. (2017). Un acercamiento al estudio de la seguridad del paciente en el caso de usuarios inconformes con la atención brindada por los servicios de salud en México, 2016. *BOLETÍN CONAMED*(12).
- Castañón-González, J. A., Polanco-González, C., & Camacho-Juárez, S. (2014). la sobresaturación de los servicios de urgencias médicas. *Cirugía y Cirujanos*, 82(2), 127-128.
- Castro, E. (2011). Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores.
- Castro Orellana, R. (2004). *Ética para un rostro de arena Michel Foucault y el cuidado de la libertad*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones,
- Cebreiro, B., & Fernández, M. (2004). Estudio de casos. *Diccionario enciclopédico de didáctica. Málaga: Aljibe*.
- Chávez, R. M. A., Macluf, J. E., & Beltrán, L. A. D. (2016). El origen del clima organizacional, desde una perspectiva de las escuelas de la administración: una aproximación. *Ciencia Administrativa*, 1, 9-14.
- Cheek, J., & Rudge, T. (1993). The power of normalisation: Foucauldian perspectives on contemporary Australian health care practices. *Australian Journal of Social Issues*, 28(4), 271-284.
- Chia, R., & Tsoukas, H. (2003). Everything Flows and Nothing Abides: Towards A “Rhizomic” Model of Organizational Change, Transformation and Action. *Process Studies*, 32(2), 196-224.
- Chorny, A. H. (1998). Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. *Cuadernos médico-sociales*(73).
- Clarke, T., Clegg, S. R., & Colado, E. I. (2000). Estudios organizacionales y paradigmas gerenciales: elementos esenciales de una nueva retórica. *Denarius*(01), 121-121.
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, H., Ivana, C., . . . Frenz, P. (2015). La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina. *MEDICC Review*, 17(S1), 40-52.
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69-77.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *salud pública de méxico*, 53, s220-s232.
- de Andrade, L. O. M., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C.-F., . . . Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health

- coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*, 385(9975), 1343-1351.
- de Freitas Duarte, M., & Alcadipani, R. (2016). Contribuições do organizar (organizing) para os estudos organizacionais. *Organizações & Sociedade*, 23(76), 57-72.
- De la Rosa Alburquerque, A., Lozano Carrillo, O., & Ramírez Segura, J. C. (2009). Organización, empresa y familia: de la empresa familiar a la organización familiar.
- Dean, M. (1999). Neo-liberalism and advanced liberal government. *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. Sage Publications, London.
- Dean, M. (2010). *Governmentality: Power and rule in modern society*: Sage publications.
- Del Valle, M. (2016). *Sobre el desplazamiento de la figura de la ascesis en la transición de la antigüedad tardía al cristianismo primitivo en las investigaciones éticas de Michel Foucault*. Paper presented at the VII Jornadas de Estudios Clásicos y Medievales (La Plata, 2015).
- Deleuze, G. (1989). O que é um dispositivo?, 2001, a partir do texto: DELEUZE, G. Quest-ce qu'un dispositif. *Michel Foucault philosophe*. Paris: Rencontre internationale.
- Deleuze, G. (2005). Anexo: sobre la muerte del hombre y el superhombre. _____. *Foucault*. Buenos Aires: Paidós, 159-170.
- Domínguez, J., & Gutiérrez, J. (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud de México. *México: Berkshire*.
- Dzurec, L. C. (2003). Poststructuralist musings on the mind/body question in health care. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 63-76.
- Echeverri López, E. (2002). La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 3, septiembre, 2002, pp. 76-94 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(3), 76-94.
- Escudero, J. C. (2012). La salud colectiva en la crisis mundial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 491-494.
- Fairclough, N. (2001). *Language and power*: Pearson Education.
- Feo, Ó. (2008). Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. *Medicina Social*, 3(4), 275-284.
- Fierro Moreno, E., & Mercado Salgado, P. (2012). Organizational innovation and knowledge management in public hospitals in the State of Mexico (2011). *Estudios gerenciales*, 28(SPE), 109-123.
- Figari, C., & Hernández, M. (2008). Dispositivos de disciplinamiento laboral en una empresa del sector automotriz. El 'mantenimiento total' como espacio de disputa. *IV Seminario de trabajo, economía y educación en el siglo XXI, Marilia, Brasil, UNESP*.
- Foucault, M. (1973). El orden del discurso, Barcelona: Tusquets. *Links*, 19.
- Foucault, M. (1975). 1976: Vigilar y castigar. *S. XXI, Buenos Aires*.
- Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad, Volumen 1,—. In: El uso de los placeres!, México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. 2: Ediciones La Piqueta Seseña.
- Foucault, M. (1989). Os Intelectuais e o poder: Conversa com Michel Foucault e Gilles Deleuze. *FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e Tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Graal, 69-78.
- Foucault, M. (1996a). El sujeto y el poder. *Revista de Ciencias Sociales*, v. 11, n. 12, pp. 7-19.

- Foucault, M. (1996b). *Genealogía del racismo*: Altamira.
- Foucault, M. (1999). La verdad y las formas jurídicas (1973).» Foucault, Michel. Estrategías de poder. Obras esenciales II. In: Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2000). *Obras esenciales: Estrategias de poder*: Paidós.
- Foucault, M. (2001). *Historia de la sexualidad* (Vol. 3): siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France. In: Trad. Horacio Pons. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). Coraje y verdad, trad. Felisa Santos. *El último Foucault, Ed. Sudamericana, Señales*, 263-406.
- Foucault, M. (2007). Nacimiento de la biopolítica: Curso en el College de France. *México, DF: Fondo de Cultura Económica*.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio, población* (Vol. 265): Ediciones AKAL.
- Foucault, M. (2009). La hermenéutica del sujeto, trad. Horacio Pons. In: Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, M., & Morey, M. (1990). *Tecnologías del yo: y otros textos afines*: Paidós.
- Fox, S. (2000). Communities Of Practice, Foucault And Actor-Network Theory. *Journal of management studies*, 37(6), 853-868.
- Fred, R. (2013). D.(2013). *Conceptos de administración estratégica*, 14.
- Galeano, J. (2009). Innovar en el currículo universitario. *Una propuesta de observación de objetos curriculares a partir de estudios de caso. Grupo CHHES. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia*.
- García, C., & Flores, L. (2011). Los desafíos de la formación ciudadana y la cohesión social frente a la des-subjetivación del sistema: Hacia una interpretación del fenómeno social desde la subjetividad. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 37(2), 329-344.
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12(6), 433-448.
- Gómez, F. M. B. (2016). Influencia de los líderes en la cultura de los sistemas de gestión. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 29(1), 74-82.
- Gonzales-Miranda, R. (2014). Organizational Studies. *Innovar*, 24(54), 43-58.
- González Herrera, M. B., Figueroa González, E. G., Peyro, G., & Carmin, R. (2014). Influencia Del Liderazgo Sobre El Clima Organizacional En Pymes: Caso Catering Gourmet De Durango, México (The Impact of Leadership Style on SMEs: Case Gourmet Catering in Durango, Mexico). *Revista Internacional Administración & Finanzas*, 7(2), 45-62.
- Gordon, C. (1991). Governmental Rationality: An Introduction in Burchell, G., Gordon, C. and Miller, P.(eds.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. In: Chicago: University of Chicago Press.
- Gordon, C. (2013). Question, ethos, event: Foucault on Kant and enlightenment. In *Foucault's new domains* (pp. 27-43): Routledge.
- Granados-Cosme, J. A., Tetelboin-Henrion, C., Garduño-Andrade, M. d. I. Á., Rivera-Márquez, J. A., & Martínez-Ojeda, R. H. (2011). Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México: evaluación en los servicios a población no asegurada. *Salud pública de México*, 53, 458-469.
- Granados-Cosme, J. A., Tetelboin-Henrion, C., Torres-Cruz, C., Pineda-Pérez, D., & Villa-Contreras, B. M. (2011). Operación del programa Sistema Integral de Calidad en

- Salud (SICALIDAD): la función de los gestores en atención primaria y hospitales. *Salud pública de México*, 53, 402-406.
- Gundermann, H. (2001). El método de los estudios de caso. *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Torres ML, coord. México, DF: Editorial Porrúa/Flacso.
- Gutiérrez Valenzuela, P. (2005). Neoliberalismo, subjetividad y formación de psicólogos en Chile: notas para una reflexión pendiente.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). Ethnography and participant observation. *Handbook of qualitative research*, 248-261.
- Hancké, B. (2009). *Intelligent research design: a guide for beginning researchers in the social sciences*: Oxford University Press.
- Henríquez, H., & Riquelme, V. (2006). *Lejos del trabajo decente: el empleo desprotegido en Chile*: Departamento de Estudios, Dirección del Trabajo.
- Herdman, E. (2002). 'Lifelong investment in health': the discursive construction of 'problems' in Hong Kong health policy. *Health policy and planning*, 17(2), 161-166.
- Hernández, J. G. V. (2016). Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. *Red Internacional de Investigadores en Competitividad*, 1(1).
- Hoffman, L. H., & Slater, M. D. (2007). Evaluating public discourse in newspaper opinion articles: Values-framing and integrative complexity in substance and health policy issues. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 84(1), 58-74.
- Hofstede, G. (1980). Motivation, leadership, and organization: do American theories apply abroad? *Organizational dynamics*, 9(1), 42-63.
- Hopenhayn, M. (1997). *Después del nihilismo: de Nietzsche a Foucault*: Andrés Bello Santiago.
- Horwitz, S. K., Horwitz, I. B., & Barshes, N. R. (2011). Addressing dysfunctional relations among health care teams: improving team cooperation through applied organizational theories. In *Organization Development in Healthcare: Conversations on Research and Strategies* (pp. 173-197): Emerald Group Publishing Limited.
- Ibarra-Colado, E. (2006). Organization studies and epistemic coloniality in Latin America: thinking otherness from the margins. *Organization*, 13(4), 463-488.
- Jaramillo, A. (2003). *La universidad frente a los problemas nacionales*: Lanús Ediciones de la UNLa.
- Juan, M. Intervención de la Secretaría de Salud, durante la conmemoración del Día Mundial de la Salud 2013. *Comunicación Social* 2013; 02 abr. In.
- Julie Greenway, M. (2008). Childhood obesity: bringing children's rights discourse to public health policy. *Community Practitioner*, 81(5), 17.
- Kendall, G. (2007). *What is critical discourse analysis?* Paper presented at the Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., . . . Juan, M. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259-1279.
- Krugman, P. (1994). Competitiveness: a dangerous obsession. *Foreign Aff.*, 73, 28.
- Laurell, A. C. (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em debate*, 38, 853-871.

- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293.
- Laurell, A. E. C. (2016). Competing health policies: insurance against universal public systems. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24.
- Leyens, J. P. (1987). *Teorías implícitas de la personalidad y representación sociales*. Paper presented at the Pensamiento, individuo y sociedad: cognición y representación social.
- López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416.
- Lozano, R., Soliz, P., Gakidou, E., Abbott-Klafter, J., Feehan, D. M., Vidal, C., . . . Murray, C. J. (2006). Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *The Lancet*, 368(9548), 1729-1741.
- Maceira, D. (2006). Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino. *Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.*
- Manias, E., & Street, A. (2000). Possibilities for critical social theory and Foucault's work: A toolbox approach. *Nursing Inquiry*, 7(1), 50-60.
- Martínez, B. R. (2017). Pensar con James Scott: Dominación, conocimiento, resistencia. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 19(37), 91-113.
- Martínez García, B. (2005). Las nuevas formas de organización del trabajo: obstáculo para la construcción de una identidad. *L. Schvarstein y L. Leopold (comps.)(2005): Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario, Paidós, Buenos Aires, Argentina*, 32-51.
- Martínez, M. F. (2017). Inequidad en los sistemas de salud de América Latina: análisis para Colombia, Argentina y México. *VISIÓN-Revista de Investigaciones UNICIENCIA*, 2(1), 71-81.
- McClelland, D. C. (1972). *A sociedade competitiva realização e progresso social: Expressão e Cultura*.
- Mendieta, E. (2007). Hacer vivir y dejar morir: Foucault y la genealogía del racismo. *Tabula Rasa*(6), 138-152.
- Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social.
- Meyer, E. T. (2005). Communication Regimes: A conceptual framework for examining IT and social change in organizations. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, 42(1).
- Meyerson, S. L., & Kline, T. J. (2008). Psychological and environmental empowerment: Antecedents and consequences. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(5), 444-460.
- Minoletti, A., López, C., & Monreal, V. (1999). Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias. In *Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias*: Chile. Ministerio de Salud.
- Mintzberg, H. (1984). *La estructuración de las organizaciones*: Ariel.
- Mintzberg, H. (2001). La burocracia profesional. *diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo*, 159-179.

- Molina, G., & Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 287-293.
- Montano, C. E. (2015). *The Subjectivation of Academic Practice: A Study of Discursive Practices in the Border University, from 1999 to 2012*. (doctor Doctoral). El colegio de Chihuahua, Ciudad Juárez, México.
- Mora, J. P. G., Puente, A. P., Jiménez, M. B., & González, M. Á. P. (2013). La satisfacción del empleado en organizaciones de servicios públicos federales: Caso de estudio CFE en Nuevo León (Employee satisfaction in federal public service organizations: Case study CFE in Nuevo Leon).
- Morin, E. (2002). The epistemology of complexity. *New Paradigms Culture and Subjectivity (Advances i, p. 378)*. USA: Hampton Press, Inc.
- Morin, E., & Petit Fontseré, N. (2011). *La vía: para el futuro de la humanidad*: Paidós.
- Murillo, S. (2008). Producción de pobreza y construcción de subjetividad. In (pp. 41-77): Siglo del Hombre Bogotá, Colombia.
- Nonaka, I. (1988). Toward middle-up-down management: accelerating information creation. *MIT Sloan Management Review*, 29(3), 9.
- Nord, W. R., Hardy, C., & Clegg, S. (1996). *Handbook of organization studies*: Sage Publications.
- Ortega, N. K. F. (2013). La contabilidad vista como dispositivo de poder: aproximación interpretativa desde la perspectiva foucaultiana. *Cuadernos de Contabilidad*, 14(34), 133-158.
- Palacios-Nava, M. E., & Paz-Román, M. d. P. (2014). Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicósomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(235), 322-334.
- Patiño, C., Casas, I., Moctezuma, R., & Rivera, R. (2010). Reflections on Institutional Medical Habitus. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(4), 106-108.
- Pawar, B. S. (2009). Individual spirituality, workplace spirituality and work attitudes. *Leadership & Organization Development Journal*.
- Peña-Viveros, R., Hernández-Hernández, D. M., Vélez-Moreno, A. M. L., García-Sandoval, M. G., Reyes-Tellez, M. A., & Ureña-Bogarin, E. L. (2015). Clima organizacional de equipos directivos y su relación con los resultados en la atención a la salud. *Salud pública de México*, 57(6), 528-536.
- Pérez, A. S., & Perea, L. P. (2016). El Clima organizacional en el desarrollo de los Sistemas Organizativos. *Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR*(4).
- Pinzón Florez, C. E., Reveiz, L., Idrovo, A. J., & Reyes Morales, H. (2014). Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 01-07.
- Porter, M. (1990). Estrategias de competitividad. SA, Buenos Aires, Argentina.
- Potter, J., Wetherell, M., Gill, R., & Edwards, D. (1990). Discourse: noun, verb or social practice? *Philosophical psychology*, 3(2-3), 205-217.
- Preston, A. M., Chua, W.-F., & Neu, D. (1997). The diagnosis-related group-prospective payment system and the problem of the government of rationing health care to the elderly. *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), 147-164.

- Quintana, L. (2012). Singularización política (Arendt) o subjetivación ética (Foucault): dos formas de interrupción frente a la administración de la vida. *Revista de estudios Sociales*(43), 50-62.
- Ramírez, G., Vargas, L., & De la Rosa, A. (2011). Estudios organizacionales y administración. Contrastes y complementariedades: caminando hacia el eslabón perdido. *Revista Fórum Doctoral*, 3(1), 7-51.
- Repko, A. (2012). *Interdisciplinary Research*, (2e editie). In: Sage Publications Inc.
- Rojas, J. (2006). Factores que inciden en la competitividad de las empresas de la industria chocolatera del Distrito Federal. *Instituto Politécnico Nacional. Consultado el, 14.*
- Saldaña, J., & Omasta, M. (2017). *Qualitative research: Analyzing life*: Sage Publications.
- Sánchez Suárez, R. E., & Galera, S. A. F. (2004). Parent discourse on legal and illegal drugs use perceived by university students. *Revista latino-americana de enfermagem*, 12(SPE), 406-411.
- Sauquillo, J. (2004). La radicalización del uso público de la razón (Foucault, lector de Kant). *Daimon Revista Internacional de Filosofía*(33), 167-186.
- Schmid, W. (2002). *En busca de un nuevo arte de vivir: la pregunta por el fundamento y la nueva fundamentación de la ética en Foucault*: Pre-textos.
- Silva, P. (1999). El sistema de salud chileno en la actualidad. *FONASA: ¿ una reforma en marcha*.
- Sipper, A., & Bulfin, L. (1998). ROBERT L. BULFIN Jr. *PLANEACION Y CONTROL DE LA PRODUCCION. EDITORIAL MCGRAW HILL*.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J., & Sabol, B. (2002). Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. *Journal of marketing*, 66(1), 15-37.
- Spinelli, H., & Testa, M. (2005). Del diagrama de Venn al Nudo Borromeo: recorrido de la planificación en América Latina. *Salud colectiva*, 1, 323-335.
- Stewart, T. A. (1998). *La nueva riqueza de las organizaciones: el capital intelectual*: Ediciones Granica SA.
- Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2807-2816.
- Tamez González, S., & Eibenschutz, C. (2008). El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública*, 10, 133-145.
- Tarrés, M. L. (2001). James Scott. Los dominados y el arte de la resistencia. México: Era, 2000.
- Toraño, R. G., & Montoya, M. C. G. (2000). La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 97-120.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 202-209.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud colectiva*, 3, 33-48.
- Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería universitaria*, 10(2), 50-57.
- Vázquez García, F. (2009a). De la microfísica del poder a la gubernamentalidad neoliberal. Nota sobre la actualidad filosófico-política de Michel Foucault.
- Vázquez García, F. (2009b). La invención del racismo. *Nacimiento de la biopolítica en España*, 1600-1940.

- Vejar, D. J. (2012). Dispositivos de disciplinamiento en el trabajo: Relaciones laborales y subjetividad (es) en Chile. *Si Somos Americanos*, 12(2), 109-131.
- Velázquez, R. P., & Carbajal, J. A. I. (2017). Globalización, neoliberalismo y sistemas de salud. *Revista de Direito da Cidade*, 9(3), 1309-1332.
- Vergara-Iturriaga, M., & Martínez-Gutiérrez, M. S. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud pública de México*, 48, 512-521.
- Villagómez-Ornelas, P. (2009). Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. *Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México*, 14.
- Virilio, P. (1998). La arquitectura improbable. *Croquis*(91), 4-15.
- Wodak, R., & Krzyzanowski, M. (2008). *Qualitative discourse analysis in the Social Sciences*: Palgrave Macmillan.
- Wodak, R., & Meyer, M. (2009). Critical discourse analysis: History, agenda, theory and methodology. *Methods of critical discourse analysis*, 2, 1-33.
- Yin, R. K. (1994). Caso de estudio de investigación: Diseño y Métodos. *Estados Unidos: Sage Publications*.

Leyes consultadas On-Line

- Ley General de Salud México (LGS)
www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/ley_salud.html - 5k -
- Ley Federal de Trabajo (LFT)
www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/lxwemex.htm - 45k
- Constitución de los Estados Mexicanos
<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/>
- Ley del seguro Social (LSS)
<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/doc/92.doc>

Páginas Web

- SINAVE (sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica)
<https://www.gob.mx/sinave/datos>
- <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Norma/1000-001-003.pdf>
- ENSANUT 2016
http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/descarga_bases.php#.WeLUJUzmHdQ

Anexos

No. 1: Entrevista

No.		Elemento	Categoría	Pregunta
0		tiempo en el puesto		
1	EXO	Manifestación de la verdad y apego a ella	Adhesión al código de conducta	¿Se siente satisfecho con los logros profesionales que ha alcanzado?
2	EXO	Manifestación de la verdad y apego a ella	Trascendencia organizacional	¿Considera que cuenta con las herramientas y competencias necesarias para realizar su trabajo?
3	ASCE	Adquisición de la verdad	Verbalización del discurso	¿Qué opinión tiene del IMSS?
4	APA	Dirección de conciencia	Modos conductuales cotidianos	¿Ha recibido capacitación por parte del IMSS para adquirir estas competencias?
5	APA	Dirección de conciencia	Modos conductuales cotidianos	¿Las habilidades con las que cuenta son suficientes para afrontar los retos que se le presentan cotidianamente?
6	EXO	Confesión de los pecados	Sacrificio: Tiempo, preparación, dedicación, cambios en la vida personal	¿Alcanzar las metas institucionales es posible con los recursos con los que cuenta? (habilidades, conocimiento, herramientas, etc.)
7	APA	Dirección de conciencia	Modos conductuales cotidianos	¿Para trabajar en equipo considera que cuenta con las herramientas y/o habilidades necesarias?
8	APA	Relación con la verdad	Dirección de conducta: Enseñanza	¿Considera que hace falta capacitación al personal?
8	APA	Relación con la verdad	Obediencia integral	¿Qué tipo de capacitación propondría usted? ¿Por qué?
8	APA	Relación con la verdad	Obediencia integral	¿Estas capacitaciones están disponibles para el personal?
9	APA	Economía de méritos y desméritos	En el balance los méritos deberán superar a los desméritos	¿Considera que se cumplen las expectativas del instituto, del trabajador y del usuario?
10	EXO	Confesión de los pecados	Compromiso para disminuir los incumplimientos	¿Considera usted que el Modelo de Competitividad es la estrategia que permita alcanzar los objetivos y satisfacer las expectativas del instituto?
10	EXO	Confesión de los pecados	Compromiso para disminuir los incumplimientos	¿Por qué?
10	EXO	Presencia del pastor	Responder por el jefe	¿Qué haría falta según su punto de vista?
11	EXO	Confesión de los pecados	Reconocimiento del incumplimiento o de la responsabilidad	¿Cómo contribuye usted en el cumplimiento de los objetivos institucionales?
12	EXO	Confesión de los pecados	Reconocimiento del incumplimiento o de la responsabilidad	¿Cuál es el objetivo de su puesto en palabras simples?
13	EXO	Confesión de los pecados	Reconocimiento del incumplimiento o de la responsabilidad	¿Cuál es la dirección de su trabajo o puesto?
14	ASCE	Fragmentación del sujeto	Reproductor del discurso	¿Qué necesita un coordinador médico para desempeñar su trabajo?
15	APA	Transferencia exhaustiva	Totalización Uno es sacrificable por el bien general	¿Qué pasa cuando no se alcanzan los objetivos o existe incumplimiento?
16	APA	Transferencia exhaustiva	Totalización Uno es sacrificable por el bien general	¿Cómo detecta los incumplimientos a los objetivos?

17	EXO	Confesión de los pecados	Compromiso para disminuir los incumplimientos	¿Cómo reacciona el equipo cuando no se alcanzan los objetivos o hay incumplimientos?
17	EXO	Confesión de los pecados	Compromiso para disminuir los incumplimientos	Puede dar ejemplos de ello
18	EXO	Confesión de los pecados	Sacrificio: Tiempo, preparación, dedicación, cambios en la vida personal	¿Cómo resuelve usted estos incumplimientos?
18	EXO	Confesión de los pecados	Sacrificio: Tiempo, preparación, dedicación, cambios en la vida personal	¿Y el equipo como lo resuelve?
19	ASCE	Fragmentación del sujeto	Trasmisión del discurso	¿Qué o cómo hace el equipo para lograr que los trabajadores logren los objetivos?
19	ASCE	Fragmentación del sujeto	Trasmisión del discurso	¿Cuándo hay dudas sobre los objetivos como las disipan?
19	ASCE	Fragmentación del sujeto	Trasmisión del discurso	¿A quién recurren por apoyo?
20	APA	Dirección de conducta	Enseñanza	¿Cómo se siente cuando se le señalan las áreas de oportunidad?
21	APA	Dirección de conciencia	Obediencia integral	¿Qué se requiere para obtener un puesto como el suyo?
22	APA	Dirección de conciencia	Obediencia integral	¿Qué ha sacrificado para llegar a este puesto?
23	APA	Relación con la ley	Obediencia al líder	¿Qué o cuanto le ha costado permanecer en su puesto?
24	ASCE	Objetivación del sujeto	Formación de pastores	¿Cuáles son sus aspiraciones dentro de la institución?
25	ASCE	Objetivación del sujeto	Formación de pastores	¿Qué le falta hacer o lograr dentro de la institución?
26	ASCE	Objetivación del sujeto	Formación de pastores	¿El trabajo que desempeña ha modificado su vida?
26	ASCE	Objetivación del sujeto	Formación de pastores	¿Cómo?
26	ASCE	Objetivación del sujeto	Formación de pastores	¿Podría dar ejemplos de ello?
27	ASCE	Objetivación del sujeto	Formación de pastores	¿Qué significa para usted el IMSS?

FUENTE: Elaboración propia.

No. 2: Modelo de competitividad.

El 26 de septiembre del 2017: El Foro Económico Mundial (World Economic Forum - WEF) publica el Informe Global de Competitividad 2017-2018 que evalúa los factores que impulsan la productividad y crecimiento en 137 países. México permanece en la posición 51 sobre 137 países.

Modelo Institucional para la Competitividad “MC” Es el instrumento para guiar a las Unidades Médicas, Sociales o Administrativas, que constituye el marco de referencia para lograr la mejora e innovación de los procesos, con el propósito de transformar la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo para los diferentes grupos de interés.

Criterio 2: Liderazgo

- Los líderes alinean la planeación estratégica de la Unidad a las políticas y programas institucionales.
- Aseguran el cumplimiento de la normatividad vigente aplicable.
- Impulsan la implementación del MC, para lograr la competitividad con enfoque al usuario y a los diferentes grupos de interés

Fijar el rumbo

- Cumplimiento de la normatividad
- Definición de la misión, visión y valores
- Involucramiento del personal
- Contacto con los grupos de interés
- Involucramiento de la representación sindical
- Administración y optimización de recursos
- Seguimiento a la planeación estratégica

Competencias del equipo directivo

- Definición de las competencias
- Desarrollo de las competencias
- Evaluación de las competencias
- Evaluación del desempeño de los líderes

Cultura organizacional:

- Desarrollo de acciones alineadas a la misión, visión y valores de la Unidad
- Impulso a la cultura organizacional en todos los niveles de la Unidad.
- Cambios logrados en la cultura organizacional a través de la implementación del “MC”

Criterio 3: Planeación

El Cuerpo de Gobierno implementa la planeación estratégica de la Unidad, en alineación al Plan Nacional de Desarrollo, al Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIMSS). Determina estrategias, objetivos, planes, programas, mediciones, controles y mejoras en la operación. Realiza ajustes como resultado de los cambios y retos que se presentan en el entorno institucional y sectorial

- Diagnóstico
- Gestión de riesgos

Criterio 4: Planeación operativa

- Gestión de procesos
- Seguimiento y control de procesos
 - Análisis de resultados de supervisión, evaluación y mejora de procesos.
 - Cumplimiento de contratos y evaluación del desempeño de proveedores.
 - Generación y seguimiento de mejores prácticas

Criterio 5: talento Humano

Comprende la implementación de procesos y mecanismos para favorecer el conocimiento, desarrollo laboral, competencias, bienestar y satisfacción del personal; lo que promueve equipos de alto desempeño que brindan servicios de calidad y contribuyen al desarrollo de la competitividad, a través del cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Unidad

- Desarrollo del talento humano
- Bienestar y satisfacción del personal

Bandas de Madurez del “MC”

Son normas de referencia que determina el nivel de desarrollo organizacional de una Unidad y que contribuyen a incrementar el nivel de implementación del Modelo Institucional para la Competitividad “MC”. Permiten una evaluación objetiva al comparar la situación real de la Unidad contra los estándares descritos en cada una de las bandas.