



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ECONOMÍA  
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUA Y VINCULACIÓN**

**LA PARTICIPACION DEL ESTADO EN LA  
REESTRUCTURACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**E N S A Y O**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ECONOMÍA**

**P R E S E N T A :**

**MARIA CRUZ VILLALVA CASTRO**

**ASESOR:**

**PROF. SERGIO JAVIER MERAZ MARTÍNEZ**



**MÉXICO, D. F.**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por darme unos padres ejemplares, sobre todo a Joaquina por ser una mujer valiente. A mis hermanos: Jorge, Inés, Cati por su incondicional apoyo, a Francisco por ser mi inspiración. A mi hijo Carlos Cuauhtémoc por haberme regalado todo el tiempo que duro la investigación.

A mis sobrinos: Victoria, Elisa, Sergio, Mario y José Luis por creer en mí.

A mis profesores desde la primaria hasta la licenciatura, ya que cada uno de ellos participaron en mi formación académica.

Al Lic. Javier Meraz Martínez, asesor del ensayo; a los sinodales; Lic. Jorge Ortega Cedillo por su apoyo, a Lic. José Carlos Estrada Díaz, al Lic. Eduardo A. Pablo Pascual y al Lic. Angel Avila Martínez.

Y a las Instituciones que han participado en mi formación académica, profesional: Secretaria de Educación Pública, Universidad Nacional autónoma de México (Facultad de Economía) y al Instituto Mexicano del Seguro Social.

## INDICE

Introducción.....	1	
I	Marco Teórico.....	5
1.1	¿Qué es el Estado?.....	5
1.2	Definición de bienes públicos y privados.....	6
1.3	Justificación del Estado en la producción de bienes y servicios.....	7
1.4	La intervención del Estado en la Economía.....	10
1.5	La intervención del Estado en los servicios de salud.....	11
II	El Sistema de Seguridad Social en México	14
2.1	La intervención estatal en los servicios de salud en México..	14
2.2	Primeros antecedentes de la Seguridad Social.....	15
2.3	La Seguridad Social en México.....	17
2.3.1.	Marco Institucional.....	18
2.3.2	Organización del Sistema Nacional de Salud en México.....	19
2.4	La Seguridad Social en el contexto mundial.....	21
III	El Instituto Mexicano del Seguro Social, objetivos, estructura y situación actual.....	26
3.1	Antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	27
3.2	Nacimiento del I.M.S.S.....	27
3.3	Prestaciones Institucionales.....	29
3.3.1	Recursos Institucionales.....	31
3.4	El IMSS en el contexto internacional.....	33
3.5	Situación del Seguro Social.....	37
IV	Comportamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social ante un contexto de reestructuración.....	45
4.1	Modernización del IMSS.....	46

4.1.1	Desconcentración de los procesos administrativos.....	46
4.1.2	Nuevo Sistema de Pensiones.....	47
4.1.3	Reforma a la Ley del Seguro Social.....	48
4.2	Programa de reestructuración en Unidades Médicas.....	53
4.3	Nuevos Modelos de Atención Médica.....	53
4.3.1	Modelo de Medicina Familiar.....	55
4.3.2	Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA).....	56
Conclusiones .....		58
Recomendaciones.....		64
Bibliografía.....		66

## INTRODUCCION

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S ) se constituye en 1943, como un organismo público descentralizado, su base legal se encuentra plasmado en el artículo 123 constitucional. La estructura demográfica de la población para la que fue creado está relacionada con aquellos individuos vinculados a un empleo formal. Con el tiempo el Instituto incorporo voluntariamente al régimen obligatorio a nuevos grupos de población como son: trabajadores independientes, pequeños comerciantes, artesanos y otros.

El objetivo del I.M.S.S es la de preservar la salud de la población adscrita a esta institución, la cual es una tarea esencial, pues la atención adecuada de ésta es indispensable para lograr un equilibrio en el desarrollo socioeconómico del país; a través de la rehabilitación e integración temprana de los trabajadores al proceso productivo. En el aspecto financiero, es generador de ahorro al administrar las cuotas que sus agremiados realizan para tener derecho a las prestaciones que la Institución brinda. Socialmente contribuye a la estabilidad social del país.

Desde su establecimiento hasta la fecha Seguro Social ha crecido enormemente, en la actualidad cuenta con a 44,960, 509 derechohabientes,<sup>1</sup> lo que le convierte en la principal Institución dentro del Sistema de Seguridad Social. Sin embargo, en la década de los 80 el Instituto comienza a mostrar problemas financieros como de estructura que de no atenderse a la brevedad pone en peligro la viabilidad de la institución y la desprotección de sus afiliados.

Las causas que afectan la operatividad financiera y de estructura del IMSS es generada entre otros factores por la crisis económica del país, ya que los ingresos de la Institución se redujeron por la disminución de las aportaciones de los trabajadores y empresarios, debido a la desaceleración de los ingresos relacionados

---

<sup>1</sup> [www.imss.gob./estadisticas](http://www.imss.gob./estadisticas)

al empleo formal, lo que favorece el empobrecimiento de la población y con ello la salud de los trabajadores se ve afectada, por tanto se genera un crecimiento en la demanda de servicios médicos; además, el valor real de las prestaciones que el IMSS otorga se ve reducida por la inflación y sus costos se incrementan.<sup>2</sup> Otro factor que influye esta relacionado con el cambio demográfico de la población y los problemas administrativos propiciados por la propia Institución.

Por ello, desde finales de los 80's a la fecha el IMSS se encuentra inmerso en proceso de reestructuración, cuyo fin es dar solución a esta crisis, para mejorar los servicios que brinda, optimizando las cuotas tanto de los trabajadores como de los patrones y del gobierno federal. En este proceso de cambio se lleva a cabo en los 90's la Reforma a la Ley del Seguro Social. En 1998 surge un proyecto denominado "medico financiero y de asistencia técnica."<sup>3</sup>

Resulta interesante conocer en que consiste la reestructuración, así como el grado de intervención que el Estado tiene en este proceso de modernización, de que forma repercutirá en la población derechohabiente, y sirva como punto de partida para aquellos interesados en el sector salud puedan profundizar en el tema.

Para entender este proceso de modernización es importante identificar las causas de la problemática del IMSS. Qué cambios a llevado a cabo desde entonces, y como aplica paulatinamente proyectos de atención médica contemplados en la reestructuración.

Si bien es cierto que el IMSS enfrenta una situación financiera y de estructura critica, repercutiendo en una mala administración de los recursos y una deficiencia en los servicios de sus afiliados, lo que hace necesario su reestructuración. También es cierto que el gobierno en este proceso de cambio pretende disminuir su participación

---

<sup>2</sup> [www.imss.gob.mx/IMSS/IMMS-SITIOS/IMSS-06/Institución/DPF/me](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMMS-SITIOS/IMSS-06/Institución/DPF/me)

<sup>3</sup> IMSS. Proyecto de Reforma, IMSS 1998.

en la institución, alejándose de esta manera del espíritu social para lo que fue creado el IMSS. Un ejemplo claro son las reformas aplicadas a la Ley del Seguro Social al dejar la administración de las pensiones en manos de los bancos.

La reestructuración en los servicios médicos pretende también la participación de servicios médicos privados al fomentar la competencia entre unidades médicas del IMSS y las privadas en el largo plazo; lo que provocará que derechohabientes con menores ingresos sean los más afectados, ya que éstos no tendrán la misma oportunidad que los de mayores ingresos de llegar al tercer nivel y por tanto serán las Unidades de Medicina Familiar las encargadas de controlar la salud de los derechohabientes con menores ingresos.

El presente ensayo consta de cuatro capítulos; el primero consiste en como se justifica la participación del Estado en la economía y en particular en los mercados de salud.

En el segundo capítulo se describen los primeros antecedentes de la seguridad social, así como el surgimiento y marco legal de la seguridad social en México, asimismo la situación de la seguridad social a nivel mundial.

En el tercer capítulo se describe como está constituido el I.M.S.S su financiamiento, cobertura, instalaciones físicas, recursos humanos prestaciones que otorga y su situación actual, es decir cuales son las causas que generan su reestructuración.

El cuarto capítulo, describe las medidas implementadas ante un contexto de reestructuración tanto en el ámbito financiero como médico administrativo. En que consiste la modernización, a quién va dirigida y los objetivos que persigue, como se financiarán; así como la puesta en marcha de algunos proyectos en el área médica.



Finalmente se darán las conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron después de esta investigación

Para la realización de esta investigación se recurrirá a información documental como revistas, libros, memorias estadísticas del IMSS, documentos institucionales; lo que permitirá emitir conclusiones y propuestas en el proceso de modernización del Instituto.

## Capítulo I Marco Teórico

El desarrollo del presente capítulo explica porque el Estado debe participar en la producción de bienes y servicios en la economía de un país, particularmente en los servicios de salud –objetivo del tema- ya que esto servirá de base para entender el papel que juega el Instituto Mexicano del Seguro Social en México.

### 1.1 Qué es el Estado

La teoría de ciencias políticas, se refiere al Estado como un contrato social que se da entre gobernados y gobernantes. En donde a través de un gobierno se debe asegurar el bienestar común de los miembros de los grupos sociales sobre los que se ejerce el control. De tal manera que el Estado se convierte en una organización jurídico-político autorizado a mantener un control de los miembros de la sociedad.<sup>1</sup> Como ente económico el Estado debe dirigir, regular la economía de un país. Asimismo

En México, el Estado mexicano tiene el compromiso de fomentar el crecimiento y desarrollo económico del país, a través de una redistribución del ingreso justo entre los miembros de la sociedad.<sup>2</sup> Esta redistribución se proporcionará a través del presupuesto –gasto e ingreso público- lo que permitirá una asignación de los recursos. El Estado se encuentra formado por el gobierno en sus diferentes niveles y por un conjunto de Instituciones, organismos y empresas administradas por la administración pública las cuales le permitirán llevar a cabo las funciones y los objetivos propuestos en su política económica y social.

---

<sup>1</sup> En el artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dice “La soberanía nacional reside esencial y originalmente en el pueblo. Todo poder público dimana del pueblo y se instituye para beneficio de éste. El pueblo tiene en todo tiempo el inalienable derecho de alterar o modificar la forma de gobierno. De esta definición se desprende que el Estado esta compuesto por tres elementos: Pueblo, territorio, y poder. [www.trabajos.com/12/elorigest/elorigest.shtmluz](http://www.trabajos.com/12/elorigest/elorigest.shtmluz)

<sup>2</sup> [www.constitucion.gob.mx/index.php?art\\_id=25](http://www.constitucion.gob.mx/index.php?art_id=25)

## 1.2 Bienes Públicos y Bienes Privados

La economía mixta se caracteriza por la intervención en el proceso productivo tanto en el sector público como en el privado, dando origen a los bienes públicos y privados.<sup>3</sup>

Un bien privado es aquél que puede ser consumido individualmente o cuando mucho por un pequeño grupo de individuos.<sup>4</sup> por ejemplo alimentos, ropa vivienda etc. éstos tienen dos propiedades:

- consumo rival: si un bien es utilizado por una persona, no puede ser utilizado por otra y
- de exclusión, el cual garantiza la posibilidad de que los oferentes generen ganancias y por tanto que el mecanismo de mercado se desarrolle

Mientras que los bienes públicos se caracterizan por:

-No rivalidad, es decir una vez que un bien o servicio se le ofrece a un individuo, es posible ofrecerlo a todos los demás sin costos adicionales. Por otro lado, consumidores adicionales pueden disfrutar del bien o servicio ofrecido sin afectar su calidad ni cantidad consumida por el resto de los individuos.

- No exclusión, este principio se refiere a que una vez que se ofrece un bien o servicio a un individuo, es imposible excluir a los demás.

- No rechazo, significa que una vez que se ofrece un bien o servicio, todos los individuos lo pueden adquirir o consumir. A los servicios públicos que reúnen los tres

---

<sup>3</sup> Samuelson Paul A. Economía. Ed. Mc. Graw-Hill Undedima Ed 1979 p 49

<sup>4</sup> Meza Lago Carmelo, La Crisis de la Seguridad Social y la atención de la salud. F.C.E 1985, p 49

atributos se les llama servicios públicos puros, sin embargo, es difícil encontrar estos servicios, el ejemplo más cercano a este bien es la Defensa Nacional de un país.

De lo anterior, se deduce que los servicios públicos, son servicios comunitarios disponibles a todos los ciudadanos con los mismos estándares de calidad que tienen el propósito de satisfacer o aliviar ciertas necesidades económicas y sociales, lo que implica que su manejo y distribución requiere la definición y jerarquización de tales necesidades.<sup>5</sup>

Pero, ¿porqué la producción de bienes públicos son producidos por el Estado?, o bien ¿Porqué el Estado tiene que producir también bienes y servicios? En el siguiente apartado veremos que es lo que sustenta al estado para intervenir en la economía de un país.

### 1.3 Justificación del Estado en la producción de bienes y servicios.

En las economías de mercado la producción de bienes y servicios se realiza tanto en el sector privado como en el público. De acuerdo con la Teoría económica, las empresas privadas tienen un mejor desempeño, ya que estimulan la competencia y la eficiencia “a través de la oferta y demanda aseguran que la variedad de los bienes producidos corresponda a las preferencias de los consumidores, generando ganancias que permiten que el mercado sobreviva y se desarrolle.”<sup>6</sup> Sin embargo existen determinados bienes que la empresa privada no ofrece porque carece de incentivos para ello o porque sería socialmente indeseable o económicamente inviable producirlos, esto trae como consecuencia distorsiones en el sistema privado que generen resultados eficientes, por tanto la justificación para que el Estado participe en la economía de un país y logre una redistribución de la renta entre los miembros de la sociedad.

---

<sup>5</sup>Meza Lago ..Op cit p 50

<sup>6</sup>Stiglitz Joseph E, La Economía del Sector Público, Ed.Antoni Bosch, Barcelona España 1998 Pag. 63

Existen seis razones por las que el mecanismo del mercado no pueden dar lugar a una asignación de los recursos en el sentido de Pareto y por ende la justificación del Estado en la producción de bienes y servicios: fallos de la competencia, bienes públicos, externalidades, Mercados incompletos, fallos de información y paro.

a) Fallo de la competencia. Para que los mercados sean eficientes en el sentido de Pareto, tiene que haber competencia perfecta, es decir, debe existir un número suficiente de empresas para que cada una de ellas pueda influir en los precios. Sin embargo, existen relativamente pocas empresas que dominan una gran parte del mercado, lo que indica la ausencia de una fuerte competencia, además la presencia de este tipo de empresas no implica que éstas actúen competitivamente.<sup>7</sup>

Un segundo problema, surge cuando existen bienes sustitutos, entonces aun cuando el mercado es competitivo se ve obligado a redefinir su mercado.

El aspecto geográfico influye también para que las empresas no sean competitivas, por ejemplo cuando los costos de transporte son elevados, es posible que el mercado en cuestión sea pequeño desde el punto de vista geográfico, por tanto solo se constituiría una sola empresa en una determinada región, lo que implicaría que no se pudiera escoger o buscar un precio mejor y la empresa no actuaría competitivamente.

b) Bienes Públicos. Este fallo se refiere a la existencia de algunos bienes que no suministrados por el mercado o, bien la cantidad suministrada es insuficiente, por tanto éstos tienen que ser suministrados por el Estado.

También existen bienes públicos puros, con dos propiedades básicas i) no cuesta nada que otra persona más disfrute de sus ventajas. ii) es difícil o imposible impedir que se disfrute del bien público.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Stiglitz Joseph..Op cit p 74-78

<sup>8</sup> Stiglitz Joseph..Op cit p 78-79

c) Externalidades, éstas reflejan los efectos que tienen las actividades de producción o consumo de un agente sobre el consumo o producción de otro agente.

Las externalidades pueden ser positivas o negativas. Si representan una disminución al bienestar de un ente económico son definidas como externalidades negativas, y a la inversa, si originan un beneficio se conocen como externalidades positivas. El estado interviene más para corregir las negativas definiendo derechos de propiedad o aplicando impuestos compensatorios.<sup>9</sup>

d) Problemas de información. Algunas actividades del Estado se justifican porque los consumidores tienen una información incompleta, ya que el mercado suministra a veces demasiadas o bien poca información.

La información es considerada en muchos aspectos como un bien público, ya que al suministrar información a una persona más, no puede evitar que la misma información llegue a otras por ejemplo, los servicios meteorológicos.<sup>10</sup>

e) Mercados incompletos. Este fallo se genera cuando los mercados privados no suministran un bien o servicio, aun cuando el costo de suministro sea inferior a lo que los consumidores están dispuestos a pagar. Algunos aspectos por los que el mercado no proporciona determinado bien o servicio se debe a la innovación, costos de transacción y asimetría en la información.<sup>11</sup>

f) El desempleo es utilizado como indicador de que algo no funciona bien en el mercado. Para algunos economistas constituye la prueba más fehaciente de que el sistema privado tiene fallos.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> Stiglitz Joseph .. Op cit p 79-80

<sup>10</sup> Stiglitz Joseph..Op cit p 80-82

<sup>11</sup> Stiglitz Joseph. Op cit p 82-83

<sup>12</sup> Stiglitz Joseph..Op cit p83-84

Aunado a estas fallas del mercado, hay dos razones más que justifican la intervención del Estado: aun cuando el mercado sea eficiente en el sentido de Pareto i) un mercado competitivo puede dar lugar a una distribución de la renta desigual entre los miembros de una sociedad, y ii) a pesar de que exista información adecuada, los individuos pueden no juzgar correctamente los bienes que consumen, generando la intervención del Estado a través de las reglamentaciones, por lo que se restringen el consumo de algunos bienes y la provisión pública de otros, llamados bienes preferentes.<sup>13</sup>

Estos fallos de mercado finalmente sustentan la intervención del Estado en algunas áreas de la producción. Ahora nos remitiremos a explicar brevemente como se instituye el Estado.

#### 1.4 La intervención del Estado en la Economía

Históricamente el Estado siempre ha participado en la economía, pero la situación económica mundial que prevaleció en 1929 y denominada como la gran depresión trajo como consecuencia desajustes económicos que pusieron en evidencia las fallas sector privado, obligando a los países capitalistas a buscar mecanismos para salir de esta crisis. Es hasta principios de los años 30 cuando el Estado formaliza su intervención económica, bajo diversas connotaciones; sector público, empresa pública, sector estatal.<sup>14</sup> etc, y de acuerdo a las peculiaridades de los países en donde se implantaron. Su función desde entonces es hacer frente a objetivos económicos generales, como el control de los recursos estratégicos, el suministro de artículos y servicios esenciales, las políticas de empleo y los controles de precios entre otros. Los objetivos no económicos, como las obligaciones sociales (Seguridad

---

<sup>13</sup> Bienes preferentes. Son aquellos bienes a los cuales los individuos les confiere un alto valor, pero el mercado no los provee, y si el gobierno los proporciona gratuitamente o a un precio subsidiado, donde los individuos pueden consumirlo o no consumirlo, por lo que la salud, objeto del estudio entre dentro de esta clasificación. Stihlitz

<sup>14</sup> Ayala Espino José, Economía del Sector Público Mexicano, Ed. Esfinge 1999 p. 415

Social), educación, de vivienda, etc. En resumen trata de satisfacer algunas necesidades sociales, políticas y económicas que el sector privado no puede resolver

En el aspecto social, el sector público se propone garantizar un nivel de vida adecuado en los que incurren diversos factores llamados mínimos de bienestar social como: salud, alimentación, vivienda, vestido, educación y recreación.<sup>15</sup> Para efectos de este ensayo retomaremos la salud y como el Estado interviene en este sector.

### 1.5 La intervención del Estado en los servicios de salud

La salud,<sup>16</sup> tiene una gran importancia en los seres vivos, pues se trata de uno de los elementos vitales de los seres humanos, con ella es como los hombres se enfrentan a la naturaleza reproduciéndose biológica, social y productivamente, dentro de una sociedad.<sup>17</sup> Con el desarrollo industrial forma parte del conjunto de actividades económicas y por lo tanto la salud se convierte en un bien, proporcionado tanto por el sector privado como público.

La intervención estatal en los servicios de salud, como se menciono, se debe a la presencia de un conjunto de fallos de mercado, por ejemplo cuando existe una epidemia,<sup>18</sup> los mercados privados no intervienen, ya que no todos los afectados podrían pagar el costo del tratamiento y podrían generarles pérdidas. Lo que significa la existencia de mercados incompletos y la necesidad de que existan los servicios de salud públicos.

---

<sup>15</sup> Moreno Santos Ricardo, Notas Técnicas. Subdirección General de Prestaciones Sociales 1991, p. 15

<sup>16</sup> A finales del siglo XIX La organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como “ Un estado de completo bienestar físico, mental y social”. San Martín Hernán. “Elementos de Economía Médica y de la Salud” p. 838

<sup>17</sup> Hernán San Martín, Salud y Enfermedad. Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 1988 P 853-851

<sup>18</sup> Epidemia, del griego epi, por sobre y demos, pueblo. Es una enfermedad ampliamente extendida que afecta a muchos individuos en una población. <http://imss.gob.mx/salud>.



Por otro lado, la presencia de enfermedades contagiosas así como su tratamiento, se convierten en bienes públicos una vez que para controlarla se debe informar a la población acerca de los cuidados y tratamientos que se deben instrumentar. La información que se da a una persona, implica que la conozcan las demás. De esta manera la información sanitaria que se utiliza permite que no solo se beneficie a una sola persona, sino que abarque a la mayor parte de la población que este en riesgo de contagiarse. Para este proceso se requiere la participación gubernamental, ya que a una empresa privada no le generaría ganancias si toda la población estuviera bien informada, pues estarían prevenidos y no gastarían más en tratamientos.

En el ejemplo anterior, se observa que también están presentes las externalidades positivas, lo que quiere decir que la utilización de información y prevención con respecto a determinada enfermedad contagiosa de un individuo, influye positivamente en los demás miembros de la sociedad. De igual manera la inmunización de un niño disminuye la transmisión de sarampión y otras enfermedades, lo que confiere a esa medida una externalidades positivas, y los que contaminan el medio ambiente y los conductores ebrios crean externalidades negativas, por lo que el estado debe alentar comportamientos que conlleven externalidades positivas y desalentar aquellos que las tengan negativas.

Otra razón por la que los mercados pueden funcionar deficientemente –mercados incompletos- es cuando existen riesgos en materia de salud que las compañías de seguros rehúsen asegurar a las persona que más necesitan un seguro médico, es decir, los que están ya enfermos o presentan probabilidad de enfermar.

Los tratamientos médicos generan asimetría médica, esto es, la a información entre el que presta la atención médica y el paciente, los primeros proporcionan opciones en lo concerniente al tratamientos médico, y cuando sus ingresos están vinculados a esos consejos, el resultado puede ser un exceso de tratamiento. En este sentido

los gobiernos tienen que intervenir reglamentando los seguros médicos ofrecidos por el sector privado o bien ofreciendo alternativas como los seguros sociales.

Los fallos de mercado descritos reflejan una interrelación entre ellos, lo que indica que no son excluyentes,<sup>19</sup> se observa como un fallo de información conlleva a externalidades, y éstos a su vez pueden derivarse por la existencia de mercados incompletos. Finalmente, estos fallos en su conjunto reafirman la necesidad de la intervención estatal en los mercados de salud.

En resumen la intervención del Estado se debe a seis fallas de mercado principalmente. Ahora es importante conocer como se instituye el Estado en México y como participa en los mercados de salud.

---

<sup>19</sup> Sitiglitz . Op. cit p84

## Capítulo II El Sistema de Seguridad Social en México

La intervención del Estado en los mercados de salud en México da lugar a la Seguridad Social y con ella a diferentes instituciones orientadas a la atención de la salud, dentro de las cuales se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social. Por lo que en este capítulo se describe de manera sucinta el surgimiento de la Seguridad Social, como se conformó el Sistema de Seguridad Social en México y como se percibe en el contexto mundial

### 2.1 La intervención estatal en los servicios de salud en México

En México la intervención estatal se desarrolla a principios del siglo XX, supliendo la ineficiencia, insuficiencia y fallas del mercado en la provisión de bienes y servicios. El marco jurídico que sustenta la intervención del Estado en la economía está plasmada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los artículos 25, 26, 27 y 28 que “confiere al Estado la facultad de regir sobre el sistema económico.”<sup>1</sup> Constituyendo el sector paraestatal. En estos artículos menciona en que actividades económicas puede participar y señala cuáles son las de su competencia exclusiva, en cuales puede ser de participación, mayoritaria o minoritaria. Sus funciones están orientadas promover el desarrollo económico del país a través de: mejorar la asignación de los recursos, distribuyendo equitativamente el ingreso, crear confianza y certidumbre manteniendo una vigilancia estricta del sistema legal y regulatoria de la economía.

En el aspecto social el Estado tiene deber de proporcionar a la población la satisfacción de los elementos mínimos de bienestar como alimentación, educación,

---

<sup>1</sup>Ayala José; Economía del Sector público mexicano. FE-UNAM- esfinge Grupo Editorial, México 2001.pp 422-424

salud, empleo, cultura, vivienda.<sup>2</sup> En este contexto el Estado Mexicano ha desarrollado a lo largo del siglo XX el Sistema de Seguridad Social, que tiene el propósito de proteger al individuo y su familia de la inestabilidad y amenazas que de manera natural se presentan en la vida de las persona. Para lograr estos objetivos el sector paraestatal ha establecido la creación instituciones que desempeñen funciones específicas orientadas a este objetivo social. De ahí la creación de instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros.

La creación del Sistema de Seguridad Social es producto de un proceso largo y difícil, es con el nacimiento del capitalismo, cuando surgen las demandas de los trabajadores por lograr mejores condiciones de vida. Por otro lado, el gobierno debe mantener la viabilidad económica del país y mantener la paz social y se da a la tarea de buscar alternativas que permita lograr estos objetivos.

## 2.2 Primeros antecedentes de la Seguridad Social

Una de las necesidades del ser humano desde que nace es la de sobrevivir y reproducirse en las mejores condiciones posibles. Una forma de hacerlo es protegerse de la inseguridad existente en la naturaleza así como las generadas por el modo de producción, por ejemplo en La Edad Media los siervos y villanos en su condición de servidumbre encontraban la asistencia contra la miseria. Sus señores cuidaban de su mantenimiento y su salud, sobre todo por el rendimiento de trabajo de éstos más que por razones de altruismo. La beneficencia surge con el Tratado de Vives en 1526 con la aparición de los primeros asalariados, la cual se extiende a España, Asia y América a través de los misioneros.<sup>3</sup> En la medida que se desarrolla la economía la sociedad se vuelve más compleja y las demandas sociales se incrementan. La beneficencia simple da paso a la asistencia con un contenido de derecho, en donde se busca la protección de los más pobres. Inglaterra justifica

---

<sup>2</sup> Ayala José.. Op cit p 43

<sup>3</sup>García Cruz Miguel “ La Seguridad Social, base, evolución, importancia económica, social y política”. México 1955 p 6

estas demandas y exige la implantación de un sistema de protección contra la miseria; su postulado residía en la protección del trabajador, la extensión universal del derecho al sufragio y al nacimiento del laborismo.<sup>4</sup>

Con la aparición del capitalismo la situación de los individuos se complica, pues aparece un fenómeno desconocido hasta entonces, el paro y con él, descontento social generalizado. Además el trabajador asalariado era sometido a jornadas agotadoras, bajos salarios e inseguridad, hallándose sin recursos para solventar sus necesidades económicas y de salud cuando enfermaba o accidentaba. Este problema obliga a buscar nuevos mecanismos para solucionar los conflictos y encontrar la estabilidad social y económica.

A finales del siglo XIX y principios del XX nace en Estados Unidos el concepto de Seguridad Social, con el cual se “pretende defender y propulsar la paz y la prosperidad general de la sociedad a través del bienestar individual de todos sus miembros.”<sup>5</sup> La Naciones Unidas utilizan el concepto en la Carta del Atlántico en su artículo 5º, de esta forma la mayoría de los países coinciden y empiezan a utilizarlo, sin embargo todavía no son claros sus objetivos.

A partir de entonces surgen proyectos, como los de Beveridge, Marcha y Wagner-Murray, siendo Beveridge, el primero que habla de la creación de un Ministerio de Seguridad Social y por tanto el primero en llevarlo al plan legislativo.

Posteriormente el canciller Alemán Otto Von Bismarck crea la primera legislación sobre accidentes de trabajo y seguro contra enfermedades. En 1942 William Beveridge propuso en Inglaterra ampliar la cobertura de estos seguros a toda la

---

<sup>4</sup> Garcia Cruz.Op cit 65

<sup>5</sup> García Cruz Op cit p 33

población, naciendo así el concepto integral de la seguridad social con cobertura universal y las primeras leyes de seguridad social<sup>6</sup>.

1882 LEY DEL SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDADES

1884 LEY DEL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

1889 LEY DEL SEGURO OBLIGATORIO DE INVALIDEZ Y VEJES

En 1911 se integro el Código General del Seguro Social,<sup>7</sup> convirtiéndose en el instrumento básico para la realización de la Seguridad Social

Este sistema de seguros sociales se implantó después en Inglaterra y para 1914 se hizo extensivo a todos los países europeos, posteriormente en América Latina<sup>8</sup>. A partir de entonces la seguridad social reviste una importancia trascendental debido al papel que juega dentro de las políticas sociales del Estado, generando un conjunto de instituciones, principios, normas y disposiciones que protege a todos los elementos de la sociedad contra cualquier contingencia que pudieran sufrir y permite la elevación humana en los aspectos psicofísico, moral económico y social y cultural. Por lo que Seguridad Social se convierte en un sinónimo de “bienestar.”<sup>9</sup>

### 2.3 La Seguridad Social en México

En México al igual que en otros países existieron antecedentes de la prevención social, un ejemplo de ello observa en la organización social de los calpulli, en donde los mexicas, destinaban una parte de los excedentes de la producción a la protección especial de los ancianos e impedidos. En la época colonial destacan como manifestaciones en busca de seguridad social los hospitales-pueblos creados por don Vasco de Quiroga y las cajas de comunidad y cofradías entre gremios y

---

<sup>6</sup> IMSS. Nueva Ley del Seguro Social. Coordinación de Personal y Desarrollo. IMSS1996 P 21

<sup>7</sup> García Cruz Op cit p. 38-43

<sup>8</sup>García Cruz Op cit. 53-59

<sup>9</sup> IMSS. La Seguridad Social En México. Dirección General de Prestaciones Médicas. México, 1982 p 16

artesanos que ejercían la función de apoyo a sus miembros en caso de enfermedad o muerte.<sup>10</sup> En el siglo XX con la aparición de la industrialización es necesario encontrar algo más formal que permitiera a los individuos mejorar las condiciones de vida y por tanto ser más productivos.

Es la Constitución de 1917 y siguiendo los lineamientos de los modelos de Bismarck y Beveridge cuando se reconoce la seguridad social y con ella el derecho a la salud. Paulatinamente se fueron creando las condiciones que dieron lugar a la conformación del Sistema Nacional de Salud y con ella la formación de una serie de instituciones que brindan protección a trabajadores en las entidades federativas, empresas descentralizadas del gobierno y algunos otros regímenes especiales de salud, cada una con formas de organización, criterios y objetivos propios.

### 2.3.1. Marco Institucional

Los fundamentos del Sistema de Salud Mexicano se encuentran plasmados en el artículo 4º, 73 y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El artículo 4º. Constitucional, señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución,”<sup>11</sup> en el cual indica que toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tales objetivos. “Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.”<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> IMSS. La Seguridad Social .Op cit p 17

<sup>11</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2006, Gómez Hdez. Henos. Editores, México, p 7

<sup>12</sup> Constitución Política Op cit. p 48

El artículo 123, señala que toda persona tiene derecho a un trabajo digno y socialmente útil, al efecto se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley. Las fracciones de este artículo relacionadas con la salud son las II, V, X, XIV, y XXIX del apartado “A” y del XI del apartado “B”.<sup>13</sup>

### 2.3.2 Organización del Sistema de Nacional de Salud

En México se reconoce legalmente que el sistema nacional de salud encargado de dar cumplimiento al derecho constitucional de protección a la salud, esta constituido por tres subsistemas:

- El de Seguridad Social, que por pertenecer al sector público es financiado por empresas, hogares y Gobierno;
- De asistencia social perteneciente también al sector público, financiado por gobierno y hogares, y;
- El privado, en el que se encuentran instituciones que son financiadas por hogares y empresas.

La forma de financiamiento, así como la población que atiende, son uno de los principales aspectos que marca la diferencia entre uno y otro subsistema.

En el sistema de seguridad social, se ha constituido por las siguientes instituciones, las cuales destinan sus recursos y programas a grupos de la población claramente diferenciados: El IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, e instituciones como INFONAVIT, FOVISSTE, CONSAR y FONACOT. Cada una de ellas con características propias, funciones normativas y presupuestarias independientes. Sin embargo, el IMSS como parte de la previsión y la seguridad social –objeto del ensayo- constituye la institución más importante, ya que tiene una mayor cobertura, como se observa en el cuadro 1

---

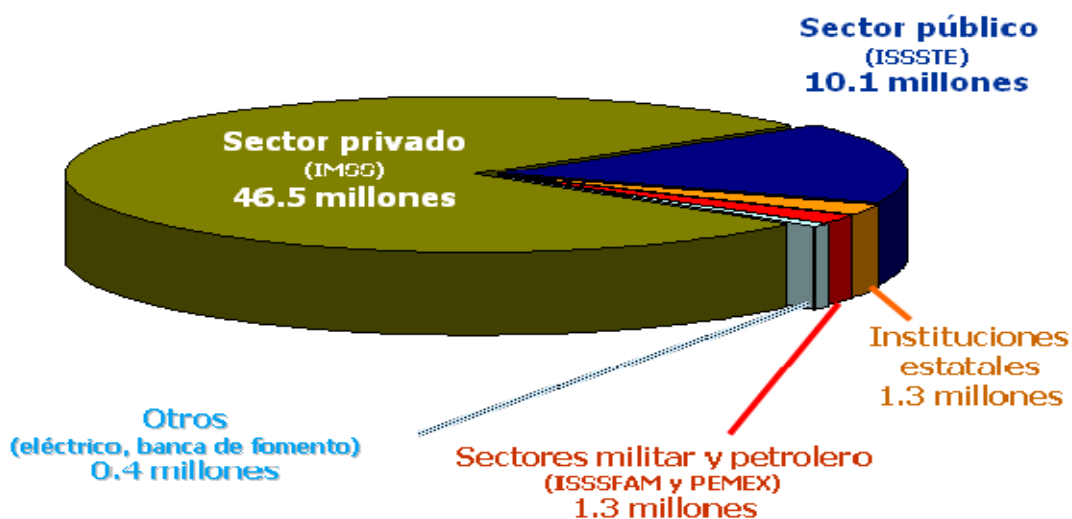
<sup>13</sup>Constitución Política Op cit p 100-109



**Cuadro 1**  
**COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**2001-2004**

Año	Población derechohabiente						
	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SM	Servicios Estatales
2001	58 929 440	45 872 403	10 236 523	664 938	510 784	213 275	1 431 517
2002	59 294 671	46 198 689	10 303 539	676 245	535 734	207 777	1 372 687
2003	ND	41 850 888	10 352 318	690 194	ND	196 053	ND
2004	ND	42 993 343	10 462 703	699 297	ND	190 119	ND
ND	No disponible.						
FUENTE:	SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volúmen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F.						
	Para 2003 y 2004: IMSS. <a href="http://www.imss.gob.mx">www.imss.gob.mx</a> . Memoria Estadística 2003 y 2004. México.						
	ISSSTE. <a href="http://www.issste.gob.mx">www.issste.gob.mx</a> . Agenda Institucional, Septiembre de 2005.						
	PEMEX. Gerencia de Servicios de Salud. Noviembre, 2005.						
	SM. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. Noviembre, 2005.						

**Grafica 1**  
**Cobertura de la seguridad social**  
**(2000)**



Fuente: INEGI, Estadísticas sociodemográficas 2000

## 2.4 La Seguridad Social en el contexto mundial

Los década de los 80 fue una época difícil para la economía mundial, muchos países emprendieron programas de estabilización y ajuste macroeconómicos a fin de hacer frente a graves desequilibrios de sus economías y encaminar éstas por una senda de crecimiento sostenible. Es evidente que esos ajustes repercutieron en áreas como la salud, ya que durante el período de transición, y especialmente en el caso de los primeros programas de ajuste, la recesión y los recortes del gasto público desaceleraron el ritmo de las mejoras en las condiciones de salud.

Los países en desarrollo fueron los primeros que comenzaron a enfrentar los problemas del aumento de los costos de sistemas de salud, posteriormente los países desarrollados. Siendo ésta uno de los factores sociales cuya adecuada atención es indispensable para un equilibrado desarrollo socioeconómico del país. El FMI, en el segundo lustro del decenio de los 80 comenzó a examinar las posibles consecuencias y las posibles medidas de ajuste a la situación socioeconómica en general de los países miembros, e identificar la forma de fortalecer la red de protección social para sistemas de seguridad social en particular.

En 1993 FMI, en su informe sobre el desarrollo económico mundial resume en cuatro puntos los problemas existentes en la seguridad social:

Asignación equivocada de los recursos. Se gastan los fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, En algunos países, un solo hospital docente puede llegar a absorber el 20% o más del presupuesto del ministerio de salud, a pesar de que casi todos los servicios eficaces en función de los costos se presentan mejor en establecimientos de nivel más bajo.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial primera edición junio 1993. p 4

Desigualdad. Los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad. El gasto público en salud beneficia en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales estatales de nivel terciario y subvenciones de los seguros médicos privados y públicos.<sup>15</sup>

Ineficiencia, gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados, y las camas del hospital están subutilizadas.

Explosión de los costos. En algunos países en desarrollo de ingreso mediano, los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mucha más rapidez que los ingresos. El número cada vez mayor de doctores en medicina general y especialistas, la disponibilidad de nuevas tecnologías médicas y la difusión de los seguros médicos que sigue el sistema de pago de honorarios por servicios prestados se combinan para generar una demanda creciente de análisis, procedimientos y tratamientos costosos.<sup>16</sup>

Asimismo, propone cambios para las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud en los países en desarrollo, con el fin de lograr los máximos resultados sociales con los recursos fiscales disponibles que contribuyan a promover el equilibrio macroeconómico. En resumen esta propuesta consta de cuatro puntos:

a) “Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares ser determinantes al mejorar la salud. Para el fortalecimiento de estas unidades es necesario que los gobiernos apoyen de la siguiente forma.”<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Banco Internacional de...Op cit. 6

<sup>16</sup> Banco Internacional de Op cit. 7

<sup>17</sup> Banco Internacional de.. Op cit. 8

- Adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres (incluidas, en los casos necesarios, las políticas de ajuste que preserven gastos de salud eficaces en función de los costos)
  - Aumento de las inversiones en educación, en particular para niñas
- Promoción de los derechos y la condición de las mujeres, habilitándolas política y económicamente, y proporcionándolas protección legal frente a abusos.

b) Mejorar el gasto público en salud. Para muchos gobiernos, la principal tarea es concentrar sus recursos y atención en compensar las deficiencias del mercado y financiar eficientemente servicios que beneficien en particular a los pobres.<sup>18</sup> Esta tarea se puede enfrentar imprimiendo a las políticas varias orientaciones, por ejemplo:

- Reducción del gasto público en establecimientos de nivel terciario, formación de especialistas e intervenciones que aportan escasa mejora a la salud en relación con los fondos gastados.
- Financiamiento y aplicación de un conjunto de medidas públicas encaminadas a hacer frente a las externalidades que acompañan a la lucha contra las enfermedades infecciosas, la prevención del SIDA, la conformación del medio ambiente y comportamiento (como conducir ebrio) que ponen a otros en peligro.
- Financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales de acuerdo a las condiciones epidemiológicas, las preferencias locales y el nivel de ingreso de cada país. Las políticas aplicadas por los servicios públicos se verán reflejadas en el mejoramiento de la salud de la sociedad.

---

<sup>18</sup> Banco Internacional de... Op cit 9

- Mejorar la gestión de los servicios de salud estatales, a través de medidas como descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios.

c) Promover la diversidad y la competencia. El financiamiento estatal de medidas de salud pública y de un conjunto de servicios clínicos esenciales definido a nivel nacional haría que el resto de la asistencia clínica se financiara privadamente o mediante seguros sociales. Los gobiernos pueden alentar la diversidad y la competencia en la prestación de los servicios de salud y en la esfera de los seguros mediante políticas que:<sup>19</sup>

- Alienten los seguros sociales o privado (con incentivos reglamentados para promover el acceso equitativo y contener los costos) para cubrir la asistencia clínica no abarcada por el conjunto de servicios esenciales.

- Alienten los seguros sociales o privados a competir en la prestación de servicios clínicos y en el suministro de insumos, como los medicamentos, a todos los servicios de salud.

- Generar y difundir información sobre el desempeño de los proveedores de los servicios, los equipos y medicamentos esenciales, los costos y la eficacia de las intervenciones, y sobre el nivel de acreditación de los establecimientos e instituciones que prestan los servicios.

A nivel mundial la seguridad social se encuentra inmersa en una crisis que coadyuva a aseverar los desequilibrios macroeconómicos. Lo anterior genera la implantación de programas de reestructuración de los sistemas de salud, de acuerdo a las características de cada país. En México, la situación no es diferente, por lo que en

---

<sup>19</sup> Banco Internacional de ....Op cit 11-12

las dos últimas décadas, los responsables de la seguridad social se han dado a la tarea de buscar solución a esta situación dentro de las cuales se encuentra la reestructuración de los servicios médicos en el IMSS.

### Capítulo III

#### El Instituto Mexicano del Seguro Social, objetivo , estructura y situación actual.

El presente capítulo se refiere al nacimiento del IMSS, como esta conformado, las prestaciones que otorga. Así como la problemática financiera que enfrenta desde las últimas dos décadas del siglo XX .

##### 3.1. Antecedentes del I.M.S.S.

La antesala que da origen al IMSS, se caracteriza por varios proyectos que contemplan la protección al trabajo, entre los que destacan el de: Yucatán en 1917 cuando promulga su Ley del Trabajo a iniciativa del General Alvarado, estableciendo el mutualismo.<sup>1</sup> En 1918 nuevamente trata la seguridad social.

En 1919 se formula un nuevo proyecto de Ley para el Distrito Federal, en el que proponía el establecimiento de cajas de ahorro para obtener fondos de ayuda para obreros casados.

El Estado de Puebla, en 1921 promulga su Código de Trabajo estableciendo en su artículo 221 que “los patrones podrían sustituir el pago de las indemnizaciones, de los accidentes y enfermedades profesionales, por el seguro contratando a sociedades legalmente constituidas y aceptadas por la sección del trabajo y previsión social.”<sup>2</sup>

Son varios los Estados que buscan en sus proyectos la protección de los trabajadores a través modificar sus leyes y de esta manera poder generalizarla en toda la República, pero es hasta 1925 cuando fue elaborado el proyecto de Ley Reglamentaria del artículo 123 de la Constitución, el cual determinó que los patrones

---

<sup>1</sup> IMMS, La Seguridad Social en México Op cit p 4

<sup>2</sup> IMSS, La Seguridad Social en México Op cit. p 5

deberían garantizar la atención médica y el pago de indemnizaciones por accidentes y enfermedades profesionales, dando lugar al primer proyecto de Ley del Seguro Social.

En 1929, La Constitución Política de México se modifica, con el fin de considerar de “utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, la cual comprendía seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades, accidentes y otros fines análogos.”<sup>3</sup> Dándole al Seguro Social el carácter de obligatorio.

La importancia de la legislación radica en que por primera vez reconoce la obligación de los empresarios frente a los trabajadores por los accidentes, enfermedades o muerte derivados del desempeño de su trabajo o como consecuencia de éste.

### 3.2. Nacimiento el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La aprobación de la Ley del Seguro Social se publicó y entró en vigor el 19 de enero de 1943, con la cual inició sus funciones formalmente el primero de enero de 1944 y con ella las funciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como instrumento básico para la realización de la seguridad social, con la finalidad de:

“...Garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para 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.”<sup>4</sup>

A partir de entonces y a lo largo de todo este tiempo, el instituto ha desempeñado un papel importante en la vida nacional en la medida que participa en la economía y

---

<sup>3</sup> IMSS, Nueva Ley del Seguro Social. Coordinación de Personal y Desarrollo. Dirección Administrativa, 1996 México p23

<sup>4</sup>Ley del Seguro Social Op cit p 1.



desarrollo social del país. Aunque en sus inicios fue difícil para la institución pues no contaba con la infraestructura suficiente para brindar los servicios médicos, en 1945 recurrió a la subrogación de servicios médicos concesionado a un grupo de médicos en Monterrey. Los resultados de esta primera subrogación de servicios médicos no fue la esperada por el Instituto, ya que las clínicas operaban con pérdidas y eran subutilizadas y desde el punto de vista social, los derechohabientes adscritos a aquellas unidades se sentían discriminados por el trato y atención que la iniciativa privada brindaba.<sup>5</sup> En 1953 nuevamente se recurrió a la subrogación a través de las Uniones Médicas ya que el IMSS necesitaba expandirse y no contaba con la infraestructura necesaria. Los costos de operación de estos organismo fueron muy elevados, a pesar del control que se pretendió establecer a través de los “departamentos autónomos de Extensión del Régimen del Seguros Social” y el de “Servicios Concesionarios”. En 1959 se intentó un nuevo tipo de control sobre el mecanismo de la subrogación. Finalmente se llega a la conclusión de que subrogar los servicios médicos se volvía conflictivo debido a:<sup>6</sup>

- Iba en contra de la filosofía de la seguridad social, uno de cuyos principios básicos era el de la proscripción del lucro
- Arrojava adeudos casi sin garantías reales que pesaban sobre las sociedades médicas del Seguro Social, desvirtuando los principios de bajos costos en materia de administración
- Establecía prestaciones sociales diferentes o discriminatorias tanto para los trabajadores directos del Instituto y los empleados de las sociedades médicas como para los asegurados y beneficiarios del Seguros Social.

Una vez que el IMSS normo y expandió su infraestructura inicio su desarrollo dando lugar a la estructura actual. La población derechohabiente desde entonces ha crecido, en 1980 se contaba con 24,125,307, en los 90 ascendía a los 38,575,140

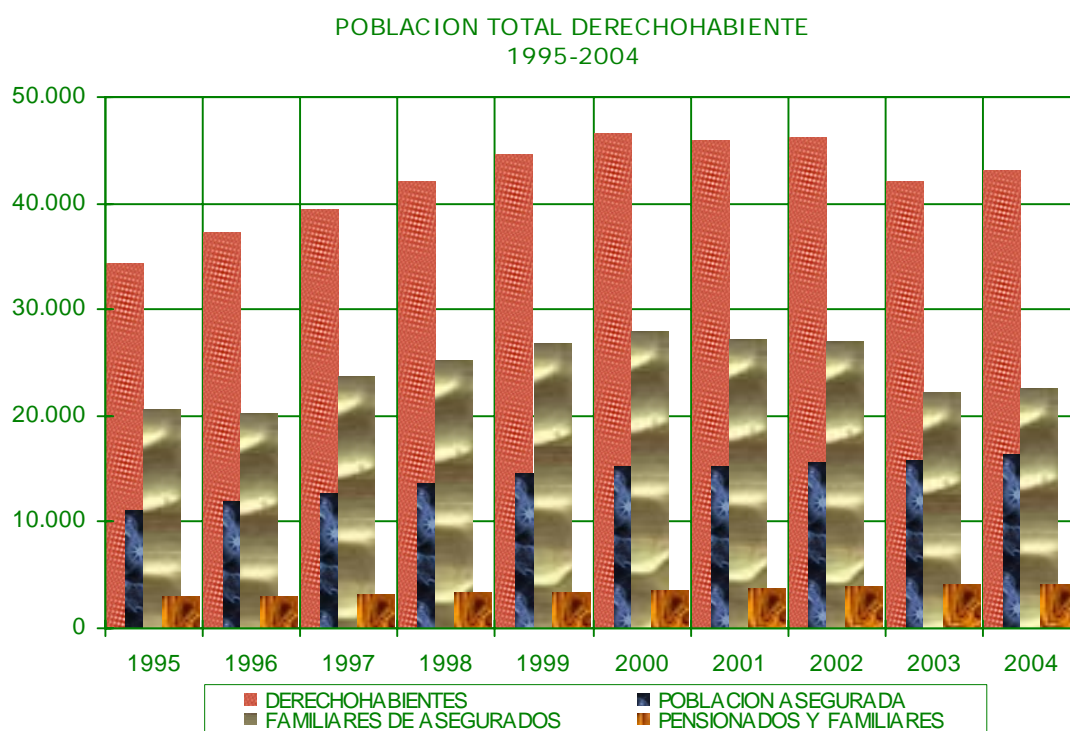
---

<sup>5</sup> Cárdenas de la Peña Enrique. Medicina Familiar en México. IMSS. México. 1974. p53-55

<sup>6</sup> Cárdenas de la Peña Enrique Op cict . p 57

asegurados y en el 2005 son 44,960,509 derechohabientes.<sup>7</sup> El promedio de ingresos de los afiliados a esta institución perciben oscila entre dos y tres salarios mínimos,<sup>8</sup> el cual corresponde en el 2005 a \$46.80 y en el 2006 de \$48.67, en 2007 corresponde a \$50.57<sup>9</sup>

Grafica 2



Fuente: [www.imss.gob.mx/Estadisticas](http://www.imss.gob.mx/Estadisticas)

### 3.3 Prestaciones Institucionales.

Los servicios que el IMSS brinda no se reducen al ámbito de pensiones y salud, también incluyen una variedad de prestaciones tales como la capacitación,

<sup>7</sup> [www.imss.gob.m.x](http://www.imss.gob.m.x) /estadisticas.

<sup>8</sup> La distribución de Asegurados Permanentes, en cada división del grupo W es sobre la base del número de veces el salario mínimo en el Distrito Federal, al 31 de diciembre de cada año. [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas)

<sup>9</sup> [www.imss.gob.mx/Coordinación de Afiliación al Régimen obligatorio](http://www.imss.gob.mx/Coordinación de Afiliación al Régimen obligatorio)

prestamos personales, servicios funerarios, tiendas, servicios turísticos y deportivos entre otros.

En cuanto a salud las prestaciones se dividen en especie y en dinero. Las primeras consisten en subsidios, pensiones, indemnizaciones, asignaciones familiares, ayudas asistenciales, aguinaldo, finiquitos a pensionados y ayudas para gastos de matrimonio y gastos de funeral. Las prestaciones en especie se conforman por la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, hospitalización, rehabilitación. Estas prestaciones se proporcionarán a través dos regímenes: obligatorio y voluntario:

El Régimen Voluntario, es aquel que se realiza por convenio con IMSS para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de Enfermedad y maternidad. Adicionalmente, este seguro se extiende a los familiares que vivan con el asegurado y dependan económicamente de éste<sup>10</sup>.

Además el Instituto podrá contratar seguros adicionales para satisfacer las prestaciones económicas pactadas con los contratos ley o en los contratos colectivos de trabajo que fueran superiores a las de la misma naturaleza que establece el régimen obligatorio del Seguro Social.<sup>11</sup>

El régimen obligatorio comprende a todas aquellas personas que se encuentran vinculadas a otras de manera permanente o eventual; por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón. Los miembros de sociedades cooperativas de producción. Y Las personas que determine el Ejecutivo Federal.<sup>12</sup> Dentro de este régimen se establecen cinco seguros: Riesgos de trabajo; Enfermedad y maternidad; Invalidez y Vida Retiro; cesantía en edad avanzada y vejez. En el cuadro 2 se resume a los cinco ramos de seguro y a quien esta dirigido.

---

<sup>10</sup> Ley del Seguro Social Op cit p 3.

<sup>11</sup> Los seguros que se cubrían con la Ley anterior a 1995 eran: Riesgos de Trabajo, enfermedad y maternidad;

<sup>12</sup> Ley del Seguro Social...Op cit 4

**Cuadro 2**  
**Seguros que cubre el IMSS**

Ramo de Seguro	Prestaciones en especie	En dinero
Riesgos de Trabajo (queda protegido únicamente el trabajador)	-Asistencia Médica, quirúrgica y farmacéutica -Servicio de Hospitalización -Aparatos de Prótesis y Ortopedia -Rehabilitación	Incapacidad correspondiente al 100% Pensión si se declara incapacidad parcial o permanente
Enfermedad y Maternidad, quedan amparados: el asegurado, el pensionado, la esposa del asegurado o pensionado, hijos, padre y madre del asegurado o pensionado	Asistencia médica, quirúrgica, y farmacéutica En caso de maternidad, si es asegurada obtendrá: ayuda por seis meses para lactancia y canastilla al nacer el hijo	La prestación en dinero para el caso de enfermedad es un subsidio del 60% del salario a partir del 4 día. En el caso de maternidad, el subsidio es del 100% del salario de cotización
Invalidez y Vida (Trabajador)	Asistencia médica, quirúrgica, y farmacéutica	Pensión, asignación a familiares
Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	Asistencia médica, quirúrgica, y farmacéutica	Tendrá derecho a pensión, de acuerdo a lo que prevea la Ley del Seguro Social.
Guardería y de las prestaciones sociales	Derecho a guardería a la mujer trabajadora o viudo o divorciado Prestaciones sociales: Estas prestaciones se otorgan de acuerdo a programas establecidos por la institución	

Fuente: elaboración propia, en base a la Nueva Ley del Seguro Social<sup>13</sup>

### 3.5 Recursos Institucionales

#### Financieros

La Legislación estipula el autofinanciamiento de la institución, por lo que:

“La organización y la administración del seguro social están a cargo de un organismo público descentralizado denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, con

<sup>13</sup> Nueva Ley del Seguro Op cit pp 55-82

personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual tiene el carácter de organismo fiscal autónomo, cuando así lo prevea la ley.”<sup>14</sup>

Lo que implica que las prestaciones que el IMSS otorga deben ser financiadas a través de la contribución tripartita de: Gobierno, Trabajadores y Patrones principalmente.

Otra fuente de ingresos se obtendrá de los intereses, realización de activos, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades y frutos de cualquier clase que produzca sus bienes. Las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan a su favor.<sup>15</sup> En el cuadro 3 se observa como están constituidas las aportaciones tripartitas en el periodo 2000-2004.

**Cuadro 3**  
**Ingresos del IMSS 2000-2004**  
**Miles de Pesos**

Ingresos	2000	2001	2002	2003	2004
Cuotas obrero patronales	89,189,151	97,328,510	104,172,823	108,883,925	121,364,768
Cuotas a cargo del estado	26,326,896	27,818,898	29,916,790	31,855,872	35,565,351
Otros	6,399,618	7,405,466	6,123,995	10,363,442	6,440,781
<b>Total de Ingresos</b>	<b>121,915,265</b>	<b>132,552,874</b>	<b>140,213,608</b>	<b>151,103,239</b>	<b>163,370,900</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Recursos Humanos. Evaluación Financiera, Balanza “H” 2000-2004

### Recursos humanos

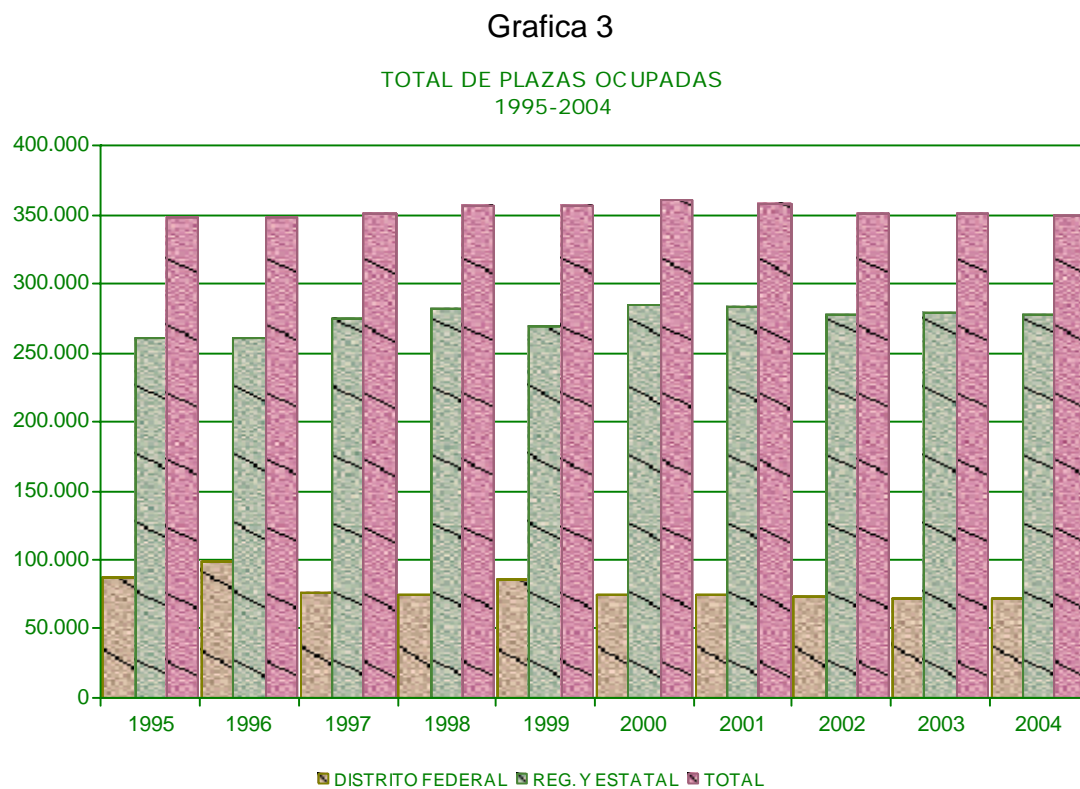
Los recursos humanos con que cuenta el instituto a la fecha corresponden 349, 622 mil trabajadores.<sup>16</sup> Distribuyéndose en el territorio nacional de la siguiente manera: 73% corresponde a delegaciones foráneas, 23% en Delegaciones del D.F. y Oficinas

<sup>14</sup> Nueva Ley del Op cit. 26

<sup>15</sup> Nueva Ley del Op cit 49

<sup>16</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas) Coordinación de personal, División de previsión y Control del Gasto de Personal.

Centrales les corresponde el 3%. La gráfica 3 muestra el comportamiento de plazas ocupadas en el periodo 1995-2004.



Fuente: [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas)

## Instalaciones Físicas

Con respecto a las instalaciones físicas, el instituto cuenta con:<sup>17</sup>

- Unidades médicas régimen ordinario de 1er. 2º y 3er nivel de atención
- Unidades médicas IMSS-Solidaridad
- Unidades no médicas: Guarderías, Centros de Seguridad Social, Teatros,

<sup>17</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas/instalaciones](http://www.imss.gob.mx/estadisticas/instalaciones) físicas.

- Velatorios, Tiendas, Centros vacacionales, Unidades habitacionales, Almacenes, Oficinas administrativas.

Las unidades de primer nivel corresponden a las unidades de medicina familiar y unidades auxiliares, orientadas fundamentalmente a la prevención de enfermedades y a la atención de los problemas más comunes de salud que no requieren el uso de tecnología compleja ni de hospitalización. Resuelven al rededor del 85 por ciento de los problemas de salud. Esta organizada en base a la cobertura poblacional consistente en ubicar a 2,400 derechohabientes por cada médico familiar<sup>18</sup>.

De este modo, la unidad de medicina familiar se integra como la responsable de la atención médica ambulatoria y domiciliaria, donde se otorga consulta externa y odontológica, detección temprana de padecimientos crónicos degenerativos, planificación familiar y primeros auxilios, todo esto dentro un marco de educación para la salud, que incluye también medidas de medicina preventiva. En la actualidad el IMSS cuenta con 1,508 unidades de medicina familiar.<sup>19</sup> Estas unidades médicas son diversas; algunas son solamente unidades de medicina familiar, otras tiene hospitalización y otras más están adyacentes a hospitales generales de zona o subzona.

El 2do. nivel de atención comprende a los hospitales generales de zona (H.G.Z.) o regionales (HGR), con o sin medicina familiar, que atiende a derechohabientes remitidos por medicina familiar de acuerdo con la regionalización de los mismos, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación con recursos hospitalarios, acorde a la complejidad de su padecimiento. En estas unidades hospitalarias se proporcionan las cuatro especialidades básicas: pediatría, gineco-

---

<sup>18</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas) en salud

<sup>19</sup> [www.imss.gob. mx./estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas)

obstetricia, Medicina Interna, y Cirugía General.<sup>20</sup> Aproximadamente el 12% de la demanda corresponde a este nivel.<sup>21</sup>

El Hospital general de zona cumple además con el servicio de urgencias las 24 horas del día durante los 7 días de la semana en las cuatro especialidades señaladas y de una de siete sub-especialidades que históricamente han demostrado ser las de mayor demanda (Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Cardiología, Dermatología y Cirugía Pediátrica). La existencia de estas unidades permite resolver problemas más complejos, generados por el mayor número de población que concentra. El IMSS cuenta actualmente 225 hospitales Generales de Zona y subzona.<sup>22</sup>

Los hospitales de alta especialidad o tercer nivel, atiende padecimientos complejos y poco frecuentes, además de utilizar tecnología sofisticada. También sirve de apoyo a la investigación biomédica y sus aplicaciones. La atención terciaria se ubica en algunas ciudades donde ha sido necesario y factible establecer estos servicios, en Centros Médicos o en Hospitales de Especialidad que funcionan como unidades de concentración. En resumen y como se muestra en el cuadro 3, en 2005 el instituto contaba con:

Cuadro 4  
Unidades Médicas de régimen ordinario

Unidades de primer nivel	1508
Unidades de segundo nivel	225
Unidades de tercer nivel	38
Total	1,771

Fuente: Datos tomados de la Dirección de Prestaciones Médicas  
1996-2005

<sup>20</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas)

<sup>21</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas)

<sup>22</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas)



### 3.4 El IMSS en el contexto internacional

Las relaciones del Instituto en el ámbito internacional, se encuentran formalmente reguladas desde el año de 1960,<sup>23</sup> fecha en que por Acuerdo Presidencial se dispuso que el Director General tendría la representación de la seguridad social nacional en las relaciones internacionales.

Las actividades del IMSS en materia internacional, abarcan tanto aspectos bilaterales como multilaterales

#### Bilaterales

El IMSS ha establecido relaciones interinstitucionales con organismos de seguridad social, principalmente del Continente Americano. A través de estos instrumentos internacionales se lleva a cabo un sinnúmero de proyectos de cooperación que comprenden asistencia técnica, atención médica, capacitación de personal, así como intercambio cultural e informativo.

El IMSS participa en forma activa en las reuniones de la Comisión Mixta de Cooperación Científico-Técnica, así como Culturales y Educativas, que lleva a cabo la Secretaría de Relaciones Exteriores, presentando o aceptando, según sea el caso, propuestas relacionadas con aspectos de seguridad social

#### Multilaterales

También mantiene relaciones, con organismos internacionales propios de seguridad social, como la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), así como con diversos organismos internacionales no especializados en la materia, tales como la

---

<sup>23</sup> IMSS, Instituto Mexicano del Seguro social. Op cit p 79-80

Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) constituida en Santiago de Chile en el año de 1942 tiene en México la sede de dos de sus órganos: La Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), órgano que instrumenta y da seguimiento a los mandatos establecidos por los países miembros en las reuniones de Asamblea General y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano especializado de la Conferencia en la formación y Capacitación de los recursos humanos para la seguridad social de la región.

### 3.4 Situación actual del I.M.S.S

En la década de los 80, el país atravesaba por una crisis económica difícil. A partir de entonces el sector público comenzó a reestructurar sus políticas económicas para volverlas más austeras, optimizar lo existente y encontrar una salida a este conflicto económico.

Esta crisis económica pone en evidencia los problemas financieros y estructurales en los que se encontraba seguridad social en general y el IMSS en particular en ese entonces. Por tal motivo el Instituto tuvo que ajustarse a las nuevas circunstancias, lo cual implicó que emprendiera una serie de medidas de austeridad y cambios importantes en los 90 y lo que va del siglo XXI.

Previo a los cambios y reformas a la Ley del Seguro Social, el instituto realiza un diagnóstico,<sup>24</sup> en el cual identificó dos grandes problemas: el financiero y de estructura, generados por varias causas entre las que sobresalen:

---

<sup>24</sup> IMSS Proyecto de Reforma del IMSS, 1998, anexo 3 p 2

## Financieros

Estos son generados principalmente por dos seguros que el instituto otorga:

- Seguro de Enfermedad y maternidad. (SEM)

Seguro de Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM), ahora de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez: RCV, y de Invalidez y Vida. Así como por la aplicación de este régimen en el personal del Instituto, derivadas de su Contrato de Trabajo.

Seguro de Enfermedad y maternidad.

- El financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), ha enfrentado una insuficiencia financiera desde su origen. Al ser creado este ramo en 1943, su cuota fue calculada sólo para dar protección al trabajador, sin embargo, desde el principio se protegió a los familiares directos, generándose así su desfinanciamiento. Por esta razón, desde hace 5 décadas, los remanentes del seguro de Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM) fueron dedicados a subsanar dicho déficit.<sup>25</sup> De igual forma, desde 1973, el SEM también ha sido financiado con recursos provenientes del ramo de Guarderías, lo que ha limitado considerablemente su capacidad de inversión y actualización en equipo médico y hospitalario.

Entre los factores que han contribuido al desfinanciamiento de este ramo, es que a pesar de que las cuotas se han modificado (29 La cuota inicial fue de 6%, aumentó a 8% en 1948, y en 1959 en 9%, después de 30 años, en 1989, se elevó a 12% y en julio de 1993 a 12.5% de los salarios base de cotización<sup>26</sup> ) se han incorporado al IMSS diversos grupos como: trabajadores estacionales del campo, miembros de sociedades locales de crédito ejidal, tabacaleros, cafeticultores, billetteros de lotería, por mencionar algunos, ninguno de los cuales cuenta con bases que los haga

---

<sup>25</sup> Ley del Seguro Social Op cit p 8

<sup>26</sup> IMSS, Proyecto de Reforma Op cit p29

autofinanciables.<sup>27</sup> Aunado al problema que tiene este seguro, se presenta el cambio demográfico, ya que la población, envejecerá de manera significativa. De acuerdo a proyección realizada por el INEGI,<sup>28</sup> se deduce que para 2025 habrá aproximadamente el doble de personas mayores de 65 años. Lo que implica, que los costos de la atención médica se incrementarán, ya que la atención de los padecimientos crónicos degenerativos son más costoso.

Otro problema en este ramo, se da con la participación de la mujer en el Mercado de Trabajo, la cual se ha incrementado notablemente, lo que trae como consecuencia: menor natalidad, debido a una mayor permanencia de las mujeres en el mercado laboral, y por tanto, la tasa de fecundidad disminuirá para ubicarse en aproximadamente 1.7 nacidos vivos por mujer.<sup>29</sup> Incrementándose la demanda de guarderías, que rebasa la capacidad instalada de la institución.

En cuanto al régimen IVCM, en el corto y largo plazo genera carga financiera a la institución importante, ya que en las últimas fechas la solicitud de pensiones y jubilaciones se ha incrementado, de tal manera que el número de trabajadores activos en relación a los pensionados aumentará. De acuerdo al INEGI la esperanza de vida es de 73 años, lo que implica que los pensionados vivirán más tiempo y el costo de atención médica se incrementará.<sup>30</sup>

- En cuanto a las jubilaciones generadas con el personal del Instituto, la proyección que el IMSS realiza establece que la población activa y jubilados en la Institución para el 2010 habrá 2,0 trabajadores activos por cada pensionado y en el 2020 serán 1.3. Cada año el número de trabajadores

---

<sup>27</sup> IMSS, Proyecto de Reforma Op cit p29

<sup>28</sup> [www.inegi.gob.mx/demografia](http://www.inegi.gob.mx/demografia)

<sup>29</sup> [www.inegi.gob.mx/demografia](http://www.inegi.gob.mx/demografia)

<sup>30</sup> [www.inegi.gob.mx/demografia](http://www.inegi.gob.mx/demografia)

jubilados aumentará en relación al número de trabajadores en activo, por lo que menos trabajadores activos tendrán que financiar a más pensionados.<sup>31</sup>

Lo anterior se deriva del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) del IMSS, ya que a diferencia de más del 95 % de los planes de pensiones en México, no establece edad mínima de retiro; las mujeres se pueden jubilar después de 27 años de servicios, y los hombres después de 28. En promedio los trabajadores IMSS se jubilan a los 53 años de edad, mientras que la Ley del Seguro Social establece 65 años como edad de retiro.<sup>32</sup> Lo que significa que estos futuros jubilados vivirán más tiempo y demandarán más servicios médicos coadyuvando al desfinanciamiento del Instituto y una parte medular que la propia Institución ha contemplado en su reestructuración y que paulatinamente tratará de modificar en cada revisión contractual.

## Estructurales

Aunado a los problemas financieros, se encuentran los conflictos estructurales dentro de los cuales se han detectados los costos elevados de atención en los servicios de atención médica, administrativos como la centralización, y en la instalación de equipo obsoleto.<sup>33</sup>

### Atención médica

En el aspecto médico, el instituto ha afrontado dificultades para cubrir los costos en la atención médica debido a las transiciones demográficas y epidemiológicas. El envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y la reducción de crecimiento de la población joven. Al mismo tiempo, han llevado aparejado el predominio de enfermedades crónico degenerativas propias de la edad adulta cuya atención resulta mucho más costosa y prolongada.

---

<sup>31</sup> [www.imss.gob.mx/transparencia](http://www.imss.gob.mx/transparencia)

<sup>32</sup> [www.imss.gob.mx/documentos](http://www.imss.gob.mx/documentos) normativos

<sup>33</sup> IMSS, Proyecto de reforma Op cit p 20

Además de los factores demográficos, los gastos generados en el sistema, tienen su origen en el primer nivel de atención y se debe a causas no justificadas, entre ellas están tanto la escasa capacidad resolutoria de los médicos, ausencia de controles efectivos que implican largas esperas para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las unidades, falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas, tanto de los trabajadores como de las empresas, respecto a la asignación y pago de incapacidades.<sup>34</sup>

La automatización es aún incipiente y el personal médico dedica una parte importante de su tiempo a labores no sustantivas, como son las de mecanografía, manejo de documentación y otras, restando tiempo a la atención directa del paciente.<sup>35</sup>

“Desde el punto de vista administrativo, la planta directiva de las unidades está bien formada en asuntos médicos, pero muestra bajo nivel de capacidad en materia de efectividad gerencial y administración, con la consiguiente imposibilidad de hacer mejor uso de los recursos disponibles (personal, fondos, tecnología etc), debido al bajo nivel de decisión en estos asuntos y a que su alcance, en general, es la aplicación de la norma establecida.”<sup>36</sup>

“En cuanto a la expedición de incapacidades laborales, existe una ausencia de controles, al respecto impide cuantificar el monto de recursos que se fugan por esta vía, pero el número de quejas permite suponer que es muy significativo.”<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit 22-28

<sup>35</sup> IMSS Proyecto de Op cit 29

<sup>36</sup> IMSS Proyecto Op cit. Anexo 1

<sup>37</sup> IMSS Proyecto Op cit. Anexo 4

“Otro de los instrumentos que incide sobre los costos del sistema se refiere al escaso control y abuso de expedición de recetas y órdenes de estudios de laboratorio y radiológicos. Lo que repercute tanto en el gasto institucional como en el grado de satisfacción de los usuarios, porque ello entorpece la acción eficiente de las farmacias y áreas auxiliares de diagnóstico.”<sup>38</sup>

En algunas áreas donde existe UMF con Hospital se da una derivación indiscriminada de pacientes, lo que ocasiona filas de espera saturando la estructura del hospital, así como descontento.<sup>39</sup> Hay saturación en áreas de urgencias, así como el diferimiento de consulta de especialidades y de intervenciones quirúrgicas.

En resumen los problemas generados en el primer nivel, tiene como consecuencia costos elevados en el segundo y tercer nivel.

#### Administrativos

El problema administrativo se refleja en la escasa capacidad de planeación y administración de los propios recursos de la Institución. Esto repercute tanto en el gasto institucional como en el grado de satisfacción de los usuarios. En adición, ha de señalarse que la planta directiva de las unidades está bien formada en asuntos médicos, pero muestra bajo nivel de capacidad en materia de efectividad gerencial y administración, con la consiguiente imposibilidad de hacer mejor uso de los recursos disponibles (personal, fondos, tecnología etc), debido al bajo nivel de decisión en estos asuntos y a que su alcance, en general, es la aplicación de la norma establecida

Además de no existir competencia interna ni externa lo que incide a una productividad baja, tanto de los médicos como de la gestión hospitalaria, aunado a

---

<sup>38</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit. Anexo 4

<sup>39</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit. 21

un alto burocratismo, determinado en gran medida por la fuerza que tiene el sindicato en el instituto.<sup>40</sup>

### Instalación de equipo

La obsolescencia del equipo biomédico que se utiliza es otro factor que incide en los altos costos de la institución, ya que genera 1) insuficiencia presupuestal para resolver los problemas que representan la obsolescencia y el deterioro de los equipos en operación 2) No existen programas anuales para la adquisición de bienes de inversión que responda a las necesidades del IMSS, 3) la acumulación de requerimientos durante años, con probable duplicación por falta de una respuesta adecuada y 4) la triangulación en la autorización de solicitudes de requerimientos y los métodos manuales que utilizan para el registro de la adquisición de los recursos<sup>41</sup>

También la gestión de mantenimiento de equipo, por su diseño de organización, se hace muy lenta, especialmente entre más se aleja de nivel central normativo. El personal de mantenimiento de equipo médico de los hospitales tiene bajo nivel de especialización: no es adecuado el nivel de almacenamiento de refacciones críticas y su gestión de compra es muy lenta.<sup>42</sup>

Esta situación se agudizó en la década de los 70's, cuando por falta de recursos no se renovó el instrumental y equipo, generándose un rezago que hasta la fecha no se supera completamente.

Lo descrito anteriormente, surgen propuestas que responda a las necesidades actuales de salud de los derechohabientes, anticipándose a los cambios en materia de servicios de salud en México. Para ello, el Instituto ha implementado reformas a la Ley del Seguro Social y una planeación a largo plazo en el aspecto de estructura

---

<sup>40</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 13 p 1

<sup>41</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 20 p 1

<sup>42</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 13 p7



médica que anticipe resultados positivos para la Institución Aunado a los problemas financieros, los conflictos estructurales detectados se encuentran en los servicios de atención médica, administrativos, y en las instalaciones de equipo. Tema en el cual entraremos en el siguiente capítulo.

## CAPITULO IV

### Comportamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social ante un contexto de reestructuración

Como se menciona en el capítulo anterior, la crisis económica de los 80's, dejó al descubierto los problemas financieros y estructurales del IMSS, Después de un diagnóstico elaborado por la Institución, realiza modificación a la Ley del Seguro Social, plantea y pone en marcha una reestructuración de atención médica que permita continuar con los objetivos sociales impuestos desde el nacimiento de la Institución.

#### 4.1 Modernización del IMSS

A partir de la década de los 90's, el IMSS se encuentra inmerso en una reestructuración, cuyo fin es el de otorgar a los derechohabientes servicios médicos de calidad optimizando sus recursos. En este proceso de cambio se han identificado modificaciones como; la descentralización administrativa, la modificación a la Ley del Seguro Social, y el proyecto médico financiero. Este último "es un programa de reforma que implica cambios importantes en el ámbito administrativo y en el área médica; dentro de la que se plantea, entre otras cosas, equipar las unidades médicas de los tres niveles de atención con equipo tecnológico de mayor nivel de resolución, así como de insumos básicos necesarios para mantener un nivel óptimo de atención, permitiendo también que el cuerpo administrativo de cada unidad planteé sus propias necesidades y que dentro de las políticas de normatividad, pueda gestionar parte de sus insumos."<sup>1</sup> Es por eso que también se proyecta que los directivos cuenten con asesoría externa que les permita adquirir conocimientos para administrar adecuadamente las unidades operativas que estén a su cargo e incrementen los niveles de eficiencia en la gestión de los recursos, así como la calidad en la prestación de los servicios para la satisfacción de los usuarios

---

<sup>1</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit p 43

#### 4.1.1 Desconcentración de los procesos administrativos.

La desconcentración administrativa es un proceso que se ha llevado a cabo desde finales de los 80's, y consiste en la regionalización del sistema, sin embargo es hasta 1990 cuando el IMSS conformo 7 estructuras regionales, como una instancia intermedia entre las oficinas normativas centrales y delegacionales. En 1997 esta regionalización estaba definida por un conjunto de 1 a 3 hospitales con sus clínicas respectivas en una zona geográfica determinada, dividiéndose en todo el país en 139 zonas.<sup>2</sup> Asimismo inicio la desconcentración del presupuesto, dando a la vez las zonas médicas la facultad de realizar ajustes entre las diferentes partidas presupuestales del asignado (con ciertas limitantes, por ejemplo no pueden incrementar su nivel de gasto en el capítulo de recursos humanos).

Sin embargo, el IMSS contempla el estudio del concepto de zona médica con el fin de evaluar si la división de estas 139 zonas médicas en un futuro cuenta con un presupuesto autónomo y la posibilidad de competir entre ellas por la adscripción de derechohabientes.<sup>3</sup>

#### 4.1.2. Nuevo Sistema de Pensiones

El sistema de pensiones que venía ejerciendo hasta mediados de los 90, originaron un creciente déficit financiero en el IMSS, debido al aumento de la dependencia cotizante-pensionado, a la transición demográfica, epidemiológica y al incremento de esperanza de vida entre otros factores; Consecuentemente el Instituto busco alternativas que dieran una respuesta a su problema financiero.

Una de las primeros intentos para aliviar este déficit, el 1º de mayo de 1992 se implemento el Sistema de Ahorro para el Retiro como seguro complementario a las

---

<sup>2</sup>

<sup>3</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 3 p 4

pensiones otorgadas por el IMSS, en el cual el patrón debe abrir para cada trabajador una cuenta individual en el banco de su preferencia.<sup>4</sup>

Este esquema funciono hasta 1995 cuando fue aprobada la reforma a la Ley del Seguro Social. En este nuevo modelo los recursos destinados a pensionados ya no se concentran en un fondo colectivo de reparto, sino que los trabajadores fueron adscritos a cuentas de capitalización individual, además los recursos del SAR fueron puestos bajo el control de los bancos.

#### 4.1.3 Reforma a la Ley del Seguro Social.

Otra modificación que el Instituto emprende es la Reforma a la Ley del Seguro Social que entra en vigor partir del 1º de julio de 1997, en el que reorienta los mecanismos hasta entonces vigentes, la cual persigue tres objetivos:<sup>5</sup>

- Evitar el colapso financiero de la institución y garantizar una mejor atención y una mayor cobertura manteniendo los principios de universalidad y solidaridad de la seguridad social.
- Obtener mayores recursos fiscales, resolver inequidades en el proceso de reparto y ampliar la capacidad de adaptación al cambio demográfico, epidemiológico y socioeconómico del país.
- Trascender al ámbito de la protección para apoyar el crecimiento económico y la generación del empleo.

Como se observa esta reestructuración para el Instituto es muy importante, pues le permitirá subsanar parte de su problema financiero en el corto plazo y poder hacer

---

<sup>4</sup> El Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) está regulado por las leyes de la seguridad social que prevén que las aportaciones de los trabajadores, patrones y del Estado sean manejados a través de Cuentas Individuales propiedad de los Trabajadores, con el fin de acumular saldos, mismos que se aplicarán para fines de previsión social o para la obtención de pensiones o como complemento de éstas. [www.consar.gob.mx](http://www.consar.gob.mx). Conoce los SAR

<sup>5</sup> [www.imss.gob.mx/documentos\\_normativos](http://www.imss.gob.mx/documentos_normativos)

frente a esta problemática en el largo plazo, además de que serán los bancos quienes administren los recursos financieros derivados de este ramo de seguro.

#### 4.2 Programa de reestructuración en unidades médicas

Paralelamente a la Reforma de la Ley del Seguro Social, El Instituto busca alternativas al problema estructural, que en conjunto con la nueva legislación logre aliviar en gran parte la crisis en la que se encuentra sumergido.

Este programa tiene el propósito de ampliar la cobertura y la competencia en el otorgamiento de servicios médicos de tal manera que los servicios que proporciona deberán mejorar su calidad, optimizando los costos de éstos<sup>6</sup>. Para llevar a cabo estos propósitos, el IMSS implementará, una serie de transformaciones, entre las que destaca: el equipamiento de las unidades médicas de los tres niveles de atención con equipo tecnológico de mayor nivel de resolución, así como de insumos básicos necesarios para mantener un nivel óptimo de atención. De esta manera, buscaría generar un ahorro en los gastos de operación en las siguientes vertientes.<sup>7</sup>

Al fortalecer la capacidad resolutoria de las Unidades Médicas sobre todo en las de primer nivel, evitando incurrir en la referencia y contrarreferencia de pacientes de clínicas de Medicina Familiar a los Hospitales Generales de Zona, por la imposibilidad de diagnóstico y tratamiento oportuno.

Otro factor de ahorro se obtendría en la disminución del alto costo de operación en el que incurre actualmente el instituto, en el rubro de conservación y mantenimiento, el cual podría disminuir significativamente al contar con equipo médico nuevo, los gastos de mantenimiento serían casi nulos el primer año por la garantía mínima de

---

<sup>6</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 12 p 1

<sup>7</sup> IMSS Proyecto de Reforma, Op cit anexo 13 p 2

un año del equipo, y en años subsecuentes serían menores a los actuales ya que estos estarán en mejores condiciones de operación

- En cuanto a la modernización hospitalaria, al contar el instituto con equipo y tecnología de punta, los costos de operación se verían reducidos substancialmente al implementar, por ejemplo, programas de cirugía ambulatoria, ya que esta metodología es ideal para algunos procedimientos quirúrgicos. Así mismo, el nuevo modelo de atención contempla la atención domiciliaria de pacientes crónicos, lo cual implica también un ahorro significativo de recursos.<sup>8</sup>

Para logra lo anterior el Instituto propuso un nuevo modelo a largo plazo “que asocie los recursos financieros y permitan la recuperación a través de la competitividad en el mercado. Este programa consta de dos subproyectos: a) Medico-financiero de ajustes y b) de Asistencia técnica .”<sup>9</sup>

En el primero se contemplan:

- Políticas Financieras
- Cambios Estructurales y
- Fortalecimiento de las Unidades Médicas

Los dos primeros están orientados a desarrollar mecanismos innovadores de presupuestación y políticas acordes con el entorno macroeconómico del país. El tercero, se refiere al fortalecimiento de las unidades médicas, con el cual se financiara equipo, mobiliario, instrumental médico y consumibles asociados a ellos. “La finalidad de este sub-proyecto en general será la de incrementar los actuales niveles de productividad de los servicios de salud, racionalizar los costos de operación y mantenimiento y ofrecer servicios de salud en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios en condiciones eficacia y

---

<sup>8</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 20 p 3

<sup>9</sup> IMSS Reforma de proyecto, Op cit, p37

eficiencia, y de esta manera estimular la competitividad de los servicios de salud en el mercado.”<sup>10</sup>

El Subproyecto de Apoyo Técnico se divide en:

#### Apoyo Técnico: Capacitación

Este subproyecto tendrá el fin de facilitar las actividades operacionales del Subproyecto Médico-Financiero, el cual consistirá en el financiamiento de estudios de apoyo, consultorías de soporte en materia de capacitación gerencial, control de procesos, auditorías así como asignación de recursos para la creación de plazas. En resumen, el programa de modernización del IMSS contempla:<sup>11</sup>:

- Una separación entre el financiamiento y la provisión de servicios
- La desconcentración de la responsabilidad desde el centro hacia el nivel en donde la gestión pueda responder adecuadamente a las necesidades de los consumidores
- La remoción de la burocracia innecesaria con el fin de incrementar la eficiencia.
- Fortalecer la capacidad de gestión en el punto de provisión de servicios
- Capacitación y desarrollo de un mercado interno para asegurar que los fondos sigan al paciente
- Introducción gradual de competencia, entre los proveedores de servicios de salud dentro y fuera del IMSS
- Actitud más responsable hacia los pacientes, y mayor calidad en la provisión de servicios.
- Flexibilidad para permitir:

Programas pilotos de nuevos modelos de financiamiento para la provisión de servicios

Fortalecimientos de la reforma a través del tiempo y

---

<sup>10</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 20 p 5

<sup>11</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 4

Cambios basados en las estructuras existentes.

En adición al programa se desarrollo un sistema de clasificación de pacientes (Grupos Relacionados de Diagnóstico, o GRD's<sup>12</sup>) como mecanismos de gestión clínica y de apego).

Este sistema busca incorporar esquemas de contratación de servicios entre los diferentes niveles de organización, por lo que la Institución tendrá que desarrollar modelos de contratos entre las zonas médicas y los hospitales de especialidad.

Estrategias para financiar la modernización.

Para poner en marcha estas reformas, el Instituto contempla el financiamiento a través de crédito externo, como el Banco Mundial, ya que “este organismo es un promotor del desarrollo económico y social, vincula la asistencia técnica con aportaciones monetarias para inversiones sustentables y cambios estructurales, como los que plantea el IMSS<sup>13</sup>” Asimismo se busca la participación gubernamental como intermediario en este planteamiento. De esta forma se fortalecerá la capacidad resolutive de las Unidades Médicas y la incorporación de éstas como proveedoras de servicios en un mercado comprometido. Como un mecanismo de control, el instituto propone la creación de un organismo administrativo que denominara “Unidad

---

<sup>12</sup> Los GRD, El sistema GRD emplea códigos de diagnóstico del ICD-9.CM (modificación Clínica de ICD-9) y a partir de octubre de 2001, ICD-10-CM. Las siglas ICD representan las palabras en inglés International Classification of Diseases. En Español son las clasificaciones CIE9 y CIE 10, respectivamente. Y conociste en un sistema de agrupación de enfermedades diseñado en Estados Unidos para los programas de seguro médico Medicare y Medicaid. El sistema se basa en un sistema de agrupación de enfermedades. En base al diagnóstico principal se constituyen 25 categorías del Diagnóstico Mayor, que a su vez se dividen en médicas y quirúrgicas con sus respectivas variables administrativas: edad, circunstancia de alta, complicaciones y comorbilidades. Este sistema permite hacer comparaciones de funcionamiento y complejidad entre servicios médicos y hospitales. También permiten desarrollar indicadores (stándares) ajustados por complejidad, funcionamiento, productividad y costos en un ámbito de patologías médicas, servicios, hospital, Delegación, Región. Con este enfoque se podrá describir, monitorizarlas y compararlas (Benchmarking) Jesús Rios. Notas de Grupos Relacionados de Diagnóstico para el Diplomado Economía de la Salud. Universidad del Valle de México. México 2005.

<sup>13</sup> IMSS Proyecto de Reforma. El IMSS solicita 700 millones de dólares Americanos para el financiamiento de este proyecto del cual 594.70 se destinan al proyecto Médico Financiero 594.70 al de Asistenta Técnica. Op cit p



Coordinadora del Proyecto,”<sup>14</sup> que planeé y controle las acciones que se han propuesto en el nuevo modelo de salud.

Es importante mencionar que el IMSS reconoce que no cuenta con profesionales capacitados en el ámbito del proyecto, por tal motivo, establecerá un programa de capacitación dirigido a un grupo de expertos en áreas de planeación, administración, control financiero y/o en planeación e instrumentación de proyectos de crédito externo, bajo las indicaciones y normas que establece el instituto y las autoridades de la coordinación de quien dependan en la estructura del IMSS.

El Instituto también prevé que es “indispensable que la infraestructura en equipo sea suficiente y de calidad para garantizar la competencia orientados a la satisfacción de las necesidades y demandas de los usuarios de estos servicios, se constituya un Fondo de Amortización que garantice a largo plazo el reemplazo de equipo.”<sup>15</sup> La conformación del Fondo se basa en que el instituto invertirá un porcentaje del costo del equipo que adquiera como fondo de reserva que se vaya incrementando gradualmente, de forma tal que al término de la vida útil de éste, se cuente con recursos suficientes para su reposición.<sup>16</sup>

En este proceso de reforma, la institución prevé obstáculos, al respecto dice: “Las principales limitantes del proyecto están asociadas al cambio sectorial que pudiera tomar decisiones globales de reorientación de recursos afectando la programación de servicios y desconcentración que le son propios al IMSS.....Sin embargo, el propio diseño y estrategias de ejecución del proyecto reducen el efecto de este riesgo ya que se generan controles en la operación y planeación institucional, tanto en inversiones como en los procesos de gestión”<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> IMMS Proyecto de Reforma Op cit p 40

<sup>15</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit anexo 20 p. 4

<sup>16</sup> IMSS Poryecto de Reforma Op cit anexo 22

<sup>17</sup> IMSS Proyecto de Reforma Op cit p 6

### 4.3 Nuevos modelos en la atención médica

En el contexto de modernización en la atención médica, se identificaron tres modelos, uno de ellos en el primer nivel (continúa como proyecto), en el segundo se implementa Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, y en tercer nivel se instituyen las UMAE (Unidades Médicas de Alta Especialidad). En adición a esta reestructuración se observó que las Unidades Médicas de los tres niveles se dotaron con equipo de cómputo.

#### 4.3.1 Modelo de Medicina Familiar

El Modelo propuesto en Medicina Familiar es presentado en 1998 y tiene el objetivo “de ofrecer servicios médicos de calidad a través de actividades preventivas, curativas y rehabilitatorias con capacidad resolutoria eficiente y oportuna; que no solo beneficie a los derechohabientes, sino también se logre una progresiva competencia nacional e internacional.”<sup>18</sup>

Para lograr los objetivos planteados, los directivos del primer nivel contemplan dentro de las estrategias a seguir:<sup>19</sup>

Proporcionar una atención, integral, oportuna, efectiva intra y extramuros, bajo diferentes esquemas de oferta de servicios (consulta externa, urgencias, atención a domicilio, programada y no programada y a través de orientación médica telefónica

El funcionamiento organizacional de las Unidades de medicina de familia, bajo las premisas de: Atención Integral a la Salud, Elevada Capacidad Resolutoria, Atención Médica Continua, Elección Libre del Médico por el Asegurado e Incentivos al desempeño.

---

<sup>18</sup> IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas, Modelo de Medicina de Familia, Febrero, 1988. p 6

<sup>19</sup> IMSS, Dirección de Op cit p9-10

El reordenamiento del personal de salud, integrados por módulos de diversas categorías y en función de los recursos físicos y materiales existentes.

Incorporación de un programa de incentivos al desempeño laboral de tipo individual, grupal y corporativo, que recompense específicamente la actividad profesional y técnico de todo el personal de la unidad.

El desarrollo profesional y técnico de todo el personal de la unidad a través de acciones de educación continua y la creación de un ambiente académico

La realización y participación en actividades de investigación operativa, que sea utilizada como insumo para mejorar los procesos de atención a la salud en la unidad de medicina familiar.

En adición, en septiembre de 1992 surge otro proyecto denominado “Medicina Familiar Siglo XXI que integra el proceso de atención al apoyo de modernos equipos de cómputo, que tienen como fin agilizar los trámites administrativos. El plan es implementado en etapa piloto en enero de 1993<sup>20</sup>

La implementación de equipo de cómputo tiene como fin proporcionar un mejor conocimiento del crecimiento real de la población adscrita a la unidad. El control adecuado de pases a unidades médicas hospitalarias, agilizar la interconsulta y derivación de pacientes que requieren de un segundo o tercer nivel de atención médica; hace posible precisar la morbilidad por médico, por módulo y por unidad, lo que facilita establecer indicadores y estadísticas comparativas del impacto de las acciones médicas en la salud de la población; también refleja estadísticas de estudios de radiodiagnóstico y laboratorio para determinar servicios y niveles óptimos de medicamentos.

---

<sup>20</sup> IMSS Programa de Medicina Familiar Siglo XXI (Documento de trabajo). Noviembre 2001p15

Además, permitirá al derechohabiente solicitar por vía telefónica su cita médica. Así integra una agenda automática para el control de las citas, esto permitirá que el paciente pueda llegar a la hora en que el médico lo va a recibir y se evita que se derivado a otros consultorios. Lo anterior generará un ahorro importante en ahorro de horas-hombre en trabajo, recursos y tiempos de traslado, así como la descongestión de las salas de espera en las unidades. De igual manera se eliminarán archivos manuales de las formas de tarjetas de adscripción a clínicas y a médico familiar; al introducir en el programa: Integral de Derechos y Obligaciones (SINDO) y de Información Médico Operativo (SIMO).

Este programa inicialmente se manejo en las clínicas 10, 3 y 40 de las delegaciones 4,2, y 1 del D.F. respectivamente y con la intención de ratificar su funcionamiento en las unidades; 22 de la Delegación 2 del Distrito Federal, en las 7, 30 y 35 de Nuevo León, así como en Michoacán, Jalisco y Sinaloa. A finales del 2006 se implanta el sistema en el Distrito Federal, en los tres niveles de atención.

También es importante mencionar que aunado a la introducción de equipos de cómputo, hacen su aparición, Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).<sup>21</sup>

#### 4.3.2 Unidades Médicas de atención ambulatoria (UMAA)

En el Segundo nivel se incorpora las Unidades médicas de atención ambulatoria (UMAA). Esta modalidad inicio en 1998 en la Ciudad de Zacatecas, en la actualidad se cuentan con 7 más unidades de esta índole.<sup>22</sup>

Estas unidades permitirán reducir el diferimiento quirúrgico, proporcionar atención mayor oportunidad a menores costos de operación y contar con mayor disponibilidad de camas en los hospitales generales para situaciones más complejas.

---

<sup>21</sup> [www.imss.gob.mx/estadisticas](http://www.imss.gob.mx/estadisticas). Este indicador se refleja a partir del 2002

<sup>22</sup> [www.imiss.gob.mx/capitulo](http://www.imiss.gob.mx/capitulo) IX Situación de las instalaciones y equipo

### 4.3.3 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES)

Como una estrategia de desconcentración administrativa, surge en enero de 2004 Las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), “Tienen su fundamento las reformas y adiciones al Reglamento de Organización Interna publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de junio de 2003.”<sup>23</sup>

Entre las atribuciones del director de la UMAES, enumeradas en el artículo 151B de dicho reglamento, destacan dos apartados: El numeral IV y el XVI. El primero apunta: “Otorgar los permisos de uso de espacios disponibles en las áreas de las UMAES, conforme a los lineamientos expedidos por el Consejo Técnico y, en su caso, suscribirlos.”<sup>24</sup>

El numeral XVI—que agrega importantes modificaciones a la estructura del IMSS, en el que señala que el director de la UMAES podrá “llevar a cabo los procedimientos de contratación que tengan por objeto la adquisición, arrendamiento y prestación de servicios, así como de obra pública y servicios relacionados con la misma, en los términos de la legislación, disposiciones reglamentarias y administrativas aplicables.”<sup>25</sup>

Esta unidades se convierten en unidades administrativas constituidas por una o varias unidades médicas, con un órgano de gobierno propio. La finalidad que persigue es la de otorgar servicios de atención de patologías de alta complejidad con altos estándares de calidad y eficiencia. Cuenta con un programa de mejora continua. Contribuye al desarrollo del conocimiento a través de la investigación científica. La conformación de estas unidades, en la actualidad existen 9 UMAES en el Distrito Federal, 4 en el Estado de México, cuatro en Monterrey Nuevo León, una en Torreón

---

<sup>23</sup> [www.imss.gob.mx/capituloIX](http://www.imss.gob.mx/capituloIX) Situación.

<sup>24</sup> [www.imss.gob.mx/IMSS/IMMS-SITIOS/IMSS-06/Institución/DPF/me](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMMS-SITIOS/IMSS-06/Institución/DPF/me)

<sup>25</sup> [www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS.SITIOS/](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS.SITIOS/).

Coahuila, dos en Puebla, 2 en Guanajuato, una en Veracruz, una en Sonora y Yucatán.<sup>26</sup>

Como vemos los cambios proyectados contemplan la renovación del equipo médico, equipo de cómputo, descentralización administrativa en los tres niveles de atención médica. Sin embargo es en el primer nivel en la que recae el mayor peso de la misión del IMSS. En el tercer nivel se un cambio sustancial al llevarse a cabo la desconcentración administrativa - presupuestal. ya que estas Unidades manejaran sus propios recursos financieros.

---

<sup>26</sup> [www.imss.gob.mx/Umaes](http://www.imss.gob.mx/Umaes)

## Conclusiones

El IMSS como herramienta para la realización de la seguridad social juega un papel importante en la economía del país, no solo por la cobertura de la población que ampara, sino también por la misión que tiene de conservar y mejorar al máximo el índice de salud de los trabajadores, lo cual constituye un factor para elevar la productividad y con ésta el crecimiento y desarrollo económico del país. Así mismo, coadyuva a mantener la estabilidad social.

Es por ello que el IMSS adquiere una importante presencia, sin embargo, enfrenta una situación financiera y de estructura crítica que inicia en la década de los 80, repercutiendo en una mala administración de los recursos y una deficiencia en los servicios que brinda. De acuerdo al diagnóstico realizado por la Institución, este conflicto se debe a la mala planeación administrativa, al seguro de enfermedad y maternidad, así como a los cambios demográficos y epidemiológicos que repercuten tanto en el ramo de Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM) (ahora de Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez RCV) como en la atención médica a los derechohabientes.

En realidad existe un serio problema financiero en la Institución, sin embargo habría que agregar la crisis económica que caracterizó al país desde los ochenta y con ella el inicio a la política neoliberal en busca de superar los desequilibrios financieros en el país. Esta situación económica también contribuye en gran medida al desfinanciamiento del IMSS, ya que se genera desempleo, pérdida del poder adquisitivo, por lo tanto menos cotizantes pero una mayor demanda de los servicios médicos, incrementando en los costos de los servicios que la institución brinda. Aunado a esto el gobierno baja su participación en el IMSS del 12% al 5% después de los 80's. También debe estar presente los programas que el Estado implementa, programas de Planificación Familiar a todo el público, otorga cobertura solidaria de salud a campesino e indígenas; todo cargado al presupuesto institucional.

Sin duda es urgente una reestructuración, sin embargo es indispensable observar hacia donde se dirige o bien quienes resultan beneficiados, y hasta que grado el Estado continuará contribuyendo con el IMSS.

Bien, este proceso de cambios contempla tres aspectos: el primero ya es una realidad: La Reforma a la Ley del Seguro Social de 1997, en la que sustancialmente se modifica el seguro de IVCM. El segundo la reestructuración administrativa y por último el proyecto médico financiero, el cual se aplica paulatinamente desde principios del siglo XXI.

En el primer caso, la reestructuración nos permite ver la participación de empresas privadas al modificarse la Ley del Seguro Social, en donde el ramo de RCV es administrado por los bancos. Al respecto surge una pregunta ¿Porqué la administración de este seguro recae en la iniciativa privada? Acaso este ramo de seguro no contribuía a subsanar el déficit del ramo de enfermedad y maternidad y permitió a la Institución a seguir otorgando atención médica a sus afiliados a pesar de la situación difícil en la que se encontraba. En el capítulo tres y de acuerdo a las memorias estadísticas institucionales en los ochenta la población adscrita correspondía a 24,125, 307 derechohabientes, para los 90 ascendía a los 35,575,140 de afiliados, en el 2005 rebasa los 40 millones, lo que indica que a pesar de la problemas financiera existente los población derechohabiente se incremento y por tanto la importancia del seguro de IVCM al apoyar el déficit que generaba el ramo de Enfermedad y Maternidad. ¿Por qué los bancos no tomaron la administración del seguro de enfermedad y maternidad o bien el de riesgo de trabajo para salvar a la institución de la banca rota? Es claro, solo hay que recordar (como lo vimos en el capítulo I) que para el sector privado la ganancia es su principal objetivo y no va adquirir negocios que no le generen ganancias; lo que confirma que este ramo de seguro es rentable, dejando al Instituto los demás ramos de seguro que complican la situación financiera y por tanto la existencia del Instituto y más de la mitad de sus derechohabientes.



En la reestructuración médico-administrativo las causas ya fueron mencionadas en el capítulo 3 de este ensayo. Las reformas que se pretenden son ambiciosas que de llevarse a cabo elevaran la calidad de los servicios médicos. Como lo indica el proyecto bajarían los costos de sus servicios en el largo plazo, dándole viabilidad a la institución y atención de calidad y eficiencia a sus afiliados. El problema surge en la forma de financiar esta modernización; crédito externo, competencia entre las unidades médicas y externas, subrogación de servicios y pagos realizados por los servicios prestados a usuarios externos.

En el caso del crédito externo, es inevitable el financiamiento para llevar a cabo el programa de reestructuración en el ámbito médico, sin embargo no se desconoce que cuando se recurre a al financiamiento con alguna Institución de crédito ya sea externo o interno (en este caso con el Banco Mundial), éste se condiciona o bien debe cumplir ciertos requisitos. Por ejemplo en el capítulo 2, apartado 2.4 el Banco Mundial en el Informe sobre el Desarrollo Económico Mundial, en torno a la Seguridad Social sugiere entre otros aspectos; que sean las Unidades de Medicina Familiar las responsables de solucionar los problemas de salud de la población, se estimule la competencia entre las unidades médicas y servicios médicos privados. De acuerdo con el Banco Mundial, éste permitiría elevar la calidad de los servicios médicos, reducir costos y por tanto contribuir al desarrollo económico de un país.

Estas sugerencias son retomadas por la institución en la reestructuración de los servicios médicos que otorga el IMSS, dentro de los objetivos se considera lograr que las unidades médicas compitan entre ellas mismas que estimule la calidad de los servicios, subrogar algunos servicios y que sean las Unidades de Medicina Familiar las encargadas de resolver los problemas de salud de los Derechohabiente.

De hecho Medicina Familiar tiene el fin de dar atención integral a la familia, disminuir la referencia a otros niveles de atención y en términos generales brindar atención con calidad y calidez. Sin embargo los cambios en este nivel de atención en lo que va de

de este siglo solo se ha dotado de equipo de cómputo que facilita relativamente el control de derechohabientes y patronos. De igual manera el segundo nivel continúa en la misma situación.

Son las Unidades de tercer nivel (ahora UMAES) en donde realmente se pone en marcha cambios administrativos trascendentales para los asegurados, pues se preparan para ofrecer sus servicios. Como lo vimos en el capítulo 4, la administración de estas unidades será propia por lo que podrán realizar procedimientos de contratación que tengan por objeto la adquisición, arrendamiento y prestación de servicios.

Es claro que el costo de estas unidades es alto, principal motivo para que las unidades de Medicina Familiar disminuyan las referencias, por lo que se deduce que para llegar a estos lugares privilegiados solo llegarán los que cotizan probablemente más de cuatro salarios mínimos y los usuarios externos con alto poder adquisitivo, mientras los que ganan dos salarios mínimos tendrán que llenar una serie de requisitos que les lleve hasta meses para poder llegar a este nivel de atención.

Si los ingresos medios de los trabajadores que cotizan en el seguro social oscila entre dos y tres salarios mínimos (el salario mínimo para el D.F. en el 2007 es de \$51.67) es evidente que las Unidades de Medicina Familiar se quedaran con la población más pobre, con los ancianos o de la tercera edad, pues sus ingresos no les permitirá aspirar a un segundo o tercer nivel. De esta manera, el proceso de modernización en la atención médica significa desprotección para aquellos trabajadores con bajos recursos y el alejamiento de la filosofía de la seguridad social.

La subrogación de servicios es otro elemento en contra de los más pobres, basta recordar que en los inicios del Seguro Social recurre a la subrogación de servicios para poder cumplir su compromiso de asistencia médica. Los resultados obtenidos en las tres ocasiones que lo intento le generaron altos costos desvirtuando los

principios de bajos costos en cuanto a la administración, y sobre todo iba en contra de la filosofía de la seguridad social, además de existir discriminación para los trabajadores del seguro social.

Con respecto a la competencia entre las unidades generará fallos de información, pues los médicos al competir entre ellos podrían recurrir a prácticas desleales para poder ganar clientes, ya que los usuarios no tendrán la información suficiente para evaluar si el personal que le atiende es en realidad un buen profesional de la salud.

Es importante mencionar como despegan las UMAES para dar lugar a la Reestructuración: Las primeras inversiones se dan en el área administrativa con altos niveles gerenciales, contratación de asesores externos, capacitación entre los altos mandos, etc. Mientras la plantilla de personal médico y paramédico permanece intacta, cuando es importante invertir en la materia prima (médicos, enfermeras, equipo médico, medicamentos etc.) ya que esta institución va a ofrecer servicios médicos y son éstos los primeros en los que se debe invertir para poder ganar confianza entre los usuarios y por tanto orientarse hacia esta Institución.

Otro problema que enfrenta el IMSS está relacionado con el Contrato Colectivo de Trabajo que sí bien beneficia a los trabajadores no todos ellos están concientes de lo benéfico que resulta ser agremiado del SNTSS, por lo que abusan de las bondades contribuyen a incrementar los problemas del instituto al incurrir en faltas injustificadas, incapacidades, licencias etc. ya que el ausentismo generado provoca sobrecargas de trabajo y una mala atención a los derechohabientes. Por este motivo el Sindicato tiene la tarea de buscar mecanismos que le permitan un mayor control sobre sus agremiados y de esta manera poder ganar la confianza y simpatía de la población.

En resumen vemos que realmente no hay un interés por parte del gobierno en incrementar su participación en esta Institución y sí de permitir a la iniciativa privada

su ingerencia en el IMSS, un ejemplo más se plasma en el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, en lo relacionado a la política social, el Presidente Vicente Fox dice “ El Instituto Mexicano del Seguro Social está logrando su autonomía financiera.” Además es en esta Institución donde se gestaron las reformas en el régimen de jubilaciones y pensiones para ser posteriormente adoptadas por otras Instituciones como el ISSSTE y más tarde por la Seguridad Social en General.

## Recomendaciones

En primer lugar y como lo sugiere el Banco Mundial el Estado debe lograr un crecimiento económico en el país, de tal manera que genere empleos remunerados que permita que los ingresos de los trabajadores sea suficiente para elevar su bienestar social, ya que esto coadyuvaría a incrementar los ingresos en el Seguro Social, pues para la institución es fundamental contar con más cotizantes.

No debe alejarse de las premisas que establece la seguridad social, por lo que la solución a los problemas financieros del IMSS debe tener una participación más dinámica por parte del Estado.

Qué las Unidades de Medicina Familiar lleven a cabo sus objetivos para lo que fue creada “atención personalizada e integral de la familia” haciendo énfasis en la medicina preventiva. Esto aunado a la modernización de tecnología de punta y estímulo al personal médico y paramédico. Lo anterior realmente permitiría bajar el índice de referencia a unidades de segundo y tercer nivel.

El Estado debe ser promotor de la medicina preventiva a través de los medios de comunicación y hacer real los objetivos de ésta.

Se debe incrementar las plazas de Médicos y Enfermería. Debe establecer intervalos mayores en la atención a pacientes, ya que en la actualidad se establecen 5 minutos por cada paciente, cuando en realidad el tiempo para la atención oscilan entre los diez y 15 minutos.

Se debe revisar la plantilla administrativa con el fin de detectar personal calificado para el desarrollo de actividades sustanciales y no sub-utilizarlo, ya que en ocasiones la institución otorga becas para el desarrollo profesional de sus trabajadores y al final no aprovecha estos recursos, lo que implica gastos infructuosos.

Ejercer el presupuesto con transparencia, eficiencia, rendición de cuentas claras y oportunas, evitando la desviación de recursos.

Disminuir los sueldos de los altos funcionarios, lo que contribuiría a incrementar los recursos financieros en el Instituto e invertir en la materia prima como son personal médico y paramédico. En el personal administrativo debe evaluar junto con el Sindicato si el personal escalafonario realmente tiene los conocimientos para realizar las actividades que se le encomienden.

El Estado en conjunto con el Sindicato Nacional del Seguro Social deben concienciar a los trabajadores del Instituto para realizar sus actividades con responsabilidad. A comprometerse con la sociedad en general para que los servicios que se otorguen sean de calidad y dignifique a la Institución.

## Bibliografía

Ayala Espino José.- Economía del sector público mexicano. Ed Esfinge. México,D.F. 2005 pp 23-73;141-162,493-562

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Informe sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial Estados Unidos de América, junio 1993 p 1- 15

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2006. Gómez Hdes Editores, México 2001.pp 6-7; 46-53; 100-109

De-Young-Chuy. La tarea de amparar a la población: las redes de protección social en la fase de transición. Revista trimestral del FMI y el Banco Mundial. Volumen 30 No. 2 junio de 1992 pp 24-27

García Cruz Miguel, La seguridad social, bases, evolución, importancia económica social y política. Ed. México, 1955 p 223

George Kopits. La Seguridad Social y la política fiscal en las economías de transición. Publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial. Volumen 30 No. 2, junio de 1992. pp 33-49

Hernán San Martín: Administración en salud pública. Ed. Científicas de la Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 6ª edición. P 9-29, 101 156

Hernán San Martín Salud y Enfermedad. Ediciones científicas de la Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 1988 pag. 803-851

IMSS, El proceso de Mejora de la Medicina Familiar.(documento de trabajo). Dirección de Prestaciones Médicas .México, Noviembre 2001. pp 25

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1943-1983: 40 años de historia. México, IMSS. Secretaría General. Jefatura de Publicaciones.

IMSS. Manual de Organización de las Unidades de Medicina Familiar. Dirección General de Prestaciones Médicas. México, D.F. Noviembre 1996.

IMSS. Modelo de Medicina de Familia. Dirección de Prestaciones Médicas. México, D.F. febrero 1988 pp 95

IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas. Modelo de Medicina Familiar, elementos conceptuales. IMSS Febrero 1998. pp.3-22

IMSS, Presente, Pasado y Futuro. Dirección de Prestaciones Médicas .México, 1999. pp pp189

IMSS. Proyecto de Reforma. México, D.F. enero 1998. pp 65 y 23 anexos.

Ley del Seguro Social y su reglamento. Ed. Delma. México, D.F. Pág. Pp 1-114  
Nueva Ley del Seguro Social

López Martínez Gabriela “Reesturación y Modernización del IMSS en el marco de la Reforma a la Seguridad Social 1980-2002”. Tesis 2005 pp

López Merlos Emilia. “El Impacto del crecimiento de la población en la seguridad social, el caso del IMSS”. Tesis 2005. PP 108

Meza Lago Carmelo. La Crisis de la Seguridad Social y la atención de la salud F.C.E. 1985 pp

Moreno Santos Ricardo, Notas Técnicas. Subdirección General de Prestaciones Sociales IMSS. 1991 pp35

Musgrave R.P Hacienda Publica y Teoría Aplicada. Ed. Mc.Graw Hill. Pp 21-52

Rios Martínez Jesús. Notas para el Diplomado en Economía de la Salud: GRDS. Universidad del Valle de México. 2005.



Stiglitz, Joseph. La Economía del Sector Público; 2ª Ed. Antonio Bosh

Varios autores: La práctica jurídica-Administrativa. La Nueva Ley del Seguro Social. Revista Laboral No. 40, Año IV 1996. varios autores pag

[www.inegi.gob.mx./demografía](http://www.inegi.gob.mx./demografía)

[www.constitución.gob.mx./indexphp?art](http://www.constitución.gob.mx./indexphp?art)

[www.consar.gob.mx.Conocer](http://www.consar.gob.mx.Conocer) los SAR

[www/imss.gob.mx./documentos](http://www/imss.gob.mx./documentos) normativos.

[www./imss.gob.mx/memorias](http://www./imss.gob.mx/memorias) estadísticas

[www./gob.mx/Plan](http://www./gob.mx/Plan) Nacional de Desarrollo 2002

[www.imss.gob.mx/IMSS/IMMS-SITIOS/IMSS-06/Institución/DPF/me](http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMMS-SITIOS/IMSS-06/Institución/DPF/me)

[www.trabajos.cm/12/elorigest/elorigest.shtmlluz](http://www.trabajos.cm/12/elorigest/elorigest.shtmlluz)

[www.imss.gob.mx./transparencia./IX](http://www.imss.gob.mx./transparencia./IX) Situación de las instalaciones y equipo

[www.imss.gob.mx./UMAES](http://www.imss.gob.mx./UMAES)