

29  
32

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA ADECUACION SOCIAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
DEL I.S.S.S.T.E. RESPECTO A SUS DERECHOHABIENTES

T E S I S

Profesional que para optar

al Título de:

Licenciado en Sociología

s u s t e n t a

Alfredo Landa Solís.



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.

## I N D I C E

	Pág.
PRESENTACION .....	1
INTRODUCCION .....	3
ANALISIS SOCIOLOGICO .....	5
 CAPITULO I      LOS SERVICIOS MEDICOS DENTRO DEL MARCO DE SEGURIDAD SOCIAL .....	 19
1. Elementos de la seguridad social ....	19
2. La seguridad en el desarrollo social.	26
A) Funciones de la seguridad social..	31
B) Teorías sobre la seguridad social.	33
C) Clases de seguridad social .....	35
D) Políticas en la seguridad social..	37
 CAPITULO II     ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO .....	 40
A) Epoca pre-cortesiana o prehispánica..	40
B) Epoca colonial .....	41
C) Desde la época independiente hasta Porfirio Díaz .....	44
D) Desde la revolución hasta nuestros días .....	47
 CAPITULO III    LA SEGURIDAD SOCIAL INSTITUCIONALIZADA..	 51
I. Estructura del servicio médico auxiliar .....	51

	Pág.
1. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) .....	51
A) Cuándo fue creada .....	51
B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo .....	52
C) Funciones que desempeña actualmente .....	53
D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días ...	56
2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) .....	56
A) Cuándo fue creado .....	56
B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo .....	59
C) Funciones que desempeña actualmente .....	60
D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días ...	67
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) .....	70
A) Cuándo fue creado .....	70
B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo .....	70
C) Funciones que desempeña actualmente .....	71
D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días ...	72
4. Tipos de asistencia médico social ...	76
A) Privados .....	76
B) Públicos .....	77
C) De seguridad social .....	78

CAPITULO IV ORGANIZACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL ISSSTE EN EL MARCO DE LA - SEGURIDAD SOCIAL .....	81
--	----

1. Estructura del personal que imparte el servicio médico y administrativo en el ISSSTE .....	81
A) Organización integral del personal administrativo .....	81
B) Organización del servicio médico..	84
a) Clínicas de medicina general (primer nivel) .....	85
b) Clínicas de especialidades (segundo nivel) .....	87
c) Clínicas de hospitalización (tercer nivel) .....	88

CAPITULO V	INVESTIGACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO - (ISSSTE) A LOS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE ESTUDIO "ARAGON" .....	91
1. Antecedentes .....	91	
2. Estructura organizativa de la clínica .....	93	
A) Organización administrativa de la clínica de estudio .....	93	
B) Organización de los servicios médicos de la clínica de estudio ...	98	
3. Aplicación de encuestas .....	100	
A) A Directivos .....	101	
B) A Médicos .....	102	
C) A Derechohabientes .....	104	
D) Conclusión de encuestas .....	106	

CAPITULO VI	LAS POLITICAS SOCIOLOGICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL .....	111
A) Políticas de aplicación para los servicios médicos .....	114	

	Pág.
B) Políticas de aplicación al derecho- habiente .....	115
RECOMENDACIONES .....	118
CONCLUSIONES .....	121
BIBLIOGRAFIA .....	124
ANEXOS	

## PRESENTACION

El presente trabajo es una investigación empírica social-basada en la experiencia de personas (autorizadas) para realizarla, así como para encontrar las posibles soluciones y aportaciones a la problemática social de "La adecuación social de los Servicios Médicos del ISSSTE, respecto a sus derechohabientes".

En nuestro país, el desarrollo de la Seguridad Social nos ha llevado a la Etapa en que el mejoramiento de los Servicios Médicos que prestan las Instituciones de Seguridad Social deben estar fundamentados en su adecuación social a la atención médica que brinda a sus afiliados. Conocer qué piensa el derechohabiente en las diferentes clínicas del área metropolitana de diferente categoría y condiciones socioeconómicas y culturales sobre la imagen que tiene el Instituto, sobre los problemas de la atención médica en cuanto a oportunidad, interés médico por ellos, la comodidad de los servicios, la atención y trato que tiene el personal para con ello, el conocimiento de los derechos y prestaciones que otorga, sus expectativas, etc. Estos y algunos planteamientos más, son los que motivaron en mí un profundo interés por adentrarme en la problemática y descubrir su explicación sociológica dentro del marco de la seguridad social en general.

Es alarmante conocer cómo en algunas instituciones de se-

guridad social no se cumple con las funciones para las cuales fueron creadas, pues es bien sabido que en nuestro país, los trabajadores tienen derecho a recibir prestaciones de seguridad social por parte de sus patrones.

Tuve la oportunidad de laborar en una clínica de primer nivel -Clínica Aragón- correspondiente al ISSSTE, en el desempeño de mi trabajo, donde pude percatarme de las anomalías que se presentaban en el desempeño de las funciones de administración de servicios, por lo tanto el estar en contacto directo con el ambiente, me permitió adentrarme para tratar de dar alternativas a la problemática planteada.

La presentación de este trabajo es la culminación de los esfuerzos realizados en la investigación que pretende dar algunas pautas de acción para la solución de la inadecuación de los servicios médicos del ISSSTE a sus derechohabientes.



## INTRODUCCION

Dentro del ámbito de la teoría sociológica, al hombre se le considera como un ser biopsicosocial, donde satisfacerse, - ya sea en un plano personal o dentro del contexto social.

Esto es, se propone intentar un Concepto de Adecuación -- (del latín adaequare: de ad, a y aequare igualar) Tr. Propor-- cionar, acumular, apropiar un caso a otro- es decir, apropiar-- la atención médica, en sus valores científicos y tecnológicos, a las necesidades sociales y a las características individua-- les y colectivas, personales y ambientales, de la población de rechonabiente.

La alta organización social que la sociedad ha plasmado - en su sistema de vida, ha considerado este punto como básico - en su desarrollo, donde las necesidades del orden salud son -- prioritarias para el equilibrio social y el desarrollo del sis tema.

México, considerado dentro de los lineamientos de la teo-- ría funcionalista, es un sistema social que busca un equili-- brio en base a los subsistemas institucionales, siendo el - -- ISSSTE uno de los pilares del gran sistema de acción ya que -- ofrece una red de servicios que tienen como meta el bienestar-- y seguridad social del trabajador estatal y de su familia. Es to no obedece a un requerimiento funcional del sistema, sino a un reconocimiento del valor social del hombre, que al ver sa--

tisfechas sus necesidades básicas, su grado de interacción y conjunto de acciones con arreglo afines, serán en referencia al funcionamiento del sistema, que por otra parte, al ver que sus unidades básicas cumplen el rol asignado, amplía su red de servicios para una acción más general en el contexto general.

Pero si todo esto es lo básico, lo disfuncional, que se puede convertir en funcional si el sistema implementa acción inmediata, es que esa red muchas veces no llega al cometido -- trazado, la inexistencia de una atención integral al hombre -- viene determinando errores en la estructura interna del sistema, quizás por expectativas de rol complementarias inadecuadas o políticas de salud sin planificación alguna.

El ISSSTE como Institución no está cumpliendo su rol institucional, la falta de un programa de atención familiar, seguimiento de caso clínico, o implementación de laboratorios -- funcionales, ha determinado una conjugación de factores que varía la conducta del trabajador frente a la Institución, donde ya no la ve como algo complementario en su red de acción, sino como rémora de su accionar cotidiano y una carga económica en su nómina salarial; nos toca pues desmitificar el por qué de este comportamiento disfuncional y a qué obedece este tratamiento de la Institución pura con el trabajador, donde lo que interesa sociológicamente es integrar: hombre, familia, Institución y sistema social general.

## ANALISIS SOCIOLOGICO

Dentro del esquema estructural del Sistema Social Mexicano, analizamos el subsistema institucional encargado de la salud, partiendo para ello del marco de referencia de la acción, donde el análisis de las pautas de orientación de valor del -- subsistema, mecanismos motivacionales del proceso social y aún-- las implicaciones de las pautas culturales determinarán el cauce de la investigación social.

Desde el punto de vista parsoniano,<sup>1/</sup> se concibe que la -- "práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la -- salud del individuo, es decir, la enfermedad. Se ha insistido tradicionalmente en el tratamiento o la terapia, o lo que es -- igual, en el tratamiento de casos que han alcanzado un estado-- patológico intentando restaurarlos en la salud o normalidad, -- básicamente haciendo énfasis en la Medicina Preventiva, contro-- lando las condiciones, factores y elementos que producen la en-- fermedad antes de que esta se presente. El problema de la sa-- lúd en una sociedad se encuentra íntimamente implicado en los -- prerrequisitos funcionales del sistema social. La salud se en-- cuentra entre las necesidades funcionales del miembro indivi-- dual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto -- de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel gene-- ral demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de en--

---

1/ Parsons, Talcott. El Sistema Social. Biblioteca. Revista de Occidente. Madrid 1976, p. 35.

fermedad) es disfuncional. Esto se debe a que la enfermedad - incapacita al individuo para realizar eficazmente los roles so ciales que por su situación le corresponden. Se podría dar el caso de que las enfermedades fueran totalmente incontrolables - por la acción social como una condición dada independientemente de la vida social, pero en la medida en que ésta es controlable, mediante una acción racional, técnica, o de otra manera, es claro que hay un interés funcional de la sociedad en su con trol, o sea, reducir al mínimo la enfermedad.

La enfermedad dentro del sistema social en que nos encontramos, se encuentra inbuída en un ancho campo de acción, en - el que no sólo se encuentran las enfermedades como un fenómeno puramente natural, como algo que tiene que suceder porque sí, - sino que dentro de este campo se encuentra todo el proceso vital del individuo, desde su nacimiento, en el que una madre de be ser atendida durante su embarazo, que no constituye una enfermedad, pero si un tratamiento que requiere servicios médi-cos para lograr superarlo, la crianza de un niño, el cuidado y atenciones que requiere para su entrenamiento y socialización, está integrado dentro del sector salud. El individuo a través de su proceso de crecimiento y desarrollo está expuesto a una serie de condiciones que le pueden propiciar situaciones que - si bien no son del orden de las enfermedades naturales, si están incluidas dentro de ese orden, como son las heridas, accidentes, golpes, etc., situaciones que se presentan con más fre

cuencia en una ciudad de grandes proporciones como es la de México.

El hecho de que la relevancia de la enfermedad no se re--  
duzca al aspecto no-motivado puramente situacional de la ac--  
ción social aumenta enormemente su significación para el sistema  
social. La enfermedad no es simplemente un peligro externo  
ante el que hay que estar preparado, sino que es una parte in--  
tegral que sirve como equilibrio social del sistema. La enfermedad  
puede ser considerada como un modo de respuesta a las --  
presiones sociales, entre otras cosas, como un modo de eludir--  
responsabilidades sociales, esto desde el punto de vista psicológico,  
reflejado en el aspecto biológico, pero tiene de hecho  
significación funcional positiva.

Por lo anterior, la enfermedad es un estado de perturba--  
ción en el funcionamiento "normal" del individuo humano total,  
comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y  
el estado de sus ajustamientos personal-social, de donde pode--  
mos deducir que la enfermedad tiene un carácter biológico y social.

La práctica médica, según se ha visto, es un mecanismo --  
dentro del sistema social para enfrentarse con las enfermeda--  
des de sus miembros. Esta práctica implica una relación espe--  
cializada con ciertos aspectos de la tradición cultural gene--  
ral de la sociedad moderna, organizada en base a la aplicación  
del conocimiento científico a los problemas de la enfermedad y

a preservar la salud. El control de la salud y el tratamiento de las enfermedades debe ser considerado como problemático y - no como algo dado por sabido o de sentido común. La evidencia empírica comparativa es abrumadora acerca de que la enfermedad ha sido interpretada sobre bases sobrenaturales, habiéndose -- considerado el tratamiento mágico como el método apropiado para enfrentarse con ellas. Por ello, no es de sorprender que - en una sociedad donde la medicina científica se encuentra muy institucionalizada, las orientaciones populares hacia el problema de la salud no se reduzcan en modo alguno al nivel científico, por la falta de acceso a esta institucionalización, -- haciendo proliferar los remedios caseros, cultos religiosos, - aparición de pseudomédicos y curanderos milagrosos; de ahí la importancia del rol del médico dentro del sistema social y sus subsistemas.

El médico en la relación de su rol ocupacional con el complejo instrumental total, es importante hacer notar la distinción de dos tipos de médicos. Uno es el médico particular, el otro el que trabaja dentro del contexto de una organización. - Lo importante en el primer tipo es que el médico tiene no sólo que cuidar de las personas enfermas en un sentido técnico, sino que tiene que asumir la responsabilidad del establecimiento de los términos del intercambio con ellas, a causa de la dependencia directa de ellas en lo relativo al pago de sus servicios, y tiene también que proporcionar en un alto grado sus --

propios bienes instrumentales para realizar su función. Es de suma importancia el hecho de que el experto en el cuidado y -- tratamiento de las enfermedades, no lo es, de un modo especial en el establecimiento de los términos del intercambio. Puede -- o no ser una buena política social tener establecidos por los miembros de la profesión médica los costos del tratamiento médico, los medios para su pago, etc. pero esa política no se -- puede asentar en el terreno de que su entrenamiento especial -- les da a los médicos, como tales, una competencia técnica en -- estas materias que otros no tienen.

Una cantidad cada vez mayor de la práctica médica se realiza ahora en el terreno de una organización. En gran parte -- esto se ha hecho necesario por el desarrollo tecnológico de la medicina misma, sobre todo, por la necesidad de utilizar bienes e instrumentos que están fuera de las posibilidades de cada médico individualmente considerado y por el hecho de que el tratamiento de un caso implica la cooperación de diferentes -- clases de médicos y de personal auxiliar. Esto altera en gran medida la relación del médico con el resto del complejo instrumental. El médico tiende a ser relevado de mucha de la responsabilidad y, por tanto, necesariamente de la libertad en relación con sus pacientes, que no sean las de su rol técnico, dejando de lado las relaciones sociales y humanas. Esto lo vemos claramente en el caso de los médicos que ocupan puestos de carácter administrativo dentro de un centro médico, como sería

el puesto de un director, en el que no se le contrata para que practique la ciencia médica en el desempeño de sus funciones, - sino meramente por el conocimiento médico para aplicarlo en -- una relación administrativa.

El médico en el desempeño de su rol ocupacional está en relación directa con el paciente o enfermo. La relación médico-paciente se encuentra enfocada en los siguientes elementos-pautados: El paciente necesita los servicios técnicos porque - ni él ni sus inmediatos asociados o familiares conocen la enfermedad, ni lo que hay que hacer para su tratamiento, así como tampoco controlan los bienes instrumentales necesarios. El médico es un experto técnico en virtud de su entrenamiento y - experiencia especiales, y en virtud de su status institucionalmente validado está calificado para ayudar y tratar al paciente en una situación institucionalmente como legítima en un sentido relativo, pero como ayuda necesaria.

No está a nuestro alcance ofrecer una explicación adecuada de cómo estas funciones de satisfacer un servicio a los que lo necesitan puede ser efectivamente realizado en las condiciones reales del sistema social concreto. Se ha visto que con - respecto al problema sanitario, como con muchos otros, el tratamiento de los problemas prácticos sobre la base de la ciencia aplicada no hay que darlo por sentado, sino que está sometido a condiciones especiales en los sistemas culturales y social. La práctica médica tiene que ser una parte de la insti-



tucionalización especial de la investigación científica y de la aplicación de la ciencia a problemas prácticos, que es un rasgo característico de la sociedad moderna en que vivimos. La institucionalización de todos los roles según modos de que es sentido común no es en absoluto consciente o sólo muy vagamente, es un requisito funcional para la realización efectiva del rol. El éxito en la realización de la práctica médica dentro de una institución dependerá de toda la serie de condiciones como son capacitar al médico para que su competencia tenga resultados en las situaciones que se le presenten, tomar en cuenta al paciente como ser humano necesitado de ayuda y de servicios médicos pero en un contexto integral. Pero fundamentalmente procurando que esta institucionalización sea accesible a todos los miembros del sistema social, pues de hecho todos los roles institucionales están relacionados con los aspectos de los equilibrios motivacionales del sistema social tanto en relación directa con la sanidad, como en los aspectos más generales.

Las Instituciones de Salud en el Estado Mexicano como son la S.S.A., el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E., etc. tienen principios que proponen Servicios de Salud de acuerdo a los lineamientos generales que las políticas gubernamentales determinan para el beneficio social de la Sociedad, esto es, que los proyectos de Atención Médica en el aspecto de la Salud, presentados por los funcionarios del Gobierno Mexicano son los aplicables.

Esto es, que lo necesario para el desarrollo social del país en el campo de la salud para llevar a cabo su bienestar individual con sentido humano es imprescindible contar con recursos humanos, técnicos, financieros y materiales adecuados a las necesidades de salud de la población porque es una de las políticas progresistas como afirmaba el Dr. Gregorio Marañón en una de sus conferencias "Necesitamos un médico, que además de su técnica, posea sensibilidad social, criterio epidemiológico, pero sobre todo sentido humano".

Para alcanzar el Desarrollo Social Integral del país es esencial y determinante resolver los problemas sociales de la salud, educación, ingreso, empleo, vivienda con justicia social que son las obligaciones del Estado con la Sociedad.

La Salud es el Indicador determinante para el bienestar social de la población que tiene como fin el de solucionar los problemas sociales de la educación, seguridad social, alimentación, vivienda, contaminación ambiental, etc., siendo una de las prioridades nacionales para determinar el nivel de vida de la Sociedad.

En la Sociedad Contemporánea, una de las Instituciones su premas para el Desarrollo Social es la Familia; además es la que permite armonizar a los miembros que la integran mediante la protección de sus intereses, como son una mejor salud, una adecuada educación y en el aspecto legal que es el derecho de todo ser humano de adquirir un nivel de vida más justo y equitativo.

La familia ocupa un lugar preponderante en nuestra sociedad, esto es, que para que sus miembros tengan un desarrollo -- normal, es necesario que en un "Cuerpo Sano una Mente Sana" es decir; que tengan una Seguridad Social Integral como es el -- equilibrio en sus facultades físicas y mentales al recibir una atención médica integral, con fines preventivos, curativos o -- rehabilitatorios.

La salud es uno de los indicadores esenciales para des- - arrollar eficientemente las actividades que la sociedad desempeña, al proteger a los miembros de la familia de sus habilidades o destrezas que tienen para realizar las acciones adecuadamente.

Otro de los indicadores que es indispensable para el desarrollo de la Personalidad del Individuo, es la Educación, esto es, que es necesario llevar una acción educativa, a los - - miembros de una comunidad para que los programas de salud establecidos por las Instituciones resulten eficaces y eficientes.

Sin embargo, para obtener estos resultados es necesario - la Educación para la salud, que se imparta a los individuos para prevenirlos de las enfermedades y fomentar la salud, así como también a los grupos humanos que participan y tomen conciencia de la salud.

La Educación es la enseñanza que imparten los padres, los maestros, los tutores, los expertos, los científicos; a los hi

jos, alumnos, aprendices, desarrollistas, etc.; para adquirir conocimientos y aplicarlos en el desarrollo de su existencia - para el bienestar de la Sociedad.

También es importante mencionar que antes de la llegada - de los españoles, era frecuente encontrar en los códigos indígenas, algunos consejos sobre la Educación para la salud tanto individuales como públicos. Fray Toribio de Benavente hace algunas recomendaciones "Al principio de las comidas lávate las manos", "Al terminar la comida recogerás lo que se ha caído al suelo y barrerás el lugar de la comida y también te lavarás -- las manos, la boca y los dientes". También durante la época colonial se enviaron disposiciones para la salud, como la limpieza e higiene de la población como de la ciudad.

Asimismo a partir de la época independiente hasta nuestros días, las nuevas disposiciones para resolver los problemas de la salud mediante métodos educativos más modernos y - - aplicables a la realidad social del país como son: la exposición oral, demostración, discusión en grupo o pequeños grupos, entrevistas del grupo al Educador, jornadas comunales, entrevista individual, etc. Para aplicar estos métodos son necesarios los medios auxiliares como son: pizarrón, folletos, rotafolio, franelógrafo, etc., en las áreas de salud de la nutrición, saneamiento ambiental, higiene personal, higiene materno infantil, paternidad responsable, planificación familiar, acci

dentes, rehabilitación, etc.<sup>2/</sup> De acuerdo a los comentarios - vertidos para alcanzar una salud adecuada a la población es necesario para una buena educación contando con métodos, medios-auxiliares y soluciones más modernas y prácticas más eficientes para lograrla y se le ha definido como "La ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes, y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a la salud".<sup>3/</sup>

Otro de los Indicadores medibles para la salud, es el Derecho, que es el aspecto legal indispensable en todas las -- áreas de los problemas sociales, para llevar un nivel de vida -- más justo y equitativo. Es por esto que el Estado Mexicano ha creado Instituciones que son la salvaguarda de los bienes nacionales y de la protección jurídica de los ciudadanos para alcanzar un mejor nivel de vida, como decía Marcel Proust en una de sus obras "La medicina es una oportunidad de vivir nuevas -- experiencias".

Algunas de las características jurídicas que señala el Estado mexicano como legal son las que menciona la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en beneficio de la salud de -- los trabajadores, empleados y derechohabientes y familiares -- que son las que señala en los Artículos 4° y 5° que tratan de

---

<sup>2/</sup> Manual de Normas. Educación para la Salud. Dirección General para la Salud, S.S.A. México, D.F. 1976, pp. 78-79.

<sup>3/</sup> Ibidem, p. 12.

la libertad a su profesión para prestar ejercicio y servicio a la comunidad que lo necesite y el de delimitar las actividades que le correspondan de acuerdo al derecho legal de laborar en su contrato de trabajo para el bienestar social de los miembros de una Sociedad.

Así como también las Instituciones que contienen reglamentos para la salud como son la Ley de Profesiones, la S.S. A., El Código Sanitario, la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y las Leyes de Asistencia Privada. La Ley del ISSSTE, se aplicará a los trabajadores de la Federación, del D.D.F. y de los Territorios Federales, de Organismos públicos que se incorporen al régimen, a los pensionistas de las entidades y organismos públicos y a los familiares de los derechohabientes.

La Ley del ISSSTE señala en los artículos 1º y 3º los Servicios de Salud y las prestaciones que prestan para beneficio colectivo y que se establecen con carácter obligatorio los cuales son: Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad; Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales; Servicios de reeducación y readaptación de inválidos, servicios que eleven los niveles de la vida del Servidor Público y de su familia; promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia, créditos para la adquisición en pro-

piedad, de casas o terrenos para la construcción de las mismas, destinados a la habitación familiar del trabajador, arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto, préstamos hipotecarios, préstamos a corto plazo, jubilación, seguro de vejez, seguro de invalidez, seguro de causa de muerte e indemnización global.

La Ley del ISSSTE es el Derecho y es el Aspecto Legal el que confiere a sus miembros sus obligaciones como una Institución de beneficio público y de servicios sociales que permitan al trabajador vivir dignamente y por las cuales señalo anteriormente todos los puntos que se refieren a su Salud y Seguridad Social.<sup>4/</sup>

---

<sup>4/</sup> Fajardo Ortiz, Guillermo. Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales. México 1970. La Prensa Médica Mexicana. Asociación Mexicana de Hospitales, pp. 222 - 223.

## CAPITULO I

### LOS SERVICIOS MEDICOS DENTRO DEL MARCO DE SEGURIDAD SOCIAL

1. Elementos de la seguridad social
2. La seguridad en el desarrollo social
  - A) Funciones de la seguridad social
  - B) Teorías sobre la seguridad social
  - C) Clases de seguridad social
  - D) Políticas en la seguridad social



## CAPITULO I

### LOS SERVICIOS MEDICOS DENTRO DEL MARCO DE SEGURIDAD SOCIAL

Implementar algunos lineamientos acerca de la interacción que debe existir entre los servicios médicos y la seguridad social, impone a fuerza el esclarecimiento de algunos conceptos-básicos en el ámbito de la sociología y la ciencia médica para delimitar el objeto de estudio y saber a ciencia cierta hasta-donde llegan los límites epistemológicos y cómo engarzan en la complementación interdisciplinaria.

A primera instancia partamos de la idea qué es la seguridad social y qué elementos la componen y luego desglosemos cada una de sus partes con el objeto de ver cómo las teorías sociológicas han tomado a este aspecto de la vida del hombre como elemento de investigación, pasando como es lógico por las -diferentes clases de seguridad social, ya que la amplitud del concepto abarca muchas aristas de la vida social y es por ello que se hace necesario precisar cómo existen diversas clases de seguridad social y la política de cada una de ellas a fin de -que el panorama quede bastante amplio para visualizar criterios sociológicos en cada una.

#### 1. Elementos de la seguridad social

Partiendo de lineamientos institucionalizados por diferentes entidades no sólo oficiales, sino que pertenecen a organi-

zaciones internacionales que velan por la seguridad social del hombre, encontramos que la Seguridad Social, en su amplio significado, representa el conjunto de esfuerzos humanos encaminados a proteger la vida y los bienes de subsistencia, sustituyendo conscientemente la responsabilidad individual por la responsabilidad colectiva, mediante las acciones de todo conjunto de la sociedad coordinadas a través de sus estructuras gubernamentales.

En este sentido representa un deseo universal, por satisfacer diversas necesidades que al hombre se le presentan, ya sea de índole personal o social, pero que encuentra en la comunidad o esferas oficiales la adecuada correspondencia para satisfacer y brindarle mejores perspectivas de vida dentro de la esfera en que se desenvuelve.

La seguridad social como derecho de todo ciudadano que debe recibir y entregar tiene vigencia en todos los países del mundo, ya sean capitalistas o socialistas siempre poseen éste instrumento eficaz para obviar problemáticas más críticas en un futuro cercano, de ahí que tanto en la U.R.S.S. como en EE. UU. o Africa los gobiernos hayan instrumentalizado políticas tendientes a estabilizar instituciones que brinden seguridad social, sólo que esta seguridad adquiere diferentes matices de acuerdo a los gobernantes que la instrumentalicen, organismos asesores que están a sus espaldas y hacia donde caminan esas atenciones, ya sea a la gran mayoría desprotegida en un siste-

ma desigual o a una minoría que detenta el poder, como es el caso que se presenta en muchos países del mundo, especialmente los del Tercer Mundo, donde el carácter de Estado se manifiesta con una correspondencia poco adecuada hacia los organismos internacionales de ese gobierno, especialmente los de salud. También existen políticas de seguridad social que abrigan a toda la población, ya que en esos países se le considera un derecho inalienable de todo ciudadano, sin distinción de clase, credo político o religioso y raza, se mira al hombre como un ente que existe, vive y produce en una sociedad y como tal adquiere derechos y deberes, estando entre los derechos la seguridad laboral, escolar, médica, etc., o sea en todos los ámbitos de su vida.

En este sentido, se identifica a la seguridad social con el proceso integral de gobierno, en el cual participan los más diversos sectores del desarrollo nacional al plantear un ordenamiento de la convivencia humana y representar una manifestación siempre activa de la solidaridad que anima el progreso social de un pueblo.

La seguridad social no es un ente abstracto, sino que existe en la realidad; se puede palpar, observar, analizar y estudiar, esto porque se ve no sólo en México, sino en muchos países, lógicamente con diferentes connotaciones pero existe, sólo que muchas veces no la entendemos pero si vemos la libertad de expresión, igualdad de oportunidades de trabajo, dere--

chos civiles, educación gratuita y oficial, atención médica, - transporte colectivo, parques de recreación, vigilancia poli-- cía, etc., son los factores integracionales que se engloban- en una sola concepción teórica que se llama seguridad social,- por ello vemos que la seguridad no existe separada de las ac-- ciones de otros individuos, sino como un todo integral está su jeta a lo multidisciplinario e interdisciplinario en cada ac-- ción que ejecute en bien del hombre.

"Es innegable y de hecho incuestionable que la Seguridad Social en toda América Latina y en especial México ha aumenta- do su ritmo de trabajo y su cobertura es mayor, a partir de la década del 60, porque es bien sabido que en la década del 50,- las condiciones en que se desenvolvían los habitantes de este- territorio eran precarias, debido a la escasez de trabajo, mi- graciones constantes a centros urbanos, congestionamiento de - obras que apenas se iniciaban por el sendero de la cosmopoliti- zación, proliferación de enfermedades infectocontagiosas, etc., eran índices que mostraban cual era la real situación de toda- el área, por ello que en la primera Conferencia Internacional- de Seguridad Social llevada a cabo en Santiago de Chile, al -- sur del territorio Latinoamericano, se expresó que "toda perso- na, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad- social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la coopera- ción internacional, habida cuenta de la organización y los re- cursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económi

cos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".<sup>1/</sup>

Esto explica que la seguridad social concuerda con los principios de la justicia social que proponen los derechos humanos; aquí en México también se recogen estos legados y se sistematizan para que se estructure una doctrina que induzca a proveer de esa vida digna y ofrecer un mínimo de bienestar a todas las comunidades que conforman el país.

Ahora bien, con las nuevas implementaciones que cada Estado o país ha hecho y las políticas internacionales, no dejando de lado los avances de la sociología, quien ha pugnado por el mejor bienestar que se le pueda ofrecer al hombre, la seguridad social ha venido a transformar un poco las medidas que estaban establecidas para atender al hombre, invirtiendo el proceder que se venía realizando, al procurar que el riesgo no se realice, si bien no dejando de compensar las consecuencias cuando el infortunio no ha podido ser evitado, dando así realidad a su propia etimología, liberar a la sociedad del temor a la adversidad, garantizando la existencia humana a un nivel decoroso; por ello expresaba el ex-presidente Luis Echeverría Álvarez, acerca del conjunto de la seguridad social: "... la concebimos como un instrumento con enormes posibilidades para la-

---

<sup>1/</sup> Fals Borda, Orlando. Situación actual de América Latina, Coloquio Universidad Nacional, Bogotá, Colombia, 1979, p. 17.

redistribución justiciera y saludable del ingreso nacional. - Debe proteger y apoyar al máximo posible la salud, la alimentación y la educación de todas las facultades físicas e intelectuales del pueblo.<sup>2/</sup>

Los niveles de vida del pueblo, la salud, su alimentación su disposición para el trabajo; en una palabra, su bienestar, - debe ser en forma creciente, objeto principal de nuestros esfuerzos. La lucha contra las enfermedades es sólo parte de un fenómeno social más amplio; la promoción de ese bienestar, la acción médica y sanitaria resultarían un gasto inútil, si no se dirigiera a las causas de las enfermedades y no se adoptara una orientación integral de carácter educativo y sanitario".<sup>3/</sup>

En términos metodológicos esta explicación de Luis Echeverría queda así: Existen causas y efectos, también efectos convertidos en causas y si alguna vez enfocamos un efecto convertido en causa, la solución de la problemática no será por la causa genérica, sino por otro efecto causístico que genera - otro fenómeno, de ahí que el método estructural funcionalista - siempre ha abordado los problemas a partir de un efecto convertido en causa y no de la causa en sí, en la cual se condensan - todos los problemas que de ella se derivan. Dentro de los ele

---

<sup>2/</sup> R. Santiago Edgar, Renaldo Guzmán Orozco Et.al, Seguridad - Social, México 1976, Colección Sumario No. 2, Dirección General de Estudios Administrativos de la Secretaría de la -- Presidencia, p. 39.

<sup>3/</sup> Op.cit., p. 39.

mentos sociológicos que integran la seguridad social tenemos - unos de índole individual y otros de aspecto social como es lógico.

Dentro de los de índole individual tenemos los fundamentos psíquicos, en el cual se sustentan las actitudes y los deseos, en tanto las actitudes (IMSS) en la predisposición que tiene el hombre para ayudar, socorrer y accionar con objeto de cumplir con un deber social; los deseos es que esa predisposición sea latente en él; se guarde como una constante y en el mejor de los casos apremiantes esté dispuesto deseoso de entregarla para la seguridad de él u otro miembro de la comunidad.

Dentro del aspecto social encontramos todas las acciones que el hombre implementa para ayudar a sus semejantes, es así como han surgido grandes corporaciones, asociaciones o elemento alguno corporativo que brinda seguridad laboral (sindicatos), socorro al necesitado (Cruz Roja), que ofrezcan recreación (clubes deportivos) o educación integral a los inhabilitados (club de leones u otra asociación de características similares).

Son estos elementos de la seguridad social que surgen a partir de las iniciativas del hombre; a partir de la inventiva y deseo de colaborar por un bienestar mejor y esos son los elementos valorativos que nosotros realzamos.

## 2. La seguridad en el desarrollo social

El analizar las implicaciones directas que tiene la seguridad social en el desarrollo económico y social de determinada región, país y estado, implica esclarecer en qué consiste ese cambio, cuáles son los elementos indispensables para que se dé y como viabilizarlo con la motorización de la seguridad social.

Bien es sabido que en sociología existen diversas concepciones de cambio social; algunos se aferran a la idea de que todo cambio social es la transformación total de las estructuras económicas del país, pero no tienen en cuenta el elemento humano, si está predispuesto o no, tampoco si está deseoso de que se dé un cambio con esas características.

Hay otros que hablan de un cambio gradual, dirigido y a largo plazo; con el cual no estamos muy de acuerdo, ya que desear así no puede existir un cambio universal, una salida única a las problemáticas que vienen afrontando diversos países. Un cambio se analiza en base al cúmulo de fuerzas que se gestan en cada país, en base a las necesidades y limitaciones del pueblo y a las posibilidades que los gobiernos tengan para controlarlo, de otra manera un cambio se vería limitado y pecaría de ortodoxia literaria y en caso de la seguridad social y su relación con un cambio no debe tener estos lastres ortodoxos y ser lo más amplio posible.



Un cambio social lo concebimos como el conjunto de políticas que se instrumentalizan para ofrecer bienestar a un conglomerado social, y cuando estas políticas encierran aspectos educacionales, médicos, laborales, civiles y demás componentes de la esfera social, así que si analizamos la relación de la seguridad social con el desarrollo económico, tomamos como punto de partida al hombre, donde esté como unidad de análisis y síntesis de la sociedad que ofrece una serie de connotaciones a las cuales deben brindársele oportunidades para su desarrollo integral y que es en base a ese desarrollo que se está viabilizando el cambio social.

Para explicar de mejor manera esos nexos, sería más apropiado hallar la relación de seguridad social y economía, donde bien se conoce la repercusión de ésta en la demografía y otras disciplinas sociales. La Seguridad Social en efecto favorece al mantenimiento de la buena salud de la población y es un elemento de productividad. Asimismo, es obvio reconocer que el crecimiento económico influye sobre la seguridad social, pues ésta es un sistema de reparto, de redistribución del ingreso y no puede redistribuirse sino lo que ha sido creado; por lo tanto, la base de la seguridad social es la economía.<sup>4/</sup>

Si observamos que en los países en que económicamente no-

---

<sup>4/</sup> Huerta Maldonado, Miguel, Mendieta y Nuñez, y otros. Sociología de la Seguridad Social, México 1963, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, p. 156.

padecen de constantes crisis, donde los recursos naturales y minerales son abundantes y los humanos son de gran cuantía, la seguridad social es ventajosa, ofrece mayor cobertura en sus programas; y esto no lo podemos ocultar, menos si analizamos la seguridad social que se presta en Europa y la de México; o la de México relacionada con Chile o Bolivia, donde nuestro país los aventaja por la estructuración y aprovechamientos de sus recursos en beneficio del hombre.

Un país que cuente con un potencial humano óptimo, donde un 38% de su población es joven, un índice de escolaridad alto en relación a otros países latinoamericanos, una variedad de recursos y una asistencia médica prudente, está conformando toda la base para el despegue hacia el cambio, esto no lo podemos negar con toda la teoría sociológica que se quiera emplear, de ahí que si las políticas de seguridad social se llevan adecuadamente, el cambio y desarrollo socioeconómico no está muy lejos y es factible el desarrollo de un país.

Las premisas fundamentales para la transformación de un país son muchas, pero las básicas son: una atención integral del hombre y su adecuada planeación económica, donde esta planeación recoge los tres elementos más relevantes: Recursos Humanos, naturales y técnicos y si el hombre es epicentro de la planeación, la seguridad social, está íntimamente relacionada con el desarrollo que se busca en el país.

Ahora bien, la seguridad social colabora íntimamente con-

la distribución de la renta, la cual opera primeramente en razón del sistema de cotizaciones que es característico de la organización financiera de los regímenes de seguros sociales o de la seguridad social, y luego a través de las prestaciones que ésta distribuye entre los sectores más necesitados de la colectividad humana de la nación, sea en forma de servicios, sea como beneficio pecunario; en este sentido la acción de la seguridad nacional como factor de distribución de la renta nacional puede llegar a ser aún más marcada que la del mismo régimen impositivo fiscal, en cuanto a la relación entre el origen del recurso y del destino de los egresos, así como de los grupos sociales a los cuales aquellos se revierten, que siendo por regla general los de menores ingresos, ven aumentada en esa forma su capacidad de producción y de consumo.

Otro elemento para el desarrollo es tener una mano de obra cuantificada, o sea tanto en cantidad como calidad y esta última sólo se logra con una atención médica al momento que es requerida, una educación o capacitación laboral y una alimentación racional para que el trabajador reponga las energías que dejó en el proceso productivo.

El mantenimiento de la mano de obra en óptimo nivel significa, entre otros aspectos, que se han reducido al mínimo las pérdidas temporales de días trabajados por enfermedad común o de riesgos profesionales, así como también la pérdida definiti

va de miembros activos de la colectividad por causa de invalidez o muerte prematura.

Las ramas asistenciales de los seguros sociales de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, con su triple acción preventiva, curativa y rehabilitadora, contribuyen al propósito de reducir al mínimo las pérdidas innecesarias de mano de obra.

Si mantenemos la mano de obra en el máximo de su capacidad laboral y con las atenciones mínimas, el proceso productivo del país no tendría contratiempo en su desarrollo, lo cual se revierte en su progreso vertiginoso y es a su vez otra relación entre la seguridad social y el desarrollo social.

En base a lo expuesto podemos afirmar que el progreso social puede alcanzar todos los sectores del conglomerado solamente cuando se ha desarrollado la conciencia de la responsabilidad mutua de la colectividad para con cada uno de los individuos que la integran en todas las etapas de la vida y del individuo, particularmente en el periodo activo de la vida, para con la colectividad y a este fin contribuye poderosamente la seguridad social, en sus proyecciones económicas y sociales.

Este aspecto de la concientización, es uno de los puntos más vulnerables con que cuenta todo proceso de cambio, ya lo habíamos anotado anteriormente al momento de intentar definir qué es un cambio social, y dudamos que mientras no se tenga a una masa con los deseos de cambiar, saber hacia dónde quieren-

cambiar y por qué, es imposible llegar a él, porque sin conciencia del papel que se juega en la sociedad y aún en el cambio no podemos llegar a una meta trazada.

#### A) Funciones de la seguridad social

La seguridad social debe ser considerada como una tentativa de aplicación del principio de la solidaridad nacional a la organización de un conjunto de garantías individuales y familiares, que se hacen indispensables en una sociedad que practica una división del trabajo avanzado, con vistas a permitir a cada ciudadano la consecución de un triple objetivo:

- 1° Conservar la salud, o recuperarla en caso de enfermedad o accidente, sea cual sea el costo de los cuidados necesarios;
- 2° Remontar las dificultades de subsistencia que se puedan experimentar cuando la capacidad de ganar dinero para ello se reduce o incluso anula, a causa de acontecimientos fortuitos, tales como el paro, la enfermedad, el accidente o la imposibilidad física, o a causa de acontecimientos futuros previsibles como la vejez.
- 3° Asumir la responsabilidad de fundar una familia, procrear seres humanos física y moralmente sanos y proporcionarles la educación que son susceptibles de recibir y asimilar. No existe ningún sistema perfecto-

de seguridad social. En efecto, por una parte, las necesidades varían según el grado de desarrollo económico de los distintos países. Por otra parte, la forma en que se realizan y la importancia de los intercambios económicos, así como las posibilidades técnicas, condicionan el modo de organización y el grado de desarrollo del sistema. Las organizaciones internacionales han fijado las normas mínimas a las cuales deberían responder todo sistema de seguridad social. Todos los países del mundo, sean capitalistas o socialistas, disponen de sistema de seguridad social en el cual, en definitiva, los grandes ejes están constituidos por un seguro contra los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, seguros sociales y prestaciones familiares. En la mayoría de estos países se trata de legislaciones estatales; no obstante, en algunos de ellos se yuxtaponen regímenes obligatorios legales, regímenes obligatorios profesionales -- (resultado o bien de un convenio colectivo entre patronos y asalariados, o bien cuando los beneficios -- son "no asalariados") de una decisión de los órganos representativos de la profesión y regímenes facultativos (generalmente de base mutualista).

La tendencia general tiende al establecimiento de la seguridad social obligatoria legal a toda la población y a una ampliación de las prestaciones.

## B) Teorías sobre la seguridad social

La enfermedad, la insalubridad y los riesgos de accidentes que conllevan muchas actividades humanas no pueden ser des-terrados por completo de ninguna sociedad. Pero el ideal y la responsabilidad de todo gobierno es reducir lo más posible su aparición, porque esto permite canalizar hacia la producción, la ciencia y el arte, las energías que esos males suelen con-sumir. Una de las diferencias más agudas entre los países avanzados y los países en vías de desarrollo radica precisamente en el hecho de que los primeros han alcanzado niveles muy altos de salud y seguridad, mientras los segundos todavía se debaten en núcleos dolorosamente bajos. Aún cuando la salud y la seguridad social forman parte de un conjunto más amplio de factores que determinan el grado de desarrollo o subdesarrollo de un país, no se puede ocultar la influencia decisiva que ejercen sobre uno u otro de dichos procesos, de ahí la importancia que tenga para la ciencia social, en especial para la sociología, el desarrollo de la seguridad social en el proceso de un país; además también que representa para la población de éste.

Todo sistema social para tener un buen funcionamiento de sus subsistemas, necesita de un equilibrio en los mismos, y éste sólo se puede dar cuando sus integrantes se encuentran en óptimas condiciones de vida.

En la medida en que un ser humano cuente con prestaciones

de carácter social, con estímulos y centros donde desarrollarse y conservar su salud, rendirá al máximo de su capacidad, -- con un gran rendimiento productivo y un desarrollo integral.

La seguridad es y será un elemento importante en el desarrollo y progreso de una nación, sea éste capitalista o socialista y ríjase por la ideología que se rija, pues todo sistema social siempre contará con seres humanos que en cualquier situación política, necesitan de buenas condiciones de salud y de seguridad para desarrollarse plenamente. Una de las teorías que se acercan a la seguridad social en la época contemporánea, es la teoría del utopismo en el aspecto de la armonía social que debe acatar el Estado para que las prestaciones sociales que dona a los trabajadores o derechohabientes sea positiva.<sup>5/</sup> Esto es, que mientras en las instituciones de salud, las funciones administrativas y sociales no son adecuadas al Sistema Económico, político y social del país, es por esta causa que aunque surjan cambios estructurales o administrativos, sino que no existe una organización social y política en todos los niveles, lo económico será carencia esencial en el desarrollo mental de la sociedad.

Desde mediados del Siglo XIX se constituyeron sociedades mutualistas que trataban de auxiliar económicamente a sus agruados en casos de enfermedad, invalidez o muerte. Debido a -

---

<sup>5/</sup> Utopias. Charles Fourier. 1973. Barcelona, España. Biblioteca Salvat Editores. S.A.. p. 100.



los bajos ingresos de sus agremiados, estas sociedades afrontaron serios problemas y finalmente fracasaron en su noble propósito.

Muchos planteamientos ideológicos, diversos conceptos teóricos y no pocos esquemas políticos ha producido la humanidad en la época contemporánea; todos ellos son intentos que pretenden describir nuevas formas de organización social. Se ha discutido si la persona debe ser el eje y el fin de la vida colectiva y de la función de las instituciones, si la sociedad o el Estado deben regir y determinar la conducta y el destino del hombre. La diferencia entre estos esquemas y planteamientos es la jerarquía valorativa que dentro de ellos tienen el individuo, la sociedad y el Estado, ya que de esa jerarquización dependerá la forma en que se organice y se legitime el sistema que configurará a la sociedad y fijará los límites y las funciones de la persona humana, la colectividad y el poder público.

### C) Clases de seguridad social

Actualmente los sistemas de seguridad social pueden clasificarse según el aspecto técnico de su financiamiento, en sistemas de ahorro y capitalización y sistemas de reparto.<sup>6/</sup> Los

---

<sup>6/</sup> Robledo Santiago, Edgar, Guzmán Orozco Renaldo y otros. Seguridad Social. México 1976, Colección Semanario No. 2, Dirección General de Estudios Administrativos de la Presidencia, p. 49.

primeros se basan en los fundamentos del seguro, y la cuantía y el número de las prestaciones es función de la capitalización de la prima asignada al beneficiario, lo que las hace muy vulnerables a la inflación, puesto que, por un lado, se llega a situaciones de difícil al ser constantes las cotizaciones y aumentar los costos de algunas prestaciones, y por otro, al incrementarse el nivel de precios, las prestaciones por vejez o invalidez resultan insuficientes. En los sistemas de reparto, las sumas necesarias para cubrir las prestaciones se recaudan por medio de un impuesto y son administradas por el Estado o por algún otro organismo paralelo, y se reparten entre las distintas modalidades de prestaciones y, dentro de cada una de éstas entre los beneficiarios, siguiendo procedimientos de cálculo más o menos complejos y de acuerdo con criterios de política social. Las diferencias existentes entre ambos sistemas -- vienen paliados por el hecho de que, actualmente en los sistemas de capitalización, los principales seguros son obligatorios, y que el estado suele intervenir elevando la cuantía de las prestaciones cuando éstas son claramente insuficientes, y costeándolas total o parcialmente, así como comprometiéndose a cubrir los eventuales déficits que puedan surgir. La seguridad social realiza transferencias de rentas que van desde los trabajadores en actividad hacia los retirados, desde los trabajadores sin hijos hacia los trabajadores cargados de familia, desde los asegurados que gozan de salud hacia los asegurados -

enfermos, etc. Los bienes demandados por los beneficiarios - de las prestaciones son, en una gran parte, bienes de consumo corriente, lo cual origina un incremento de la demanda -- global de bienes y servicios.

Por ello algunos economistas estiman que los gobernantes disponen, con las prestaciones sociales, de un medio de orientar la producción en el sentido que les parezca mas favorable.

La creciente importancia de la seguridad social en todas las naciones, el gran volumen de recursos económicos que moviliza, la influencia de sus variaciones ejercen sobre toda la economía, el importante papel que desempeña la situación económica en la consecución de los fines que aquella -- tiene establecidos, la han colocado en la esfera de la política económica.

#### D) Políticas en la seguridad social.

Los aspectos mas destacados que deben considerarse en esta vertiente de la seguridad social son:

- La compatibilidad entre las orientaciones y los fines asignados a la seguridad social y otros objetivos de política económica; mayores prestaciones sociales e - inflación; intervención de apoyo financiero por parte del Estado a la seguridad social y los problemas del equilibrio general presupuestario.

- Como un instrumento de redistribución y transferencias de rentas.
- Relaciones entre las cifras de la seguridad social y -- las distintas categorías económicas; la demanda global; proporciones, entre las clases pasivas y la población activa, etc.
- Como un instrumento más de política económica, en la -- perspectiva de servir a los esfuerzos del Gobierno para que pueda alcanzar sus objetivos económicos.

En los países socialistas la seguridad social encaja armónicamente con los planes del gobierno y con el resto de las medidas de política económica, permitiendo así elevados niveles de eficacia y economicidad. En estos países es donde la seguridad social tiene más tipos de prestaciones y donde, prácticamente, acoge a toda la población.

## CAPITULO II

### ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

- A) Epoca precortesiana o prehispánica
- B) Epoca colonial
- C) Epoca independiente hasta Porfirio Díaz
- D) Epoca de la Revolución hasta nuestros días

## CAPITULO II

### ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

Cada hecho social en la historia de un país, es importante y necesario estudiarlo, investigarlo y analizarlo, porque renueva nuestro pensamiento de desarrollo más sólido y más moderno. Es así como en el Sistema Mexicano de Seguridad Social que tiene antecedentes de contenido social muy relevante, nos permite analizar desde el periodo precortesiano como las comunidades indígenas, por su estructura accesible y fácil de asimilar, fueron aceptadas por el conquistador e incluidas dentro de la estructura social de la Nueva España. Posteriormente se van amalgamando estas doctrinas y sistemas con otras ideas universales hasta llegar al periodo de la Revolución Mexicana, -- donde el Sistema de Seguridad Social adquiere perfiles propios dentro de la filosofía humanista del presente siglo.

#### A) Época precortesiana o prehispánica

En este periodo, podemos observar que la seguridad social en México es apenas incipiente, pero existía, en el sentido de que la continuidad política y social de protección a las clases desvalidas demandaba ese interés y la existencia de algunas instituciones encargadas de aplicarlas. Así encontramos -- que Moctezuma como gobernante extraordinario, en extremo providente, consideró que era deber del Estado mirar por los ancia-

nos e impedidos, y construyó en Culhuacán un Hospital y Hospicio, dando orden de que allí sirviesen y regalasen como gente estimada y digna de todo servicio que no sería pequeño gasto, -- por igual motivo humanitario, y nunca por diversión como lo -- juzgaron los cronistas españoles".<sup>1/</sup>

Así como en cada uno de los grandes palacios mandó recoger a todos los contrahechos, locos, idiotas o enfermos incapaces de servir al Estado, siendo atendidos cada cual por separado; y otras dos casas, tenía igualmente en cada uno de sus palacios para atender a los albinos donde servían con abundancia.

En el año de 1505 en otro de los acontecimientos importantes que se culminó con la época precortesiana, fue la de tomar medidas para proteger a la población de los momentos difíciles de la carestía y la alimentación, donde el gobierno de Moctezuma organizó los almacenes de Estado llamados Petracalli o Petracalco, donde se almacenaba el fruto de las cosechas de las tierras del Palacio Tecpantalli y donde se ponían los productos de la recaudación fiscal. Esto benefició a la población y a los gobernantes y funcionarios.

## B) Época colonial

Durante esta época mencionaremos las prestaciones que la

---

<sup>1/</sup> Robledo Santiago, Edgar. Et al. Seguridad Social. Secretaría de la Presidencia. Dirección General de Estudios Administrativos. México 1976, p. 123.

Seguridad Social tenía para los trabajadores, como son las cajas de Comunidades Indígenas, que constituyen una de las herencias tomadas por la colonia directamente de la experiencia y la realidad autóctona de nuestro pueblo; dichas "cajas" se formaban con fondo de ahorro común destinados a los servicios municipales y religiosos de la comunidad a la enseñanza, a la atención médica gratuita a la ya mencionada protección para ancianos y desvalidos y al fomento agrícola con la concesión de créditos.

En la historia del país, es importante investigar que la nación ha atravesado por diferentes etapas de crisis económicas, política y social, por este motivo, hubo la necesidad de importar nuevos sistemas como el político, el social y el cultural que trajeron consigo la dominación española y fueron los que aportaron nuevas formas de protección y asistencia a las clases desposeídas, dando como resultado que surgieran los montepíos, que tenían funciones similares a lo que se conocía con el nombre de Pensiones Civiles por Cédula Real del 2 de julio de 1774, y con el de aliviar en algo las necesidades de los menesterosos se fundó el Monte de Piedad de México, similar al que existía en la Villa y Corte de Madrid. Con esto se fundó el primer montepío en España en el año de 1761, por Carlos III.

Otra de las prestaciones que se otorgaron en esta época fue la que consiste en doscientos pesos anuales con carácter vitalicio "por sus servicios prestados a la comunidad y al - -



rey",<sup>2/</sup> señala el humanista precursor Fray Bartolomé de las Casas en la Obra de los Derechos Humanos. En 1776 el régimen de Montepío incluye la asistencia social de los trabajadores del virreinato y posteriormente se hace extensivo a las viudas y huérfanos de los empleados del Ministerio de Justicia y de la Real Hacienda, mediante el Reglamento para la organización de las oficinas y para la aplicación de la ley correspondiente. La protección del Estado, sin embargo, no era general.

En España fueron dictadas las leyes de Burgos en 1812 y las primeras ordenanzas promulgadas en la metrópoli en favor de los nativos de la Nueva España y que contenían como los períodos de trabajo al año con duración de cinco meses y entre ambos 40 días de licencia al indio, para que durante ellos pudieran cuidar de sus propios bienes, alimentación proporcional al trabajo realizado; los trabajos pesados a los niños y a las mujeres embarazadas; dignificación del trabajo de los capataces y designación de los visitadores destinados a inspeccionar el debido cumplimiento de estas leyes.

Podemos señalar que tanto en la época precortesiana como en la colonial, las medidas de seguridad social no son comparables con las que se prestan en la actualidad, pero son una iniciación a la introducción de prestaciones para el beneficio de la Comunidad.

---

<sup>2/</sup> Robledo Santiago, Edgar. Et al, Op.cit., p. 125.

Sabemos que bajo el yugo español no se podía pedir benevolencia para con los indios que laboraban a su servicio en un estado de esclavitud, pues las pocas medidas de seguridad y prestaciones que se implementaron, tenían como objeto la estrategia de lograr un mayor rendimiento del trabajador con menos inversión o por lo menos garantizar que se reprodujese la fuerza de trabajo que necesitaban para sus labores y la recuperación de las energías gastadas en las mismas.

De ahí que la seguridad social en esta época no tuviese su origen en una preocupación por el bien común, sino por lograr mayor rendimiento en el desempeño del trabajo.

### C) Desde la época independiente hasta Porfirio Díaz

El documento más importante en el año de 1813, es el de las ideas de un libertador Generalísimo, José Ma. Morelos y Pavón en su obra "Sentimientos de la Nación", donde sienta bases de un programa de Seguridad Social, cuando dice que "es preciso se moderen la opulencia y la indigencia, que se mejore el salario del pobre, que se mejoren sus costumbres y que se aleje de la ignorancia",<sup>3/</sup> es decir, proveen una serie de normas que hoy están incluidas en los Programas de Seguridad Social tal como están también la lucha contra la esclavitud y la lu-

---

<sup>3/</sup> México, ISSSTE. Reseña de la Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. 1978, p. 15.

cha contra las castas privilegiadas, porque se establecen principios de igualdad en el disfrute de bienes y servicios.

Los deseos de nuestros primeros libertadores no se realizan inmediatamente. En la Constitución de 1824, aparece apenas, reglamentada dentro de las facultades del Congreso General, una mención que permite conocer la existencia de retiros y pensiones para los empleados públicos de la Federación. En noviembre del mismo año, ante el Estado desastroso de los montepíos, el gobierno decide liquidarlos y se hace cargo del pago de las pensiones a los funcionarios con derecho para ello.

Este sistema de montepíos siguió operando ya dentro de la época independiente, como lo comprueba el hecho de que el 3 de septiembre de 1832 se expidió la ley sobre montepíos, en la que se ampliaron sus servicios para empleados de la Federación.

Por Ley de 1832, las pensiones se hacen extensivas a las madres de los servidores públicos y en 1834, por decreto de 12 de febrero, se otorga el Derecho a pensión a los cónsules mexicanos a la vez que se reconoce la "jubilación por incapacidad".

Más adelante de nuestra historia, en noviembre 20 de 1856, se concede a los empleados de correos una jubilación de \$12.00 mensuales como compensación de los peligros que corrían de parecer en manos de los "bárbaros" como el mismo decreto los llamaba.

## La Reforma

Uno de los acontecimientos de México, corresponde al periodo de la Reforma, que son los pasos hacia un cambio trascendental del país, por los planteamientos que implicaba. En materia de Seguridad Social, tiene un camino hacia la Seguridad Social integral, que se consolida como meta del desarrollo económico y social del país.

La Constitución de 1857 precisa algunas medidas que tienden al mejoramiento del bienestar familiar del servidor público, pero infortunadamente no se llega a señalar regla determinada y su aplicación general, muchas veces de la concesión graciosa de la autoridad. En 1875 se constituye la primera asociación mutualista de empleados públicos, el comentario de un periódico de la época describe la situación que la origina: -- "Al fin ha despertado entre esta clase de la sociedad, el deseo de unirse para formar un cuerpo fuerte que ponga a estos ciudadanos al abrigo de la miseria".<sup>4/</sup> El 29 de mayo de 1896 se expide la Ley de Pensiones, montepíos, y retiros para civiles y militares, en la cual se conceden como montepío la cuarta parte del sueldo del causante se reconoce con derechos a la viuda, a las hijas hasta que se casen o se mueran y a los hijos hasta los 21 años. En este contexto, en 1898 la Ley de -- Educación Primaria dispone el otorgamiento de pensiones en los

---

<sup>4/</sup> México, ISSSTE. Op.cit., pp. 15-16.

términos que el Ejecutivo definiera, norma que no fue aplicada sino hasta el año de 1900, posteriormente se modificó en 1924.

Esta época marca aún una incipiente dotación de servicios en materia de seguridad social, aunque ha tenido un gran desarrollo en comparación con la precortesiana y la de la colonia.

D) Desde la revolución hasta nuestros días

Algunas medidas dictadas en el Porfiriato, pero que nunca fueron puestas en vigor, se establecen durante aquellos años, no obstante la manifiesta imposibilidad de que se aplicaran -- con todo rigor, en virtud de la violencia que imperaba en el país. Constituyen sin embargo un dato de los propósitos en favor de la Seguridad Social que inspiraban a los revolucionarios.

A partir del triunfo de la Revolución Mexicana, la Seguridad Social en México ha tomado impulsos sobresalientes a través del proceso revolucionario que han sabido llevar a cabo -- los diversos regímenes presidenciales. La Carta Magna de 1917, dió a México el honor de ser uno de los primeros países que -- diera naturaleza constitucional a la Seguridad Social, al incluirla en los enunciados del Artículo 123.

La época moderna ha seguido impulsando el desarrollo de -- la Seguridad Social en la Ley de Pensiones decretada en 1947, -- misma que prevalece hasta nuestros días, aunque con algunas mo

dificaciones, con la creación de Instituciones de Seguridad Social y servicios asistenciales, como son: La Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que cubren a la mayor parte de la población mexicana y en la cual no sólo suministran atención y servicio médico, sino prestaciones de carácter social, que permiten al trabajador hacer rendir más su salario.

Estas instituciones tienen como función atender las necesidades de la población, ya sea por medio de afiliación, como el IMSS y el ISSSTE, o solamente como ciudadanos que necesitan un servicio asistencial. El servicio se extiende no solamente a los afiliados, sino también a sus familiares directos, proporcionándoles ayuda para lograr un desarrollo integral.

Ahora bien, sabemos que en todas las épocas por las que ha pasado nuestro país, y no sólo nuestro país, sino en todos los lugares donde se ha dado el desarrollo capitalista, el surgimiento de la Seguridad Social ha tenido como origen la necesidad de dar incentivos a la población trabajadora, a fin de que ésta logre una mayor y mejor productividad, y es proporcionada generalmente por el Estado que es el encargado de regular las relaciones entre los intereses de los diferentes estratos que conviven en un Sistema Social, para que éste tenga un buen funcionamiento.

En la actualidad existe casi un 60% de la población que -  
no tiene acceso a estos servicios de seguridad social y el - -  
principal objetivo del gobierno es hacerlos extensivos a la co  
munidad.

## CAPITULO III

### LA SEGURIDAD SOCIAL INSTITUCIONALIZADA

#### I. Estructura del servicio médico social

##### 1. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

- A) Cuándo fue creada
- B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo
- C) Funciones que desempeña actualmente
- D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días

##### 2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

- A) Cuándo fue creado
- B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo
- C) Funciones que desempeña actualmente
- D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días

##### 3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE)

- A) Cuándo fue creado
- B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo
- C) Funciones que desempeña actualmente
- D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días

##### 4. Tipos de asistencia médico social

- A) Privados
- B) Públicos
- C) De seguridad social



## CAPITULO III

### LA SEGURIDAD SOCIAL INSTITUCIONALIZADA

La Seguridad Social se institucionaliza cuando se presentan las políticas adecuadas por parte del sistema hacia la totalidad de la población, no sólo a trabajadores, sino a individuos, como a los soldados, a los veteranos y a las viudas y a los huérfanos; esto es, que les distribuye los más antiguos beneficios sociales, los cuales son las pensiones y los botines; otro de los orígenes de la Seguridad Social se encuentra en la Caridad, uno de los postulados religiosos y también en el principio de auto-ayuda a la que pertenecían las sociedades de beneficio mutuo como por ejemplo las sociedades de obreros y artesanos, otra de las clásicas fuentes históricas de medidas de Seguridad Social es la Asistencia Social de los menesterosos, a las personas de escasos recursos económicos, una medida de justicia para así evitar desórdenes sociales en las épocas feudal como en la actual; y por último otra de las características de la Seguridad Social es la que se refiere a la "beneficencia ocupacional", todas estas ramas son las principales predecesoras institucionales de la Seguridad Social.

#### I. Estructura del servicio médico auxiliar

##### 1. Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.)

###### A) Cuándo fue creada

La Ley del 21 de noviembre de 1831 suprimió el Tribunal - Protomédico que había conocido de la Salubridad Pública durante la Colonia y se sustituyó por la Facultad Médica del Distrito Federal.

Por diferentes leyes y decretos, diversas dependencias -- ejercieron competencia en la materia hasta el año de 1917, en que por disposición constitucional se creó el Departamento de Salubridad.

A su vez en la Colonia, fueron dictadas diversas disposiciones en materia hasta el año de 1917, en que por disposición constitucional se creó el Departamento de Salubridad. También fueron dictadas diversas disposiciones en materia de Asistencia: En 1861, se encomendaron a la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación varias funciones asistenciales; por decreto de la Unión, el 31 de diciembre de 1937, se establece la Secretaría de Asistencia. Por decreto el 18 de octubre de -- 1943, se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública de Salubridad y Asistencia, cuyas funciones fueron ratificadas en la vigente Ley de Secretarías y Departamentos de Estado.

#### B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo

Como señaló anteriormente el decreto del 18 de octubre de 1943, se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad para crear la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia cuyas funciones fueron ratificadas en

la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado<sup>1/</sup> y que señalo posteriormente; mismo ordenamiento que quedó abrogado en virtud de la vigencia de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

C) Funciones que desempeña actualmente

ARTICULO 14.- A la Secretaría de Salubridad y Asistencia--  
corresponde el despacho de las siguientes funciones:

- I.- Crear y administrar establecimientos de Salubridad de Asistencia Pública y de Terapia Social en cualquier lugar del Territorio Nacional;
- II.- (Esta fracción fue reformada por Decreto de 21 de di--  
ciembre de 1974, publicado en el "DIARIO OFICIAL" del  
23 de diciembre de 1974 para quedar como sigue):
- III.- Organizar la Asistencia Pública en el Distrito Federal;
- IV.- Aplicar a la Beneficencia Pública los fondos que le --  
proporcione la Lotería Nacional;
- V.- Organizar y Vigilar las Instituciones de Beneficencia--  
Privada en los términos de las leyes relativas a inte--  
grar sus patronatos, respetando la voluntad de los fun--  
dadores;
- VI.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Fede--

<sup>1/</sup> Manual de Organización del Gobierno Federal. 1976. Secreta--  
ría de la Presidencia. México. p. 423.

ral destine para la atención de los Servicios de Asistencia Pública;

- VII.- Impartir Asistencia Médica y Social a la maternidad y a la infancia y vigilar la que se imparte por Instituciones Públicas y Privadas;
- VIII.- Regular la prevención social a niños hasta de seis años, ejerciendo sobre ellos la tutela que corresponda al Estado;
- IX.- Organizar y Administrar Servicios Generales en toda la República;
- X.- Dirigir la policía sanitaria en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuanto afecte o pueda afectar la salud humana;
- XI.- Dirigir la policía sanitaria general de la República con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trata de preservar la salud humana;
- XII.- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro e importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas;
- XIII.- Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario;
- XIV.- Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relacione con los alimentos que puedan afectar a la salud humana;

- XV.- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra;
- XVI.- Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;
- XVII.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la Higiene Industrial, con excepción de lo que se relacione con la Previsión Social en el Trabajo;
- XVIII.- Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuándose aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal;
- XIX.- Organizar Congresos Sanitarios y Asistenciales;
- XX.- Esta fracción fue reformada por Decreto de 21 de diciembre de 1974, publicado en el "DIARIO OFICIAL" del 23 de diciembre de 1974 para quedar como sigue:
- XXI.- Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal;

XXII.- Realizar la Vigilancia sobre el cumplimiento del Código Sanitario y de sus Reglamentos, y

XXIII.- Los demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

#### D) Análisis de cómo ha avanzado hasta nuestros días

En la actualidad, la SSA tiene una función muy importante en materia de seguridad social para la población mexicana, - - pues cubre los servicios médicos y asistenciales de la gente - que no cuenta con recursos para pagar médicos y servicios particulares, y para quienes no cuentan con afiliación a alguna - institución de seguridad social.

Esta institución es la encargada de organizar el sector - salud a nivel nacional, promoviendo planes con las demás insti - tuciones. Tiene a su cargo el control de sanidad de todos los comercios y determina las medidas de higiene que deben regir - en todo el país.

## 2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

### A) Cuándo fue creado

El Seguro Social es el instrumento de la Seguridad Social, mediante el cual se busca garantizar solidariamente organiza-- dos, los esfuerzos del Estado y la población económicamente ag - tiva, para garantizar los riesgos y contingencias sociales y - de vida a que está expuesta esta población y aquellos que de -

ella dependen, para obtener el mayor bienestar social, biológico, económico y cultural posible en un orden de justicia social y dignidad humana.

En México, el Seguro Social, constituye un servicio público nacional, establecido con carácter obligatorio en los términos de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos. Es un Organismo Público, descentralizado, con personalidad jurídica propia, con domicilio en la Ciudad de México, D.F., y encargado de la Organización y Administración del Seguro Social. Con anterioridad a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 5 de febrero de 1917 algunos estados de la República expedieron leyes en materia laboral, que incluiría disposiciones proteccionistas para la clase trabajadora en lo relativo a riesgos profesionales. Sin embargo, los Seguros Sociales ya constituían un anhelo de los trabajadores, manifestado a través de los planes de los precursores de la Revolución, y que habría de consagrarse en la fracción XXIX del Artículo 123 de la propia Constitución, que establecía:

"Se considerará de utilidad social, el establecimiento de cajas de Seguros populares de invalidez, de vida, de cesación-involuntaria del trabajo, de accidentes y de otras con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para difundir e inculcar la previsión popular".

A partir de la Constitución Política de México de 1917, -

las Legislaturas de los Estados y el Congreso de la Unión, con base en la facultad que les otorgaban los Artículos 73, Fracción X y 123 Constitucional, expidieron disposiciones en materia de trabajo y algunas leyes de pensiones y jubilaciones civiles y militares; además surgieron las llamadas sociedades mutualistas, constituidas por agrupaciones de trabajadores.

Durante el gobierno del General Alvaro Obregón se hace el primer intento de establecer una institución encargada de la Seguridad Social, el 9 de diciembre de 1921, aparece un proyecto de ley sobre esta materia.

Por decreto de 17 de septiembre de 1927, el Presidente de la República, General Elías Calles, creó la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, planteando la necesidad de reformar el Texto Constitucional correspondiente a efecto de que la facultad de legislar en materia de trabajo fuera exclusiva competencia del Congreso de la Unión. Con este propósito se publicó el Decreto del Presidente Emilio Portes Gil que promulgó las reformas a los artículos 73 fracción X y 123 de la Constitución, cuya fracción XXIX considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social misma que comprendería los seguros de invalidez, vida, cesación involuntaria de trabajo, enfermedades, accidentes y otros con fines análogos.

Esta reforma abre el camino para la redacción de una Ley acorde a la realidad social, superando las ideas de las mutualidades y cajas de previsión que eran de acción limitada, a la



vez que logra la federalización legislativa en materia de Segu  
ridad Social.

Durante los gobiernos del General Abelardo L. Rodríguez y del General Lázaro Cárdenas, se designaron comisiones encargadas de elaborar nuevos proyectos de Ley del Seguro Social, los cuales constituyeron entre otros, los antecedentes más importantes para la Ley del Seguro Social del 19 de enero de 1943, promulgada durante el régimen del General Manuel Avila Camacho.

La Ley del Seguro Social de 1943, sufrió diversas adiciones y modificaciones, que fue abrogada por la Ley que entró en vigor el 1° de abril de 1973.

#### B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo

1° De acuerdo a la Ley Original del 43 comprendió los riesgos de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales, de enfermedades no profesionales, de maternidad, invalidez, vejez, cesantía involuntaria en el trabajo y muerte, agrupándolos en tres ramos del seguro, cuya denominación original fue ramo de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, seguro de enfermedades, seguro de enfermedades no profesionales y maternidad, y ramo de los seguros de invali  
dez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

2° Con respecto a la Ley del Seguro Social de 1943 es im  
portante mencionar que las funciones que se desempeñaban en --

ese tiempo estaban relacionadas con el aseguramiento de diversos tipos de personas y trabajadores y con la atención que se les prestara.

3° La Ley del Seguro Social de 1943, sufrió diversas adiciones y modificaciones, que fue abrogada por la Ley que entró en vigor el 1° de abril de 1973, con relación a este enuncia-- miento las funciones desempeñadas en ese tiempo son similares-- a las actuales, que señalo posteriormente.

#### C) Funciones que desempeña actualmente

1. Administrar las diversas ramas del Seguro Social.
2. Recaudar las cuotas y demás recursos del instituto.
3. Satisfacer las prestaciones que se establecen en la -- Ley del Seguro Social.
4. Invertir los fondos de acuerdo con las disposiciones - de dicha Ley.
5. Adquirir los bienes muebles o inmuebles dentro de los límites legales.
6. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los- contratos que requiera el servicio.
7. Establecer farmacias, casas de recuperación y de repo- so y escuelas de adaptación, sin sujetarse a condicio- nes de salud, los sanitarios que fijen las leyes y los reglamentos respectivos para empresas privadas de esa- naturaleza.

8. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.
9. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social y sus reglamentos.
10. Expedir sus reglamentos interiores y,
11. Los demás que le atribuyen la Ley del Seguro Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las atribuciones siguientes:

I.- Garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar individual y colectivo. (Art. 2).

II.- Extender el Régimen del Seguro Social obligatorio a los trabajadores de industrias familiares, a los trabajadores independientes, como artesanos, pequeños comerciantes, profesionales y todos aquellos que les fueron similares en los decretos correspondientes deberán fijarse las modalidades y la fecha de implantación (Art. 13).

III.- Extender el Seguro Social, con la aprobación del Ejecutivo Federal, determinando las modificaciones al régimen obligatorio que se requieran para hacer posible el más pronto disfrute de sus beneficios a los trabajadores asalariados del campo, de acuerdo con sus necesidades y posibilidades (Art. 16).

IV.- Decidir sobre la inscripción de un trabajador no asegurado y; la decisión del Instituto no relevará al patrón de sus obligaciones (Art. 25) (Fracción I).

V.- Cancelar el registro de los trabajadores asegurados - aún cuando el patrón omitiese las bajas correspondientes, cuando el Instituto verifique la extinción de la empresa (Art. 25) (Fracción II).

VI.- Determinar los sujetos del Seguro, los grupos del salario que correspondan a los trabajadores, la clase y grado de riesgo en que la empresa debe cotizar y las demás circunstancias relacionadas con la aplicación de la Ley con base en los datos de que pueda disponer. (Arts. 25 y 79).

VII.- Inspeccionar los Centros de Trabajo, los patrones y trabajadores estarán obligados a dar facilidades para hacer expedita y eficiente la inspección; las autoridades federales y locales deberán prestar el auxilio que el Instituto solicite, para el mejor cumplimiento de sus funciones; tener acceso a toda clase de material estadístico, censal y fiscal; obtener, de las oficinas públicas, cualquier dato e informe que se considere necesario, ya sea directamente o por conducto de los órganos autorizados por las leyes correspondientes. (Arts. 25 y -- 241).

VIII.- Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás obligados, así como estimar su cuantía y hacer efectivo el monto de

los capitales constitutivos. (Arts. 25, IV y V).

IX.- Llevar a cabo las valuaciones actuales de las prestaciones contractuales, comparándolas individualmente con los de la Ley, para elaborar las tablas de distribución de cuotas que correspondan. (Art. 28).

X.- Determinar las cuotas correspondientes sobre la base de porcentaje de salarios; el reglamento especificará la forma y términos en que se fijarán las cuotas en este caso. (Art. -- 33).

XI.- Colocar a cada empresa, individualmente considerada, dentro de la clase que le corresponda, de acuerdo con la clasificación que haga el reglamento respectivo, además, el mismo Instituto hará la fijación del grado de riesgo de la empresa, en atención a las medidas preventivas, condiciones de trabajo y demás elementos que incluyan sobre el riesgo particular de cada negociación. (Arts. 78 y 79).

XII.- Determinar el monto de los capitales constitutivos y hacerlos efectivos. (Art. 84).

XIII.- Prestar el Servicio Público que tiene encomendado por la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos, directamente, a través de su propio personal e instalaciones o indirectamente, mediante convenios con otros organismos públicos o particulares (Art. 97).

XIV.- Celebrar contratos con quienes tuvieran estableci--

dos Servicios Médicos y Hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratase de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos; obligar a los concesionarios, empresas o entidades, a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere, y sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto. (Art. 97).

XV.- Elaborar los cuadros básicos de medicamentos que considere necesarios, sujetos a la revisión periódica en los términos del Reglamento respectivo; dichos cuadros estarán constituidos por los medicamentos que reúnan las mayores condiciones de eficiencia, y los médicos de servicio formularán sus prescripciones, ajustándose a los mismos; los cuadros básicos de medicamentos serán obligatorios para las entidades a quienes se otorguen concesiones o quienes celebren contratos (Art. 98).

XVI.- Otorgar préstamos a cuenta de pensiones, sólo en casos excepcionales en los que la existencia económica del pensionado esté amenazada y bajo la condición de que, considerando los descuentos, la cuantía de la pensión no se reduzca a una cantidad inferior a los mínimos establecidos por la Ley y además, la duración del préstamo no exceda de un año. (Art. 127).

XVII.- Contratar individual o colectivamente, seguros fa-

cultativos que otorguen prestaciones en especie del ramo del seguro de enfermedades y maternidad, a familiares del asegurado que no estén protegidas por la Ley, o a personas que no estén comprendidas en los artículos 12 y 13 de la propia Ley. -- (Art. 226).

XVIII.- Otorgar servicios sociales de beneficio colectivo. (Arts. 8 y 232).

XIX.- Fomentar la salud; prevenir enfermedades y accidentes; contribuir a la elevación general de los niveles de vida; organizar unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social (Arts. 233 y 237).

XX.- Impulsar y desarrollar actividades culturales y deportivas y, en general todas aquellas tendientes a lograr una mejor ocupación de tiempo libre; realizar cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo, a fin de lograr la superación del nivel de ingreso de los trabajadores. - (Art. 234).

XXI.- Administrar los diversos ramos del Seguro Social recaudar las cuotas y demás recursos del Instituto; satisfacer las prestaciones que se establecen; realizar toda clase de actos jurídicos, celebrar los contratos que requiere el servicio; adquirir los bienes e inmuebles dentro de los límites legales; establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convalecencia y vacacionales, sin sujetarse a

las condiciones, salvo las sanitarias que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas de esa naturaleza; organizar sus dependencias y fijar su estructura y funcionamiento social; expedir sus reglamentos interiores, difundir conocimientos y prácticas de previsión social y las demás que le atribuyen esta Ley y sus reglamentos (Art. 240).

XXII.- Destinar los remanentes disponibles para la inversión, a préstamos hipotecarios, que se sujetarán a los requisitos establecidos en el artículo 265 de la Ley, en anticipo a pensiones y en acciones, bonos o títulos de instituciones nacionales de crédito o sociedades mexicanas, en los términos -- del artículo 266 y sin que en ningún caso esta última inversión exceda del 5% del total de las reservas (Art. 263).

XXIII.- Resolver las inconformidades que presenten los patronos y demás sujetos obligados, así como los asegurados o -- sus beneficiarios, cuando consideren impugnable algún acto definitivo del Instituto (Art. 274).

XXIV.- Devolver las cuotas entregadas sin justificación legal, sin causar intereses cuando sean reclamadas dentro de -- los cinco años siguientes a la fecha en que hubiere realizado la entrega correspondiente; descontar el costo de las prestaciones ya otorgadas (Art. 278).<sup>2/</sup>

---

<sup>2/</sup> Manual de Organización del Gobierno Federal. México. 1974.- Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal. Secretaría de la Presidencia, p. 510.



Las fuentes de financiamiento del IMSS son las siguientes:

- 1.- Aportaciones de los patrones
- 2.- Aportaciones de los trabajadores
- 3.- Aportaciones del Estado.<sup>3/</sup>

Las prestaciones que otorga en especie:

- 1.- Atención Médica
- 2.- Servicio Farmacéutico
- 3.- Servicio Hospitalario
- 4.- Transporte de Enfermos
- 5.- Aparato de Prótesis y Ortopédicos
- 6.- Ayuda para Lactancia
- 7.- Casas de Descanso y Recuperación
- 8.- Canastilla de Maternidad
- 9.- Centros Deportivos y Sociales
- 10.- Centros Culturales
- 11.- Escuela de Capacitación<sup>4/</sup>

D) Análisis de cómo ha avanzado de ese tiempo hasta nuestros días

En relación al avance que el Seguro Social a partir de la creación de la Ley del Seguro Social de 1943 hasta nuestros días a través de decretos presidenciales se fue extendiendo a

---

<sup>3/</sup> Ruiz Carrasco, Eduardo. Coordinación de la Ley del Seguro Social. México 1972. Edit. Limusa, Wiley, S.A., p. 19.

<sup>4/</sup> Ruiz Carrasco, Eduardo. Op.cit., pp. 19-20.

partir de 1944 en que se iniciaron sus actividades en el Distrito Federal posteriormente abarcó a Guadalajara, Puebla, Orizaba y otras entidades de la Federación y expresamente difirió el aseguramiento de diversos tipos de personas y trabajadores; difirió la incorporación de los trabajadores al servicio del Estado, los trabajadores de empresas de tipo familiar, a domicilio domésticos, trabajadores del campo, temporales y eventuales.

La integración de la población al IMSS es la incorporación de los trabajadores en relación de dependencia, miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas; ejidatarios comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de créditos; trabajadores en industrias familiares, independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, ejidatarios y comuneros organizados para aprovechamientos forestales, industriales o comerciales o en razón de fideicomiso; ejidatarios; comuneros y pequeños propietarios que para la explotación de cualquier tipo de recursos, estén sujetos a contratos de asociación, producción, financiamiento y otro género similar a los anteriores; pequeños propietarios con más de veinte hectáreas de riego o su equivalente en otra clase de tierra; aún cuando no estén organizados crediticiamente; patronos personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio; y personas que-

empleen las entidades federales, estatales o municipales a los organismos o instituciones descentralizadas, que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de Seguridad Social.

Se está llevando a cabo un Programa de Incorporación de población campesina que por sus características facilita su inscripción al régimen del Seguro Social. Este programa comprende esquemas o módulos de aseguramiento adecuados a las condiciones socioeconómicas de los grupos; por lo general se otorgan prestaciones para cubrir las contingencias de enfermedades y maternidad; invalidez total y permanente, vejez y muerte.

La aportación puede ser bipartita o tripartita y se consideran beneficiarios a cargo del trabajador, la esposa y a falta de ésta, la concubina, y los hijos menores de 16 años o 25 si estudian y el padre y la madre con las restricciones que señala el régimen obligatorio del Seguro Social.

El programa se inició en el año de 1972, con la incorporación de los henequeneros de Yucatán; prosiguió con los trabajadores del tabaco en Nayarit en enero de 1973; los trabajadores de la Comarca Lagunera del mismo mes y año; los trabajadores de la industria de la palma en agosto de 1974, los trabajadores de la cera de candelilla de abril de 1975 y los productores de café de junio de 1975.<sup>5/</sup>

5/ IMSS. Aportación a la XI Asamblea General del IMSS. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Tomo I, pp. 212-213.

Con fundamento en lo señalado en la Ley del Seguro Social a través del título segundo, capítulo octavo, relativo a la incorporación voluntaria al régimen obligatorio, el IMSS ha desarrollado una fuerte campaña de inscripción de trabajadores al servicio de la entidad federativa, municipios, universidades y demás organismos y dependencias gubernamentales.

### 3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

#### A) Cuándo fue creado

La Dirección de Pensiones Civiles creada por la Ley de -- Pensiones Civiles de retiro de 12 de agosto de 1925 se trans-- forma en un organismo que se denominará Instituto de Seguri-- dad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a partir de 1960, donde tendrá el carácter de organismo públi-- co descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio pro-- pios cuyo domicilio será la Ciudad de México.

#### B) Funciones que desempeñaba en ese tiempo

Con las funciones que desempeñaba en ese tiempo en que la Dirección de Pensiones Civiles creada por la Ley de Pensiones-- Civiles de retiro de 12 de agosto de 1925 se transforma en un organismo que se denominará: Instituto de Seguridad y Servi-- cios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a partir de 1960 han surgido nuevas necesidades, sufriendo diversas adi

ciones y modificaciones convirtiéndolo en un efectivo y dinámico instrumento de la política de Seguridad Social, pero semejante a las funciones que desempeñan en la actualidad.

C) Funciones que desempeña actualmente

1. Otorgar y administrar los diversos servicios a su cargo.
2. Vigilar la concentración de las cuotas, aportaciones y demás recursos del Instituto.
3. Satisfacer las prestaciones a su cargo.
4. Otorgar jubilaciones y pensiones.
5. Invertir los fondos de acuerdo con las disposiciones de su Ley.
6. Realizar toda clase de actos públicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.
7. Adquirir bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines.
8. Establecer las prestaciones y servicios sociales, así como desarrollar las promociones señaladas en las fracciones IV y V del artículo 3° de su Ley.
9. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.
10. Expedir los reglamentos para la debida prestación de sus servicios y de su organización interna.
11. Difundir conocimientos y prácticas de prevención social; y

12. Las demás que le confieran su Ley y sus Reglamentos.

D) Análisis de cómo ha avanzado desde ese tiempo hasta nuestros días

Desde la época de la Colonia en nuestro país aparecen disposiciones encaminadas a beneficiar en forma especial a los -- servidores públicos con ciertas prestaciones económicas, lo -- que prácticamente representaba un sistema de privilegios mediante los cuales el Estado retribuía a sus trabajadores. Así el gobierno virreinal promovió el establecimiento de prerrogativas a ciertos grupos de sus servidores, pero específicamente a aquellos que formaban parte de la población blanca y que por alguna razón no disfrutaban de premios señoriales. Estas prerrogativas consistían en:

- 1.- Repartimiento de indios a las viudas y vecinos pobres.
- 2.- Pensiones sobre los trabajos de las encomiendas.
- 3.- Pensiones avaladas por la Real Hacienda y
- 4.- Jubilaciones abonadas por la Real Hacienda.

Es hasta el año de 1761 cuando aparece el primer antecedente de una pensión, la cual se otorga a favor de Carlos III-- por sus servicios prestados a la comunidad y al Rey.

En el año de 1761 el gobierno de la colonia dicta la primera disposición para la creación de un Montepío, avocado a -- proporcionar asistencia económica y social a los trabajadores-- que prestaran sus servicios para el virreinato. Esta Ley se -

ve adicionada al incorporar a las viudas y huérfanos de los empleados de los Ministros de Justicia de la Real Hacienda para que pudieran disfrutar de dicha pensión. Sin embargo, su aplicación no fue en forma generalizada y es hasta la confirmación de la independencia en 1824, cuando el Estado se ve en la necesidad de liquidar los Montepíos por las condiciones económicas tan deplorables en que éstos se encuentran y es en 1828 cuando se expide un decreto mediante el cual se les otorga pensión a los trabajadores de la Casa de Moneda. Más adelante, en el mes de abril de 1837 con la precaria situación del erario público, se restringe el beneficio de la Ley de 1828, mediante la cual se dispone que únicamente los casos de suprema vejez o incapacidad absoluta serán motivo de pensión.

Cabe señalar que todos estos esquemas legislados, crearon innumerables injusticias y propiciaron una verdadera anarquía en materia de pensiones y jubilaciones que se traducen en una de las inconformidades para exigir justicia social por parte de la población y que se manifiestan en las demandas planteadas en el movimiento armado de 1910, el cual da respuesta a través de la Constitución de 1917, precisamente en el artículo 123, constituyendo así bases sólidas para la creación de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro en el año de 1925, gracias al espíritu visionario y justo del General Plutarco Elías Calles, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos en esa fecha.

Durante el periodo del General Lázaro Cárdenas, es discutido y aprobado por el Congreso, en el año de 1938, "El Estatuto Jurídico de los Trabajadores del Poder Público", el cual -- contiene disposiciones que amplían y enriquecen la gama de pensiones, el aspecto más relevante de este documento es el que -- por primera vez, se le da al trabajador del Estado una personalidad jurídica propia, garantizándole la seguridad al cargo, a los ascensos en el empleo y a la libre asociación para la de--fensa de sus intereses.

Es conveniente mencionar que dicho estatuto tuvo aplicabilidad sólo para los trabajadores de las dependencias federales, y es hasta el Gobierno del Licenciado Adolfo López Mateos en -- el año de 1959, cuando se promueve la reforma constitucional a efecto de incorporar a la Carta Magna de la República las ga--rantías sociales del Estatuto Jurídico.

En febrero de 1947, se expide un decreto para regular las normas en el otorgamiento de créditos hipotecarios, y es en -- diciembre de ese mismo año, cuando se expide la Ley de Pensiones Civiles, la cual estuvo vigente hasta diciembre de 1959, -- fecha en que por Decreto Presidencial se otorga y se expide simultáneamente la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En dicha Ley se incorporan una serie de prestaciones y servicios que le hacen en--trar en lleno en el ámbito de la Seguridad Social. En el régimen del Licenciado Luis Echeverría Alvarez, la Institución fo-



menta la incorporación de nuevos asegurados al autorizársele - extender su protección a los Estados y Municipios mediante la celebración de convenios de subrogación de servicios médicos.

También durante la administración 1970-1976 la Ley del -- ISSSTE se ve reformada al consagrar el derecho de los servido res públicos a recibir viviendas a través del Fondo de la Vivienda, el cual se financia con la aportación que hace el Estado del 5% sobre los salarios de los empleados.

Finalmente, en enero de 1976, se reforma la Ley del ISSS- TE, la que indudablemente marca nuevos derroteros al Institu-- to. Entre los cambios de mayor relevancia se pueden citar los siguientes:

- Se amplía la cobertura de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a los hijos solteros mayo-- res de 18 años, hasta la edad de 25, previa comproba-- ción de que están realizando estudios a nivel medio su-- perior; a los hijos mayores de 18 años incapacitados física o psíquicamente que no puedan trabajar para obte-- ner su subsistencia; y el esposo de la trabajadora pen-- sionista, que se encuentre incapacitado o bien sea ma-- yor de 55 años y que en ambos casos, dependa económicamente de ella.
- Para calcular el monto de las cantidades que correspon-- dan por jubilación o por pensión, se tomará el promedio

del sueldo básico, disfrutando en los tres años inmediatos anteriores y no en los cinco años que se establecía anteriormente.

- Se amplió de \$200,000.00 a 1,500.000.00 el límite máximo para los créditos hipotecarios.

De esta manera, en forma sucinta, se señalan los antecedentes del Sistema de Seguridad Social de los trabajadores al servicio del Estado, referidos desde la época de la Colonia, hasta llegar a los sucesos ocurridos en esta materia durante la vigencia del régimen revolucionario actual.

#### 4. Tipos de asistencia médico social

##### A) Privados

Es muy importante que en la investigación sobre la adecuación de los servicios médicos respecto a sus derechohabientes se tome un lugar relevante de las instituciones de seguridad social, los diferentes tipos de asistencia médico-social como son los de la medicina privada, que tiene como objetivo conceptual la salud; legalmente se sustenta en el contexto del derecho privado y económicamente en el pago de servicios por el usuario (o por su intermediario) organiza; su oferta en los lineamientos de la empresa privada, individual o de grupo; dirige su oferta a la estructura socioeconómica de alta capacidad "planificada" sus acciones en concordancia con los preceptos del ejercicio de las profesiones; conduce su operación hacia -

objetivos de ganancia; programa sus actividades en función de sus objetivos; para satisfacer la demanda solvente de servicios e inducir necesidades adicionales de demanda, su oferta se caracteriza por un predominio básico de acciones de medicina curativa, y asigna sus recursos por criterios de rentabilidad. La oferta está limitada en cantidad, en calidad, en tiempo y en espacio por factores económicos de los usuarios frente a los objetivos del lucro del oferente.

### B) Públicos

Las alternativas en el sector público para los servicios médicos, como para los derechohabientes en el campo de la Seguridad Social es que la Asistencia Pública dirige su objetivo conceptual a la salud; sustenta sus acciones en el derecho Consuetudinario, en la satisfacción de derechos humanos, se financia por el erario nacional; se organiza en Instituciones de Asistencia y beneficencia; dirige su oferta a la población abierta, de baja capacidad adquisitiva; sustenta su planificación en la política social del Estado, y en la atención de necesidades médicas de población sin acceso por razones económicas o legales, a otro sistema de atención médica; programa sus actividades bajo el criterio de identificar las necesidades populares en función de su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad y jerarquiza sus programas en base a la realidad de los recursos de que dispone, tanto económicos como ma

teriales, humanos y tecnológicos; su oferta de servicios tiende a la medicina integral y asigna el empleo de sus recursos - con criterios económicos frente a las necesidades médico-sociales de la población potencialmente usuaria; su oferta está limitada en cantidad y calidad por factores presupuestales, que restringen sus posibilidades de instalar servicios, en el doble aspecto cuantitativo y cualitativo; no establece límites - de temporalidad para el uso de su oferta; y distribuye territorialmente sus recursos para atender las necesidades populares.

### C) De seguridad social

Las características de los servicios médicos dentro de la seguridad social es que la medicina para derechohabientes tiene como objetivo conceptual la salud; legalmente sustenta su - operación en un Derecho Social; finca su economía en un marco-legal, que establece la participación solidaria de los afiliados, los empresarios y el Estado mediante la aportación de cuotas con orientación hacia autosuficiencia económica, el equilibrio entre ingresos y gastos, sin objetivo de lucro; organiza-oferta en instituciones normadas por criterios jurídicos, técnico-administrativos y médico-científicos, derivados de los ordenamientos legales; dirige su oferta a la población derechohabiente definida por la Ley; sitúa sus objetivos planificadores, en lo conceptual y en lo operacional, en la ley y en el cumplimiento de las obligaciones que ésta le impone; programa sus ac

tividades bajo un criterio de cumplimiento de obligaciones que le exige racionalizar el empleo de sus recursos; las características de su oferta cubre toda la gama de la medicina integral y asigna sus recursos bajo el criterio de la demanda de los derechohabientes, limita el uso de su oferta, en temporalidad, a lo establecido en leyes y reglamentos; en lo cualitativo el único límite es la disponibilidad de recursos humanos, materiales y tecnológicos y finalmente los límites para el uso de la oferta, en espacio, son minimizados mediante una distribución territorial de los recursos, orientada al cumplimiento de obligaciones frente a la dispersión geográfica de los usuarios.<sup>6/</sup>

---

<sup>6/</sup> Novelo Von Glummer, Sergio. Conferencia: Los aspectos sociológicos de la atención médica en las grandes urbes. Encuentro de Sociología Urbana y Disciplinas afines. México 1977, p. 22.

## CAPITULO IV

### ORGANIZACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL ISSSTE EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1. Estructura del personal que imparte el servicio administrativo y médico en el ISSSTE.
  - A) Organización integral del personal administrativo
  - B) Organización del servicio médico
    - a) Clínicas de medicina general (Primer nivel)
    - b) Clínicas de especialidades (Segundo nivel)
    - c) Clínicas de hospitalización (Tercer nivel)

## CAPITULO IV

### ORGANIZACION INTEGRAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL ISSSTE EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

#### 1. Estructura del personal que imparte el servicio administrativo y médico en el ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado como una Institución de Seguridad Social tiene asignada entre sus responsabilidades, la de proporcionar servicios médicos a su población derechohabiente\*, para lo cual cuenta con un órgano denominado "Subdirección Médica", -- que se encarga de organizar la forma en que se deben otorgar. -- Estos servicios cubren los seguros de enfermedad no profesionales y maternidad, los de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, los servicios de reeducación y readaptación de inválidos, y los de prevención de enfermedades. En la suministración de todos estos servicios, la Subdirección médica cuenta con recursos humanos a diferentes niveles, entre ellos el personal médico que por el tipo de trabajo que desempeñan, es el más importante, el personal de apoyo (enfermeras y auxiliares) y el administrativo.

#### A) Organización integral del personal administrativo

La Subdirección Médica del ISSSTE en su función de proporcionar los servicios médicos a sus derechohabientes en la for-

ma más eficaz, cuenta con una serie de coordinaciones, departamentos, etc. que le ayudan a implementar y coordinar los programas de servicios en sus distintas fases, no sólo a nivel -- del D.F., sino en toda el área metropolitana y en los Estados de la República que cuentan con este servicio entre ellos, en su primer nivel de organización tenemos: una Secretaría Particular y una Sección de Asesoría; un Departamento de Relaciones Públicas; una Jefatura encargada de los servicios técnicos normativos, que a su vez cuenta con una subjefatura de apoyo a la atención médica y una subjefatura normativa de sistemas de regulación; y una Coordinación Administrativa. Este nivel de organización estructural del personal, tiene como funciones específicas las siguientes:

- 1.- Proponer a la Subdirección Médica, esquemas de planeación, organización, integración, dirección, control y coordinación de los servicios médicos que hagan posible la consecución de las prestaciones que la Ley establece.
- 2.- Proporcionar a la Subdirección Médica informes y bases técnicas-médicas para la elaboración de sus acuerdos.
- 3.- Proporcionar a la Subdirección Médica y a las Jefaturas aplicativas, servicios y recomendaciones técnico-normativas.

En un segundo nivel de organizaciones y de apoyo a la Sub



dirección Médica, encontramos tres jefaturas que están encargadas de coordinar, dirigir y controlar las prestaciones médicas establecidas en la Ley del Instituto, que a través de unidades médicas se otorgan en su área. Estas jefaturas son auxiliadas cada una por una unidad de evaluación operativa y por una sección de asistencia técnica. Con el objeto de proporcionar un servicio más eficaz, descentralizan sus funciones de acuerdo a las zonas que les toque cubrir, por medio de subjefaturas.

De las tres jefaturas mencionadas, la primera cubrirá los servicios médicos del área metropolitana, tanto en la zona norte como en la sur; la segunda, los servicios médicos del área-foránea con dos subjefaturas en la zona norte, una en la zona-perimetropolitana, una en la zona central y otra en la zona --sur; y la tercera, los servicios de medicina preventiva, con una subjefatura de fomento y diagnóstico de la salud y otra de epidemiología y control de enfermedades.

Todas las subjefaturas tendrán las siguientes funciones:

- 1.- Administrar y mantener una coordinación técnico-administrativa de las unidades médicas ubicadas en su jurisdicción y con las áreas interrelacionadas.
- 2.- Someter al acuerdo del Jefe de los Servicios Médicos del Area, ya sea metropolitana o foránea, todos los asuntos que son de su competencia.
- 3.- Mantener niveles adecuados de eficiencia en la prestación médica dentro de cada unidad de la zona a su cargo.

## B) Organización del servicio médico del ISSSTE

Para proporcionar los servicios médicos directamente al derechohabiente, el Instituto por medio de la Subdirección Médica, cuenta con unidades médicas que tienen diferentes niveles de atención, mismos que están determinados en base a las necesidades y demandas de salud tanto cualitativas como cuantitativas, la evolución natural de las enfermedades, las acciones de las comunidades en favor de la salud y los recursos para la salud específicos. Esta clasificación implica análisis demográficos, estudios epidemiológicos y asignación de recursos.

Habitualmente se consideran tres niveles de atención médica; primario, secundario y terciario, donde encontramos que en mayor grado se establece el primer nivel, con necesidades y problemas de salud más frecuentes; con enfermedades poco frecuentes el tercer nivel, y en el segundo nivel con padecimientos de carácter intermitente. Esta jerarquización de problemas y funciones sólo logra resultados óptimos tanto a nivel regional como nacional, cuando hay una coordinación de los establecimientos.

La Subdirección Médica del ISSSTE organiza la prestación del servicio médico a sus derechohabientes por medio de unidades médicas que funcionan de acuerdo a los tres niveles mencionados anteriormente, donde encontramos dentro del primer nivel, las clínicas de medicina general, en el segundo, las clínicas-

de especialidades, y en el tercero, las clínicas hospitalares.

a) Clínicas de medicina general. (Primer nivel)

Este primer nivel tiene acciones integradas en los aspectos físico, psíquico y social de los individuos.

Las clínicas de medicina general, se van a encargar del control de la población sana, de la protección y promoción de la salud, de prevenir padecimientos, otorgar primeros auxilios y atender problemas de salud comunes e inespecíficos y ciertas enfermedades crónicas. Atiende a los vecinos de un pequeño lugar, colonia, barrio, o a comunidades determinadas y a familias específicas, y estarán ubicadas en la propia comunidad a la que prestan servicio.

El tipo de atención que prestan se realiza prácticamente sobre bases ambulatorias, ya sea con consultorios o en la propia comunidad. El público tiene acceso directo a este nivel, existiendo identificación plena entre el organismo y los usuarios.

Sus funciones están orientadas hacia la promoción y protección de la salud, el fomento de la salud y el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos; de esta manera vemos que se controla el embarazo normal, se vigila al niño sano, se practican inmunizaciones y se otorgan medidas de urgencia de carácter general.

Requiere de un nivel básico de conocimientos, tecnología y habilidades en cuanto al campo de salud; debe estar formado por personas de la propia comunidad, que facilita afrontar individual y socialmente a los beneficiarios; en cuanto al personal, éste debe estar formado por médicos generales, auxiliares de enfermería, enfermeras generales, parteras y estudiantes, - que deben actuar en equipo para servir a la comunidad. El personal debe saber qué tipo de pacientes deben ser enviados a -- otros niveles y actuar como un equipo, enfatizando las medidas de promoción de la salud y pudiendo incorporar elementos de la atención médica tradicional. Los recursos médicos con que - - cuenta, son consultorios, centros de salud, clínicas generales, casas de salud, puestos de fábrica y puestos de urgencias.

En este nivel, el personal debe tener experiencia y preparación acerca de las condiciones de vida, salud y trabajo de - los beneficiarios y de sus gustos en cuanto a alimentación y - recreo; lo que significa que en este primer nivel, se otorgan servicios en la consulta externa y urgencias, curativos y preventivos y se trata de elevar la situación de salud de la comunidad, pretendiendo llegar hasta el hogar, en lugar de esperar que los pacientes busquen la atención médica. De estas clínicas cuenta en el área metropolitana con 32 clínicas:

1. Aragón
2. Balbuena
3. 5 de Febrero
4. Ermita
5. Cuitláhuac
6. Azcapotzalco

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 7. Coyoacán           | 20. Guadalupe     |
| 8. Chapultepec        | 21. Ixtapalapa    |
| 9. División del Norte | 22. Guerrero      |
| 10. Del Valle         | 23. Juárez        |
| 11. Ecatepec          | 24. Perú          |
| 12. Legaria           | 25. Revolución    |
| 13. Moctezuma         | 26. San Rafael    |
| 14. Naucalpan         | 27. Santa María   |
| 15. Narvarte          | 28. Tlalpan       |
| 16. Netzahualcōyotl   | 29. Texcoco       |
| 17. Observatorio      | 30. Villa Obregón |
| 18. Clidda            | 31. Tlalnepantla  |
| 19. Morelos           | 32. Xochimilco    |

b) Clínicas de Especialidades. (Segundo nivel)

A estas clínicas acuden todos aquellos pacientes que requieren para su tratamiento y curación de cierta atención especializada, su enfoque no es integrador, sino en función del individuo, órganos, aparatos o sistemas de su organismo, pero en forma aislada. Estas clínicas cubren grandes grupos de población dentro de varias comunidades, su ubicación está a una distancia media del domicilio del paciente y el tipo de atención que presta es intermitente y por tanto discontinua en consulta externa y hospitalización. Los servicios pueden ser de carácter general o de medicina interna, cirugía, obstetricia y pe--

diatría. Su orientación está encaminada hacia el diagnóstico y el tratamiento tempranos y la limitación del daño. Este segundo nivel requiere de conocimientos, tecnología y habilidades de amplitud y profundidad medias; debe estar formado básicamente por profesionales y técnicos. Los recursos con que cuentan las clínicas aquí descritas son: hospital general, con consultas externas generales, obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Se cuenta con nueve clínicas de este tipo:

1. Churubusco
2. Indianilla
3. Dr. Honorario Villa Acosta (especialidades dentales)
4. Gustavo A. Madero
5. Clínica de Especialidades de Neuro-psiquiatría y Salud Mental
6. Marina Nacional
7. "Oriente"
8. Clínica de Especialidades Peralvillo
9. Clínica de Especialidades Dr. Alberto P. Santiago. Tacubaya.

c) Clínicas Hospitales. (Tercer nivel)

Se identifica este nivel por la atención especializada -- que proporciona, pues los problemas aquí tratados requieren de la participación de servicios altamente tecnificados. Estas -

clínicas cubren a la población enferma con problemas en salud-poco frecuentes y complicadas, dentro de muchas comunidades. - La extensión de esta población varía según la densidad de la población, y las facilidades de transporte, ya que puede estar ubicada a gran distancia del hogar del paciente. La atención-que presta es de tipo episódico y por ello discontinua. Los - pacientes no tienen acceso directo a este nivel, habitualmente son enviados del nivel secundario, y sólo esporádicamente provienen del primario; las funciones que realiza son fundamentalmente las de curación y rehabilitación. En este nivel, el - - ISSSTE cuenta con las siguientes clínicas-hospital:

1. Hospital Lic. Adolfo López Mateos
2. Hospital Constituyentes
3. Hospital Dr. Darío Fernández
4. Hospital Dr. Fernando Quiroz
5. Hospital Dr. Gonzalo Castañeda
6. Hospital General "Ignacio Zaragoza"
7. Hospital "1° de Octubre"
8. Hospital Tecamachalco
9. Hospital "20 de Noviembre"

## CAPITULO V

### INVESTIGACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL ISSSTE A LOS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE ESTUDIO "ARAGON"

#### 1. Antecedentes

#### 2. Estructura organizativa de la clínica

A) Organización administrativa de la  
clínica de estudio

B) Organización de los servicios médicos  
de la clínica de estudio

#### 3. Aplicación de encuestas

A) A Directivos

B) A Médicos

C) A Derechohabientes

D) Conclusión de encuestas



## CAPITULO V

### INVESTIGACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE PRESTA EL ISSSTE A LOS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE ESTUDIO

Para llevar a cabo el objeto de estudio de este trabajo - que es demostrar la inadecuación de los servicios médicos del ISSSTE respecto a sus derechohabientes, se aplicaron una serie de observaciones, pláticas, entrevistas y cuestionarios dentro de un organismo perteneciente a este Instituto. Se tomo como unidad de estudio la Clínica "Aragón" Medicina General (primer nivel), no porque presentara características especiales -- que aportaran información al caso, sino por la facilidad y accesibilidad que representó para el investigador pertenecer al personal administrativo de esa dependencia y estar en contacto directo con la problemática que motivó este estudio.

#### 1. Antecedentes

La Clínica "Aragón" se encuentra ubicada en la colonia -- San Juan de Aragón en la Ciudad de México.

Inició sus funciones el día 23 de julio de 1964 como clínica de adscripción. Esta unidad médica vino a suplir a la -- Clínica Montevideo, cuyos recursos humanos y materiales, así como la población adscrita formaron sus elementos constituti-- vos. En esa época la plantilla de personal estuvo constituida por 32 personas, el Archivo Clínico tenía siete mil expedien--

tes y el promedio diario de consultas era de cuarenta y cinco.

Las primeras actividades comprendieron Medicina General, niños y adultos, Medicina Preventiva y atención médica a domicilio. El primer servicio especializado que se estableció en la clínica fue el de odontología. Posteriormente por las necesidades de atención médica de los derechohabientes se tuvo que trasladar de clínica de adscripción, a clínica tipo, donde se incorporaron los servicios más especializados que requería la comunidad, como cirugía, endocrinología, cardiología, oftalmología, otorrinolaringología, neurología, urología, gastroenterología, así como el laboratorio de análisis clínicos y el servicio de rayos "X". Tiempo después, como consecuencia de una reorganización de los servicios, las tres últimas especialidades y los servicios auxiliares de diagnóstico fueron transferidos a otras unidades médicas. La conversión de clínica de adscripción a clínica tipo, requirió de efectuar modificaciones a la planta física de la unidad. Se construyeron cubículos para consulta, fue ampliado el Archivo Clínico y la farmacia se trasladó de la zona norte a la zona sur de la clínica, habiendo sufrido a la fecha dos ampliaciones. Dichas modificaciones se llevaron a cabo disminuyendo las áreas libres, de paso y sala de espera originales. Es de esperar que en la actualidad, durante las horas de mayor movimiento, existen serios problemas para el tránsito de derechohabientes y personal de la unidad, obstruyendo las labores de limpieza.

Actualmente la clínica tipo "Aragón" tiene una plantilla de ciento veinticinco personas, contándose entre éstas a 53 médicos, dos enfermeras, 28 auxiliares de enfermería, 24 empleados administrativos, cuatro de farmacia, 11 de intendencia y tres veladores. Su población asciende a 63 450 derechohabientes, siendo el promedio diario de consulta de 510.

Las características predominantes de la población derechohabiente de esta unidad se pueden observar en los escasos recursos económicos, bajo nivel educacional, con un alto porcentaje de analfabetismo, familias numerosas y alto grado de desnutrición, aunado todo ello a un medio con amplias zonas insalubres.

Como corolario, se puede decir que la clínica tipo "Aragón" está próxima a la saturación de la capacidad instalada, siendo recomendable que se continúen estudios de mejoramiento administrativo en lo interno y estudios del medio ambiente y de la población derechohabiente, en lo externo.

## 2. Estructura organizativa de la clínica.

### A) Organización administrativa de la clínica de Estudio.

La organización administrativa de la clínica "Aragón" depende de la Subjefatura de los servicios médicos del área metropolitana zona norte. Dentro de la clínica el primer lugar dentro del organigrama organizativo, lo ocupa la dirección que tiene a su cargo la función de planear, dirigir, controlar, y

coordinar el funcionamiento de la unidad en su conjunto, manteniendo eficiencia y costos razonables en la prestación médica otorgada a la población derechohabiente; además de dar audiencia al público cuando se requiera solucionar algún problema -- que necesite de la participación dentro de su competencia.

La Dirección tiene para su auxilio un Consejo Técnico que le facilita la unidad de mando y dirección que mejore la información al público asistente a la unidad y la forma como se atiende y conduce al paciente en los servicios.

De la Dirección depende la Subdirección que tendrá como funciones, planear, dirigir, controlar y coordinar los aspectos técnicos de la atención médica otorgada por la unidad, manteniendo la eficiencia y costos razonables en su prestación, además de ser un punto de apoyo a la Dirección. Entre sus funciones también tendrá la de dar audiencia al público, planear y establecer procedimientos de trabajo que permitan la atención de un mismo grupo de derechohabientes por cada médico de la unidad.

La Subdirección se encargará de coordinar los servicios médicos que deben ser prestados al derechohabiente, como son: consulta externa, atención médica a domicilio, enfermería, etc. y cuenta para control de estos servicios con una sección de archivo clínico.

La Dirección tiene también otro punto de apoyo en el aspecto administrativo que es el Departamento de Administración,

el cual proporciona a la unidad en general, los servicios de personal, suministros, intendencia, mantenimiento, etc., necesarios para la oportuna y eficiente atención del derechohabiente. Se encarga de coordinar en estrecha colaboración con los jefes o responsables respectivos, el buen funcionamiento de los servicios de farmacia, trabajo social y vigencia de derechos de la unidad, supervisando el cumplimiento de sus programas y sistemas de trabajo. Tiene la función de proponer y en su caso, aplicar procedimientos que permitan el aprovechamiento óptimo de los recursos con que se cuentan.

Colabora en la ejecución de las actividades de relaciones públicas, supervisando que se otorgue buen trato e información completa y veraz al público que está en contacto con la unidad.

Coordina la programación anual de actividades de los servicios que le dependen directamente, fijando las fechas de revisión y control de avance.

Participa en las sesiones del Consejo Técnico de la Unidad desempeñando las funciones de la Secretaría respectiva. Se encarga de dar trámite oportuno a los movimientos de personal de la unidad (altas, bajas, permisos, licencias, vacaciones, sustituciones, dobles turnos, horas extras, estímulos, sanciones, etc).

Controla la asistencia del personal administrativo y para médico de la unidad, y certifica todo reporte de asistencia, -

ausentismo, sustitución, guardería, tiempo extra, turnos especiales o cualquier otro relacionado con el personal, a fin de que la Dirección disponga de la información necesaria para proceder a su autorización o rechazo.

Elabora los programas de adiestramiento y capacitación para el personal bajo su dependencia y participa en eventos técnicos o académicos, reuniones de trabajo a que convoquen las autoridades, previa autorización del director de la unidad.

Este departamento de Administración cuenta para realizar sus actividades, con las oficinas de vigencia de derechos, trabajo social, farmacia, servicios administrativos y servicios generales.

La oficina de servicio de vigencia de derechos tiene por objeto, lograr que en la clínica se proporcione atención médica únicamente a pacientes con derecho a ella.

Las funciones que desempeña son las siguientes:

- Informa al derechohabiente sobre los requisitos que debe cumplir para recibir la atención médica en la unidad que le corresponda según su domicilio.
- Comprueba trimestralmente la vigencia de derechos de la población derechohabiente que solicita atención médica en la unidad o a domicilio.
- Confirmar la vigencia de derechos de los pacientes que son realizados o canalizados hacia otras unidades médi-

cas, sellando y firmando los pases correspondientes.

- Efectúa cambios de adscripción de clínica a los derechohabientes cuyo nuevo domicilio así lo justifique, conforme al catálogo vigente de zonificación de unidades médicas.

El área de servicio de trabajo social, se encarga de promover el bienestar social, individual y colectivo en la comunidad derechohabiente y entre los empleados de la unidad a través del mejoramiento de las relaciones interpersonales y la humanización de la atención médico social.

Tiene la función de orientar al derechohabiente sobre el funcionamiento de la clínica, sus derechos y obligaciones; elaborar programas sobre salud pública en coordinación con el servicio de medicina preventiva; investigar el medio familiar y social de los pacientes, a fin de orientarlos en la mejor solución de su problema.

El servicio de farmacia se encarga de recibir y codificar las recetas médicas presentadas por los derechohabientes a fin de surtirlos, llevar un control de la existencia de los medicamentos, su caducidad y reportar a la Subdirección sobre el total de recetas y medicamentos surtidos y subrogados por el servicio.

El área de servicios administrativos se encarga de distribuir, controlar y administrar el fondo presupuestal que es asignado a cada actividad y área de la clínica, a fin de que -

funcione sin contratiempos. Se encarga de establecer las relaciones con el personal que labora en la clínica, vigilando - que se cumpla con el reglamento vigente y que se otorguen las prestaciones correspondientes. En una palabra, vigilar que se cumplan tanto sus obligaciones como sus derechos.

Los servicios generales también estarán bajo la dirección del Departamento de Administración y se encargarán del servicio de intendencia, de mantenimiento de toda la unidad, del -- servicio de transporte tanto de unidades médicas como particulares al servicio del personal de la clínica; y del servicio - de vigilancia y seguridad, tratando de que este tipo de servicios se coordinen con el personal, a fin de lograr un óptimo - rendimiento en el servicio al derechohabiente.

#### B) Organización de los servicios médicos de la clínica de estudio

Los servicios médicos de la "Clínica Aragón" dependen de la Subdirección de la unidad y se distribuyen en cuatro áreas: servicios médicos, consultorías, servicios auxiliares de diagnóstico y servicios complementarios.

Servicios Médicos. Estos servicios cuentan con medicina general tanto para niños como para adultos, donde acuden los - pacientes por primera vez para diagnosticar el padecimiento a - fin de ser recetados o canalizados al servicio que requiera el tratamiento a seguir para su curación: se otorgan las licen- -



cias médicas que en razón del estado de salud del paciente ame riten ser extendidas a sus lugares de labor.

Se presta el servicio de atención médica a domicilio que se encarga de cubrir la demanda de este servicio de los derechohabientes de la unidad, cuya afección les impida trasladarse hasta la misma, proporcionando el servicio con eficiencia y cordialidad.

El servicio de medicina general también debe tratar de do tar a la comunidad de la educación higiénica requerida para el saneamiento del medio y la preservación de la salud. Debe lograr el control de las enfermedades transmisibles por medio de programas sobre prevención de enfermedades, en coordinación -- con el servicio de enfermería y de trabajo social.

Consultorías. Las consultorías que se imparten en esta clínica corresponden al área de gineco-obstetricia, donde se incluye el servicio de planificación familiar mismo que se extiende aún a los no derechohabientes, y la de pediatría, para los infantes dependientes de los afiliados al Instituto, y que es especialidad en enfermedades propias de la niñez.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico. Este tipo de servicios es un área de gran apoyo en los servicios médicos, pues se cuenta con laboratorio y sección de radio-diagnóstico, mismos que permiten la agilización de la detección y diagnóstico de las enfermedades, logrando una más pronta recuperación del paciente.

Servicios Complementarios. Este tipo de servicios auxilian al personal médico en el servicio al paciente y son de gran importancia en su funcionamiento, entre ellos tenemos, el servicio de enfermería que se encarga de dotar a la comunidad de la educación higiénica requerida para el saneamiento del medio y la preservación de la salud, por medio de procedimientos preventivos, como es la inmunización y pruebas biológicas a los miembros de la comunidad.

El personal de enfermería es un gran apoyo al servicio médico, pues asume funciones médicas que bajo supervisión pueden ser realizadas por éste, dando al médico oportunidad de acelerar el servicio.

Otro servicio complementario es el trabajo social, que ya mencionamos en el punto anterior, así como el de farmacia.

El archivo clínico es de gran importancia dentro del servicio médico, pues permite tanto a la unidad como a los médicos en particular, tener un control estricto de los pacientes que se atienden, las enfermedades que presentan, la frecuencia de éstas, y de ésta manera, en base a estadísticas y programas que se implementen, logra dar un mejor servicio, contando con datos precisos.

### 3. Aplicación de encuestas

En el desarrollo de esta investigación dentro de la Clini

ca Aragón del ISSSTE, se llevaron a cabo una serie de entrevistas que fueron aplicadas al personal integrante de esta Institución así como a sus derechohabientes, con el fin de detectar y analizar si existe una adecuación de los servicios que ofrece el Instituto, a sus afiliados, de lo cual se obtuvieron no sólo los resultados perseguidos, sino que se detectaron problemas aleatorios que propician un mal funcionamiento a nivel general.

#### A) A directivos

Los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a nivel directivo fueron los pronosticados en nuestras hipótesis, entre los que nos encontramos con los siguientes: Una fuerte dependencia de la Subdirección Médica General, que dicta y elabora políticas de trabajo para todas sus clínicas, que no siempre son factibles dentro de las áreas operativas y son incongruentes con la población a la que se atiende.

Por otro lado, los canales de comunicación que podrían hacer que esta situación fuera notada o solucionada por quien dicta estas políticas, no responden a los requerimientos y necesidades de la clínica.

No existe un apoyo directo de la Subdirección Médica, sino solamente a nivel de ordenamientos, pero no de presupuesto o estímulos para lograr un servicio tanto para el derechohabiente, como un incentivo para el personal que labora en el Instituto.

Existe una falta de apoyo para lograr integrar todos los servicios que están programados a dar, como es el crear un plan de medicina preventiva, pero no se cuenta con un cuadro básico de medicamentos completo que permita lograrlo, además de que existe una duplicidad de funciones debido al burocratismo de la Institución, además de que no se cuentan con los instrumentos médicos necesarios para un servicio integral, por tratarse de una clínica de primer nivel, en la que se requiere dar servicios de segundo y tercer nivel aunque de hecho en algunas ocasiones se ven precisados a darlos, pero no con la eficiencia adecuada.

No existe un programa de capacitación permanente al personal médico que los actualice y los prepare para el desempeño de sus funciones dentro de la zona a la que están adscritos.

#### B) A médicos

En las entrevistas aplicadas al personal que imparte el servicio médico, encontramos que se nota una inconformidad en cuanto a su dependencia de la Subdirección Médica, no tanto como jerarquía a la cual deben obediencia, sino como organismo que no permite el desarrollo de la práctica médica dentro de sus clínicas, principalmente por no contar con los canales de comunicación adecuados para proponer, discutir o solicitar el material, capacitación o manifestar las necesidades que se les presentan en el desarrollo de su actividad. Pues se detectó -

que los puestos a nivel superior son ocupados por gente que la mayoría de las veces no está relacionada con la práctica médica, por lo tanto no tiene interés por el desarrollo de ésta, y muchas veces ni a nivel administrativo que por lo menos daría como resultado un buen funcionamiento en materia de coordinación y comunicación.

Se detectó una inconformidad en materia salarial, misma que les impide desarrollar su labor en toda la capacidad de -- que disponen, pues se ven obligados a compartir su tiempo en -- otras actividades que les reporten mayor ingreso para su subsistencia y bienestar. Este es un punto muy importante que de atenderse y estimularse, lograría que los médicos dieran el -- 100 por ciento de su capacidad. Esta misma situación no permite una buena relación médico-paciente, en la que el médico al compartir su tiempo, no puede encargarse de una atención integral en la que analizara el aspecto psicológico relacionado -- con el biológico y el familiar, para detectar las enfermedades que muchas veces no tienen un tratamiento con medicamentos, si no que deben ser canalizados a terapias de otro tipo. No existe una capacitación que les proporcione los adelantos logrados en materia médica para poderlos aplicar y desarrollar en su lugar de trabajo, y los recursos esporádicos que se dan, son de ínfima calidad, solamente por cubrir un requisito a nivel institucional, que en lugar de promover el interés, crea una apatía y aversión por las políticas que se dictan a nivel general.

En relación a la Integración de las Instituciones de Salud; S.S.A., I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. los médicos manifestaron que es positiva aquella, por las ventajas para lograr que el médico esté el mayor tiempo posible en sus centros de trabajo, evitando tener así más empleos, con posibilidades de proporcionar asistencia privada, obtener mayor capacitación académica, con más tiempo para atender adecuadamente al paciente; - mejorar la enseñanza y evitar duplicidad o triplicidad de funciones con fugas de dinero, el cual sería complicado en mejorar sueldos y recursos materiales para el beneficio social integral de la población.

### C) A derechohabientes

En las entrevistas realizadas a los derechohabientes de la Clínica Aragón, encontramos como es lógico, reflejadas todas las deficiencias e inconformidades que se presentaron en las aplicadas a los directivos y personal médico de la Institución.

En primer lugar, se tiene una mala imagen a nivel general de la clínica como Institución, en la que no se da un servicio eficaz y amable como debiera ser. El derechohabiente recibe mal trato en general, lo que va propiciando que los pacientes vayan esporádicamente o sólo en caso de problemas muy graves, cuando ya la clínica los tiene que canalizar a otra de un nivel superior, lo que hace que el paciente la mayoría de las ve

ces se retire definitivamente buscando otro medio para solucionar su problema.

La mayoría de los derechohabientes afiliados no acepta como buenos los medicamentos suministrados por el ISSSTE, por -- considerarlos paliativos o de muy bajo poder curativo, que saben no dependen del médico que los suministra, pues él receta lo que puede dar la Institución, pero que no sirven para sanar al paciente en forma definitiva.

No hay una coordinación dentro de la clínica para dar el servicio médico, pues el paciente tiene que pasar por un proceso muy largo, cubriendo requisitos de servicio para ser atendido después de una espera excesiva, malos tratos por parte del personal administrativo, y encontrarse con una atención médica rápida pero no eficaz, donde sólo se le recetan paliativos que no acaban con su enfermedad.

El derechohabiente está consciente de la sobrecarga de -- trabajo que tienen los médicos que le atienden, pero como ello no se puede solucionar el problema de atención que requiere.

El paciente nota una deficiencia del personal médico de -- la Institución en relación con los médicos particulares a los que prefiere acudir, por tener más confiabilidad con los resultados que les proporcionan tanto a nivel de servicio, tratamiento, diagnóstico y curación.

#### D) Conclusión de encuestas

Integrando los resultados de las entrevistas realizadas - tanto a nivel de directivos, de personal médico y de derechohabientes, podemos concluir lo siguiente:

a) Existe una relación de dependencia de la Subdirección Médica que no permite un desarrollo integral de la clínica y de sus servicios; no existen los canales de comunicación entre directivos y personal, que permitan solucionar los problemas que se presentan. Las políticas que se dictan a nivel institucional no son congruentes con las clínicas, el personal que labora en ellas y los afiliados a los que se atiende. La organización que se da es cerrada y no tiene una amplitud para dar los cambios necesarios.

Es necesario llevar a cabo una revisión a nivel Institucional, detectando las necesidades que prevalecen para darles solución, tomando en cuenta la opinión e intereses tanto del personal como de los derechohabientes. La burocratización del servicio empieza desde los más altos niveles, misma que repercute en los afiliados y en la imagen del Instituto.

b) Los servicios que presta la clínica son solamente a nivel de medicina general (primer nivel) por lo que no cubren -- las necesidades que demanda la población, si tomamos en cuenta que ésta sólo acude a solicitar asistencia médica cuando se encuentra en un estado de gravedad, o cuando su caso necesita --



ser trasladado a una clínica de segundo o tercer nivel, repercutiendo en la demora de su tratamiento o propiciando que el paciente por temor a no ser atendido en otra clínica o a tener que pasar por numerosos trámites burocráticos acuda a un servicio particular que aunque le represente un gasto fuera de su presupuesto, le brinde una atención rápida y eficiente.

c) La medicina preventiva no funciona adecuadamente, pues como dijimos anteriormente, los pacientes no acuden a revisiones preventivas por falta de tiempo, además de que los médicos no prestan una atención adecuada en ese tipo de servicio, pues tienen preferencia quienes se encuentran en un estado delicado.

d) El personal médico no presta un servicio eficiente debido a las diferentes actividades que se ve obligado a desempeñar, como sería el trabajo de dos turnos ya sea en la misma o en otra clínica, debido a los bajos salarios y estímulos que tiene por parte de la jerarquía institucional, que no le permitirían obtener un desarrollo profesional y humano. Por lo tanto, su trabajo lo efectúa mecánicamente y sin procurar hacer aportes al desarrollo tanto de la clínica como de la ciencia médica en general.

e) No hay programa de capacitación para el personal de la clínica, ni siquiera a nivel médico, que sería el mínimo deseable como un requisito de funcionamiento. Esta falta de capacitación origina que el médico se estanque al entrar a formar parte de la Institución, pues desarrolla su trabajo tal y como

se lo enseñaron pero sin innovar o descubrir nuevas alternativas, dando como resultado que la medicina también se estanque o que médicos recién egresados, que tengan los conocimientos más recientes, vengan a desplazarlos.

f) No existe un departamento de investigación que promueva y desarrolle el desarrollo de la ciencia médica o que trate de agilizar el detectamiento y diagnóstico de enfermedades; lo cual estimularía profesionalmente al personal médico que se preocuparía por seguir preparándose y por atender mejor a sus pacientes con el fin de aprender más.

g) El médico tiene una sobrecarga de trabajo que no le permite dar un buen servicio al derechohabiente, pues se le saturan de pacientes que deben ser atendidos en el menor tiempo posible, con medicamentos insuficientes e inadecuados y con una deficiencia tremenda de instrumental.

h) El servicio administrativo es sumamente burocratizado donde existe una duplicidad de funciones que hacen más lento y complicado el trámite de prestación de servicios médicos.

i) Los puntos anteriores vienen a culminar en el resultado más importante de la prestación de este servicio, que es la deserción de los pacientes de los servicios médicos, que al no verse atendidos eficientemente por el médico, al tener que esperar tiempo excesivo, hacer numerosos trámites y recibir un mal trato por parte del personal administrativo, prefiere acudir al servicio médico particular que le ofrece mejores resul-

tados aunque tenga que desembolsar un dinero que no tenía previsto, además de dejar la cuota que se le descuenta por afiliación al Instituto sin ser utilizada; creando una imagen deprimente de la atención que brindan las Instituciones de Seguridad Social en nuestro país.

### Tiempo y espacio

De acuerdo a las hipótesis y variables que trabajamos en el diseño y a los indicadores que surgieron de la operacionalización, elaboramos un cuadro de preguntas que a inicio de 1978 sometimos a comprobación, resultando una nueva implementación-técnica, debido a que no visionamos otras necesidades. Ya en 1979, septiembre y agosto de 1980 se llevó a cabo una encuesta que variaba en la forma y contenido de acuerdo a quien iba dirigida, esto lo estipulamos por necesidades básicas, como también reconociendo la tabla de jerarquización que existe en la Institución en cuestión.

## CAPITULO VI

### LAS POLITICAS SOCIOLOGICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

- A) Políticas de aplicación para los servicios médicos
  
- B) Políticas de aplicación al derechohabiente

## CAPITULO VI

### LAS POLITICAS SOCIOLOGICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Es indudable que para lograr la realización armónica y -- equilibrada de la actividad social en un Estado, se requiere - de una planificación a nivel gubernamental.

Esto significa disponer de medios adecuados para lograr - dicha planificación. La industrialización, el avance técnico- y científico de nuestros días ha traído en general a la mayor- parte de la población grandes beneficios que, sin embargo, no le han permitido lograr un equilibrio material y espiritual, - debido a la repartición inequitativa de las riquezas y recur- sos. La Seguridad Social es, sin duda, uno de los movimientos tendientes a lograr ese equilibrio y por tanto una solución al problema del equilibrio humano, lo cual consiste en brindarle- trabajo, educación, atención de salud y desarrollo integral de su personalidad.

Las instituciones de Seguridad Social son parte integral- del Sistema y busca cubrir esta necesidad y por eso tiene como preocupación fundamental la defensa del hombre y su familia -- contra los problemas sociales que se le presenten. Su sosteni- miento y progreso está cimentado en las fuerzas de la solidari- dad, es decir, en la cohesión interna del grupo humano contan- do con todos los elementos unificadores que le proporcionen, -

de manera integral, esta calidad y categoría.

Las instituciones de Seguridad Social son los instrumentos prácticos de la preocupación de los estados modernos en esta materia, los cuales pueden asegurarse, se ven frenados en su política social por una especie de pánico a la solidaridad-mencionada, sencillamente por no ser ésta comprendida por el mismo grupo que debe darle vida y vigor. Es así como prevalece el desequilibrio individual y social, lo que trae aparejada la inseguridad en que vivimos, y por lo que urge una educación y preparación colectiva, principalmente suministrada a las personas que hay de fomentar y utilizar los servicios de la seguridad social.

Es necesario, en el plan educacional e informativo, delimitar bien el contenido y funciones de la Seguridad Social y de las instituciones que la prestan, frecuentemente confundidos, para hacer resaltar que la primera es en sí la finalidad y los Seguros son solamente el elemento técnico más valioso para la realización de ésta.

Cabe hacer mención que en nuestro país el progreso de la Seguridad Social y su conocimiento, están en franca desproporción con nuestra legislación sobre el trabajo, una de las más-completas y avanzadas del mundo, y que es necesario por lo tanto, intensificar dicho progreso.

Las instituciones con que contamos en la actualidad (SSA,

IMSS, ISSSTE entre ellas), se han visto contaminadas por la burocratización que existe en nuestro país, misma que hace deficiente el servicio a sus derechohabientes y por lo tanto no -- cumplen con la función de seguridad social que tienen asignada para los ciudadanos del país.

Es urgente erradicar esta contaminación de los servicios médicos de seguridad social, que repercuten en la población y en el atraso del país, organizando los servicios médicos y adecuándolos a las necesidades que se presentan, estableciendo un contacto más íntimo entre médico y paciente, que evite la deshumanización de la medicina, promoviendo una organización que permita el trato continuo entre los pacientes y su médico.

Para que el médico familiar, el especialista de clínica y los especialistas de los hospitales, así como todo el personal técnico auxiliar de los mismos puedan cumplir con mayor eficiencia su labor, es indispensable que se dediquen íntegramente en tiempo y capacidad a la función que tienen encomendada. Por lo cual deben establecerse sistemas de jornadas de trabajo que eviten que este personal labore en dos o más instituciones, con lo cual hay el riesgo de que disminuya la calidad e intensidad de servicios en cada uno de sus empleos; y además hacer una revisión constante del profesionalismo médico que se da a los derechohabientes.

Es importante como en cualquier tipo de trabajo, el uso de incentivos y estímulos al personal, pues desde el punto de

vista psicológico, el hombre reacciona positivamente, cumple mejor con su trabajo y da un mejor servicio cuando se le presentan objetivos a alcanzar, metas por las que tiene que esforzarse.

Estos estímulos se pueden otorgar en base a una integración y coordinación tanto médica, como con los diferentes servicios que actúan en forma conjunta para atender al paciente, estableciendo políticas institucionales que rijan el funcionamiento de la unidad.

A) Políticas de aplicación para los servicios médicos

a) Determinar la calidad de los servicios prestados por los médicos y servicios de Consulta Externa, hospital y atención a fin de detectar las deficiencias que se presenten y poderlas corregir.

b) Establecer un grado de coordinación entre los diferentes servicios que actúan en forma conjunta para atender al paciente.

c) Planificar la atención médica para mejorar los servicios en base a las experiencias anteriores.

d) Hacer uso del servicio de archivo y estadístico, a fin de hacer un balance de recursos humanos, e índices de rendimiento en las áreas de atención médica.

e) Valorar los costos de funcionamiento de la unidad, a --



fin de mejorar instalaciones y equipos, y sin reducir eficacia, canalizar los recursos que se utilizan en la duplicidad de funciones.

f) Seleccionar casos clínicos que por su interés e importancia sean objeto de investigación y/o enseñanza, a efecto de utilizarlos como material de estudio y de esa manera promover entre los médicos el deseo de dar o crear nuevos aportes de la ciencia médica.

#### B) Políticas de aplicación al derechohabiente

El derechohabiente es el elemento más importante dentro del funcionamiento del ISSSTE, por lo tanto, todas las políticas que se elaboren tanto para los servicios médicos, como para todo el demás personal, repercutirán positiva o negativamente en la prestación y servicio que se le da. Pero se deben implementar políticas que le beneficien directamente en el proceso de la prestación de servicios médicos, entre ellas podemos tomar en cuenta las siguientes:

a) Investigar prioritariamente las estructuras demográfica y socio-cultural de la población derechohabiente, concentrando para ello y para su revisión periódica, acciones conjuntas con las demás dependencias del Instituto.

Esta política es primordial, tanto para el derechohabiente como para el Instituto, pues en base a los resultados que se obtengan de esta investigación, se pueden implementar pro-

gramas de medicina preventiva, que obviamente al aplicarse, reducirían costos al bajar el índice de enfermedades y se obtendría una población más sana, que requeriría menos servicios médicos por enfermedades frecuentes, o de largo tratamiento.

b) Reforzar la educación para la salud en la población de rechobabiente y orientarla a una participación activa en los - programas médico preventivos.

c) Ampliar la difusión y la ejecución de las acciones contenidas en el área programática institucional de la medicina - del trabajo.

d) Adecuar las clínicas de primer nivel a las necesidades de la población, de tal manera que se ofrezca una atención integral a los derechohabientes, no cubriendo totalmente los - - otros dos niveles, pero procurando que se den las bases para - el tratamiento posterior y que la canalización a otros servi- - cios sea rápida y continua.

e) Otra de las políticas a seguir, es la señalada por el gobierno federal en 1980 en el sentido de proporcionar servi- - cios gratuitos a todos los niveles de atención a las personas - de escasos recursos económicos, no importando que estén o no - afiliadas a cualquier Institución de seguridad social. Esta - medida tendría resultados óptimos, pues al prestar servicios a toda la población de una zona no importando su afiliación, se - lograría una atención integral, pues se podrían erradicar en-

fermedades que por su frecuencia son fácilmente transmisibles, además de que las medidas de prevención tendrían un carácter general.

## RECOMENDACIONES

1. Es necesario realizar un diagnóstico social por zonas a fin de detectar enfermedades, tipología, características de la población, etc. y así adecuar los servicios médicos a los derechohabientes, tratando de dar un lugar preponderante a la seguridad social.
2. Es necesario implantar las políticas institucionales en el aspecto social, de los servicios médicos, para lograr buenos resultados en la atención médica que se presta a los derechohabientes. Esto con el objeto de que el afiliado tenga confianza en el servicio que se presta.
3. La atención médica que se brinda al enfermo debe ir acompañada con elementos concientizadores (preventivos, incidencia social, etc.), a fin de que sea adecuada y eficaz y en un futuro sólo sea preventiva.
4. Es necesario implementar una serie de expectativas de rol complementario al personal médico a fin de que mejore la atención al derechohabiente ya sea en el aspecto económico, bienestar, capacitación especializada institucional.
5. Es indispensable para la adecuada atención médica un trabajo interdisciplinario, donde médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos y trabajadores sociales participen en estudio clínico, elaboración de ficha social y tratamiento recuperacional al asistido a fin de darle una atención integral.

6. Es importante la incorporación del contacto primario comunitario al esquema tradicional de niveles de atención médica porque de esta manera permitiría desarrollar sistemas de mayor eficacia y menor costo para la protección máxima de la salud.
7. La reestructuración de las unidades médicas atendiendo a los niveles de atención que satisfacen las necesidades de los derechohabientes, para que de esa manera haya una adecuación con el servicio que se presta.
8. La formalización de las acciones encaminadas a educar a la población derechohabiente, donde se incluyen entre -- otros aspectos los nutricionales y los de higiene y reproducción, para que de esta manera se permita aumentar la -- eficiencia en la administración de los servicios y lograr una atención óptima del personal médico.
9. El apoyo a los programas de promoción de la salud y de -- protección oportuna de las enfermedades que permita eventualmente el equilibrio de sus partidas presupuestales -- respecto a las destinadas a la atención curativa. Para -- que así el Estado incremente su capacidad en los progra--mas sociales de salud para el desarrollo integral del -- país.
10. Para lograr la adecuación de los servicios médicos en sus derechohabientes, no solamente en el aspecto interno, es-

esencial la coordinación de todos los recursos humanos -- que componen los servicios médicos de las instituciones de salud para así mediante la integración de la S.S.A., - IMSS, ISSSTE, llevar una eficiente atención médica a toda la población.

## CONCLUSIONES

El Estado ha trazado un marco de acción social en el aspecto de las prestaciones sociales a las colectividades que componen a la población derechohabiente. Sin embargo, el Estado en este momento no ha logrado una equitativa distribución de las prestaciones económicas y sociales a todos los estratos que componen la población, dejando de lado aquellos sectores no importantes para el sostenimiento del sistema productivo y el Estado.

Es indispensable desconcentrar, llegando inclusive hasta la descentralización de acuerdo a la tónica marcada por el actual Ejecutivo Federal, los servicios médicos para que el Estado asuma eficientemente la responsabilidad de atender a la población derechohabiente.

Todavía es posible observar que no se imparten los servicios médicos adecuados a los sectores marginados, por la negligencia, falta de recursos humanos y materiales de calidad para la adecuada atención médica que se brinda a los derechohabientes.

Es necesario implantar primordialmente un modelo tipo de clínica de especialidades y hospital donde se brinden los adecuados servicios médicos en los aspectos humanos, científico, técnico, etc. para así ampliar la cobertura a todas las colectividades.

Para el sector de la salud si hubiera una buena adecuación social de los servicios médicos en sus derechohabientes,

lograría incrementar el rendimiento de éste (derechohabiente)- y le permitiría que aquellos alcanzaran las prestaciones sociales con que se les beneficie, también mejorarían la producción en las actividades laborales que les corresponda.

Todas las instituciones del Estado tienen fines diferentes de promover el desarrollo integral a las colectividades, - pero también tienen funciones semejantes de servirles, así como obtener ganancias económicas para beneficio de las colectividades, tanto como para las instituciones serían mayores.

El Estado no ha adecuado los SERVICIOS MEDICOS A SUS DERECHOHABIENTES, porque no ha tomado en cuenta las características específicas y las necesidades de la población a la que se atiende.

Las Instituciones de Salud no han establecido Programas de Estímulos e Incentivos para el Personal Médico, Paramédico- y Administrativo necesarios para rendir con eficiencia, con el fin de impartir una mejor atención médica a la salud de los Derechohabientes.

El Estado no ha implantado Programas de Capacitación necesarios para los médicos sobre atención médica para atender adecuadamente a la población derechohabiente.

El Estado no ha establecido Programas de Capacitación Administrativa para la salud respecto a la atención médica con el fin de agilizar los trámites burocráticos y prestar eficiencia



temente Atención Integra a los derechohabientes.

Existe desconfianza por parte de los derechohabientes a - que los atiendan en las Clínicas cuando la enfermedad es avanzada, porque se carece del Servicio Médico que le corresponde de acuerdo a su padecimiento y por esta razón está obligado a utilizar un Servicio Médico Particular.

## BIBLIOGRAFIA

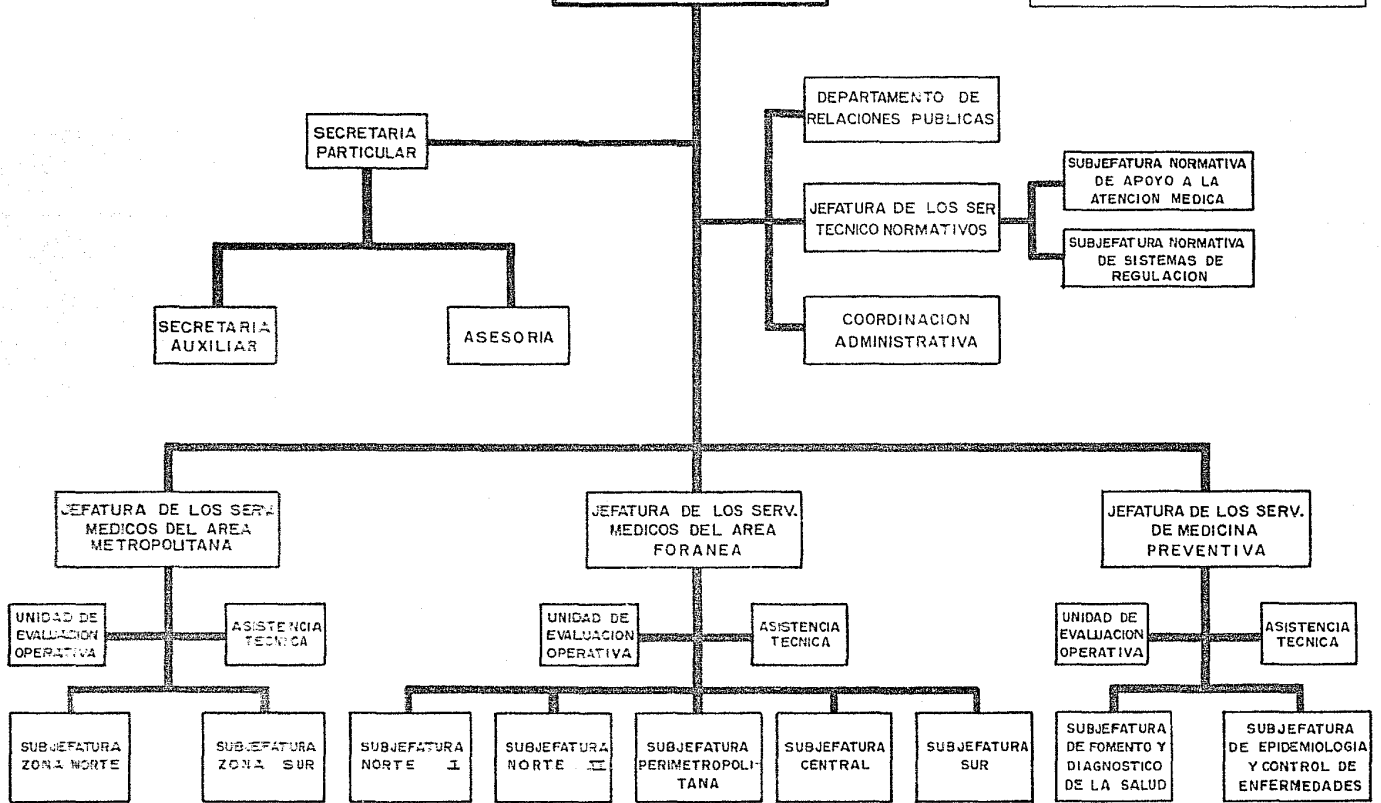
1. BENITEZ ZENTENO, Raúl. Revista Mexicana de Sociología. Septiembre-octubre 1970. México. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.
2. COE, Rodney M. Sociología de la Medicina. Madrid 1979. Alianza Editorial, S.A.
3. CUERVO LLORENS, Raymundo. Artículo del Diorama Excelsior. "El costo de la Medicalización". Enero 8, 1978.- México.
4. CHAVEZ MURUETA, Luis Fernando. Tesis Profesional. El Diagnóstico Socioeconómico. México 1969. México. UNAM-FCPS.
5. DE LA FUENTE MUÑIZ, Ramón. Psicología Médica. México - 1976, F.C.E.
6. DEWIT GREENE, Andrés. El futuro de los servicios de salud en México. México 1975. Subdirección Médica del - - ISSSTE.
7. FAJARDO ORTIZ, Guillermo. Teoría y práctica de la Administración de la atención médica y de hospitales. México 1970. La prensa médica mexicana. Asociación Mexicana de Hospitales.
8. FERNANDEZ APONTE, Fausto. Periódico Excelsior. Artículo "Excluye el 80% de pobres el gasto médico del III -- mundo". Marzo 21, 1980. México.
9. FOURIER, Charles. (1771-1837). Las utopías. Barcelona,- España. 1973. Biblioteca Salvat Editores, S.A.
10. FRANKEN, Tjerk, GARCIA CARDENAS, Luis, Et al. Política y Administración Pública. México 1973. UNAM-FCPS.

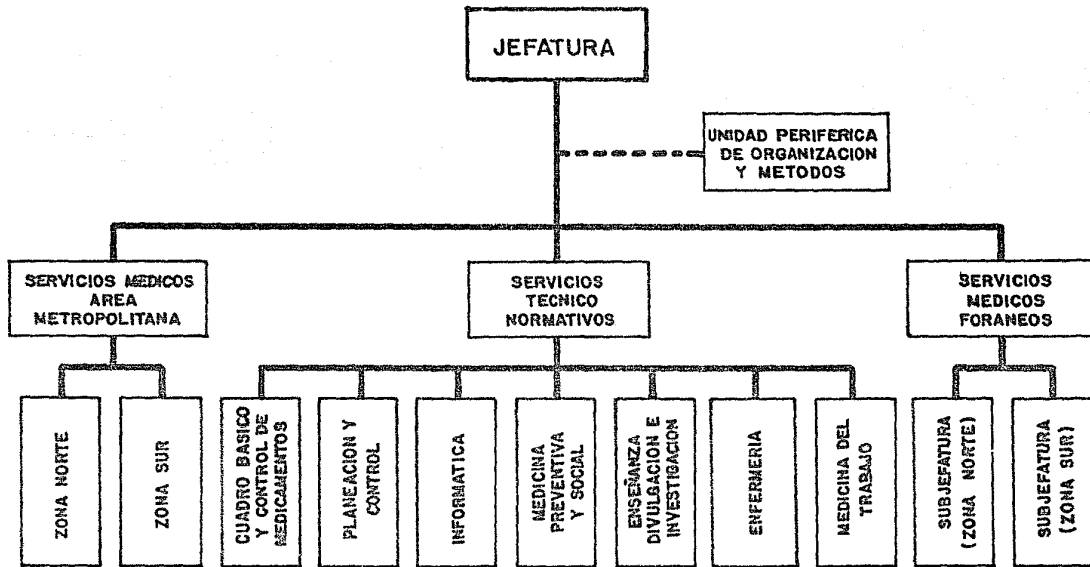
11. GARCIA MALDONADO, José Vitelio y ELIZONDO FRAGOSO, Isairo. Dos encuestas sobre actitudes. México 1972. Editorial Trillas.
12. GONZALEZ CASANOVA, Pablo. La Democracia en México. México 1965. Ediciones ERA.
13. GONZALEZ CASANOVA, Pablo y FLORES CANO, Enrique. México Hoy. México 1979. México, Edit. Siglo XXI.
14. ILICH, Iván. Némesis Médica. México. 1978. México. Edit. Joaquín Mortiz.
15. JUAN XXIII. Su Santidad. Encíclica mater et magistra -- actas y documentos pontificios. México 1978. 5a. Edición, Ediciones Paulinas, S.A.
16. LOPEZ ACUÑA, Daniel. La Salud desigual en México. México 1980, Edit. Siglo XXI.
17. LOPEZ PORTILLO, José. Plan Global de Desarrollo. México 1980. Secretaría de Programación y Presupuesto.
18. MALDONADO HUERTA, Miguel, MENDIETA Y KUREZ, Lucio Et al. Sociología de la Seguridad Social. México 1963. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. Asociación Mexicana de Sociología, correspondiente de la Asociación Internacional de Sociología de la UNESCO.
19. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Aportaciones a la XI Asamblea General del IMSS. Tomo I. 1977.
20. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Jefatura de Planeación y Supervisión Médica. Las actitudes de los derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. 1973.

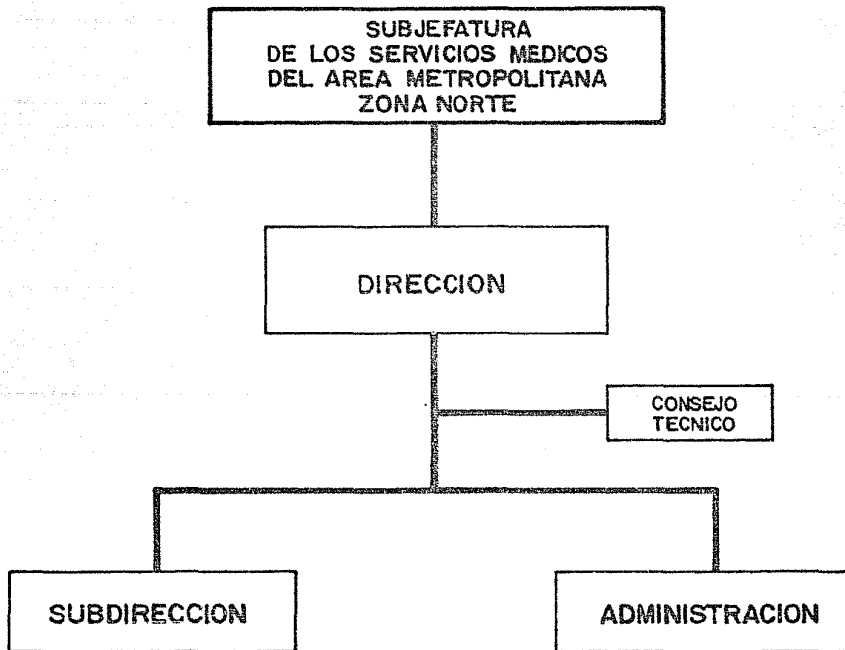
21. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección Médica del - ISSSTE. Jefatura de los Servicios Técnicos Normativos. Manual de Auditoria Médica. 1974.
22. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección Médica del - ISSSTE. Departamento de Organización y Métodos. Políticas Institucionales. 1979.
23. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección Médica del - ISSSTE. Departamento de Organización y Métodos. Jefatura del Area Metropolitana. Manual de la Clínica Aragón. 1977.
24. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Reseña de la Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. 1976.
25. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección Médica del - ISSSTE. Departamento de Organización y Métodos. Notas sobre la Subdirección Médica. 1981.
26. México. Secretaría de la Presidencia. Manual de Organización del Gobierno Federal. Tomo I. 1976.
27. México. Secretaría de la Presidencia. Organismos descentralizados y Empresas de Participación Estatal. Manual de Organización del Gobierno Federal. 1974.
28. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Memoria. 1971-1976.
29. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Educación para la Salud. Manual de Normas, Educación para la Salud. 1976.

30. NOVELO VON GLUMMER, Sergio. Encuentro de Sociología Urbana y Disciplinas Afines. Conferencia: "Los aspectos sociológicos de la atención médica en las grandes urbes". México. 1977.
31. PADILLA ARAGON, Enrique. México: Desarrollo con Pobreza. Edit. Siglo XXI. México, 1974.
32. PARSONS, Talcott. El sistema social. Biblioteca. Revista de Occidente. Madrid. 1976.
33. REBUelta GUTIERREZ, Avelino L. Tesis profesional: Consideraciones respecto del sistema de almacenaje. FCPS-UNAM. México, 1974.
34. ROBLEDO SANTIAGO, Edgar, GUZMAN OROZCO, Renaldo Et al. Seguridad social. Colección Sumario No. 2. Dirección General de Estudios Administrativos de la Presidencia. México. 1976.
35. ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. FCPS-UNAM, México. 1976.
36. RUIZ CARRASCO, Eduardo. Coordinación de la Ley del Seguro Social. Edit. Limusa-Wiley, S.A. México, 1972.
37. SOLIS, Leopoldo; M. de NAVARRETE, Ifigenia, Et al. Los problemas nacionales. FCPS-UNAM. México, 1971.
38. WV, S.Y. y MAHOMMOD A. Zaide. Artículo del periódico -- El Día "La espiral de precios en el mercado de la salud" México, Abril. 1979.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL BASICO

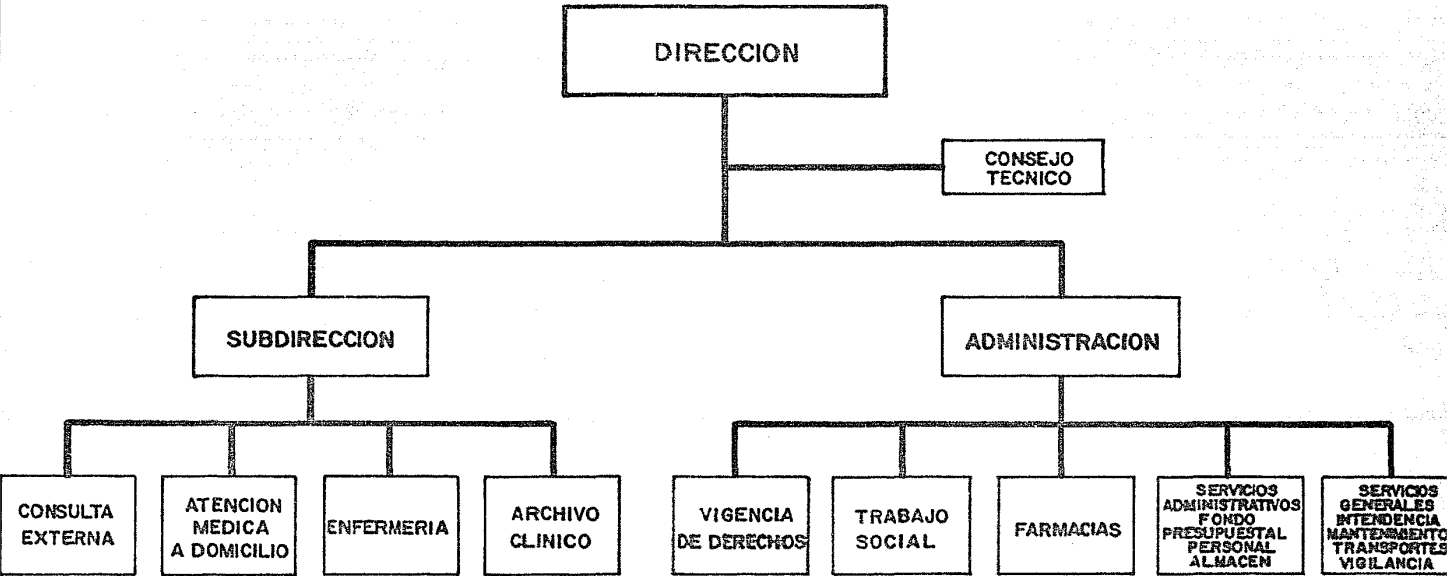


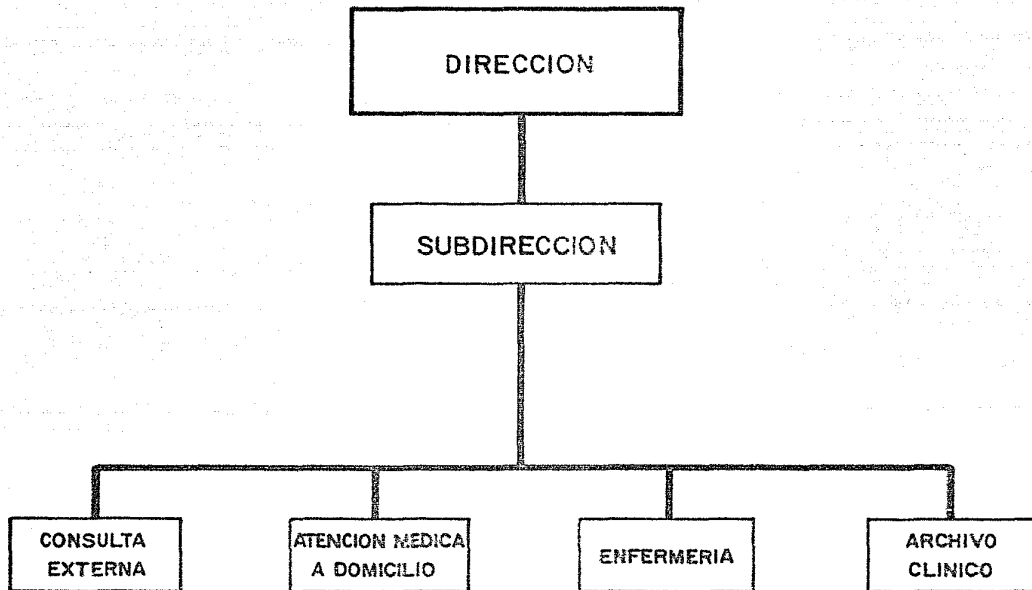


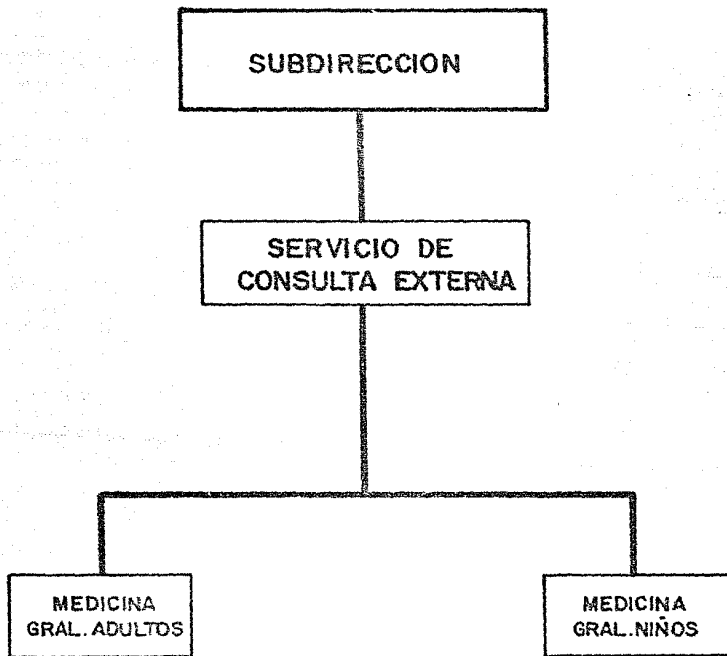


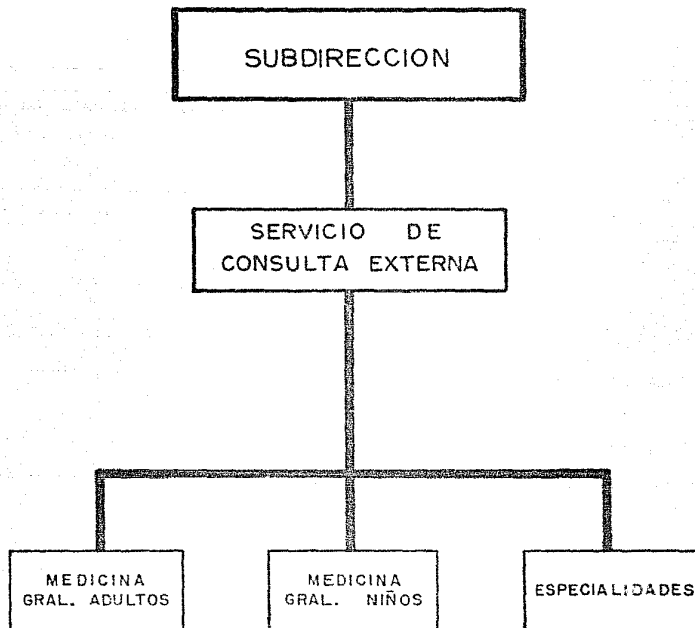


# CLINICA ARAGON





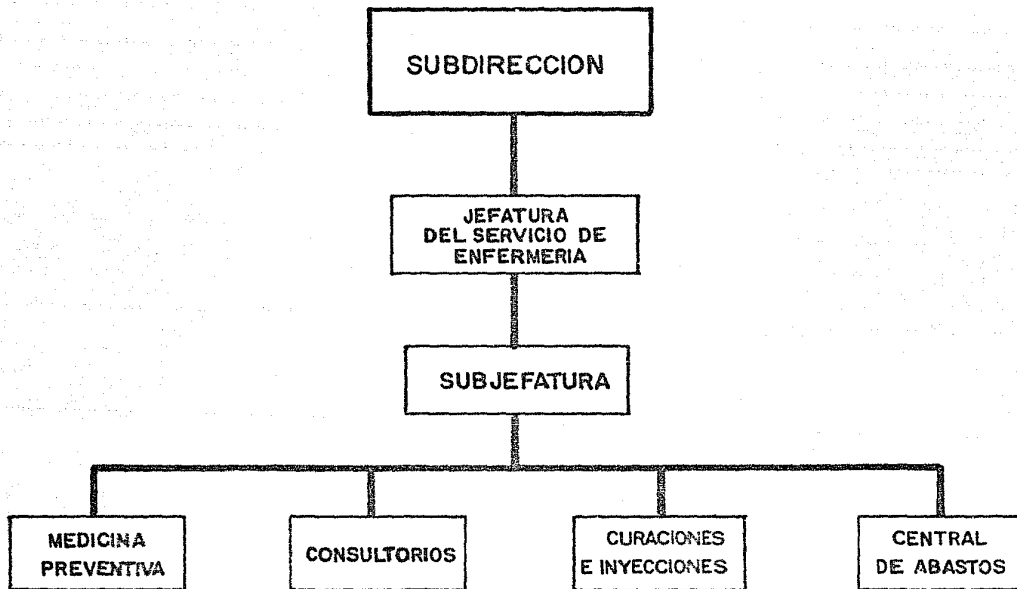


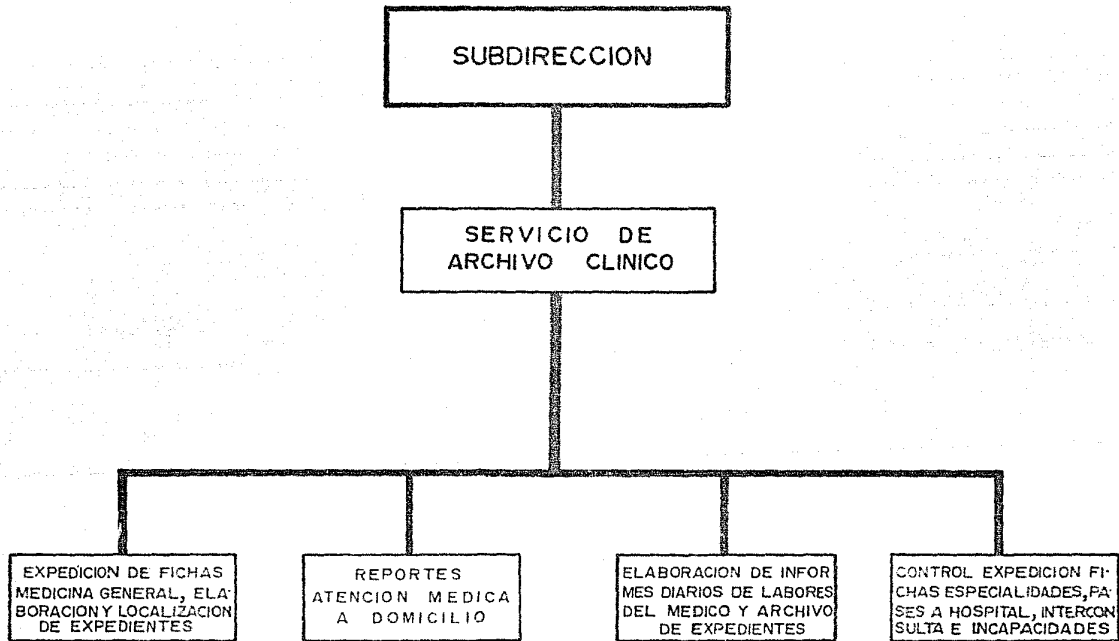


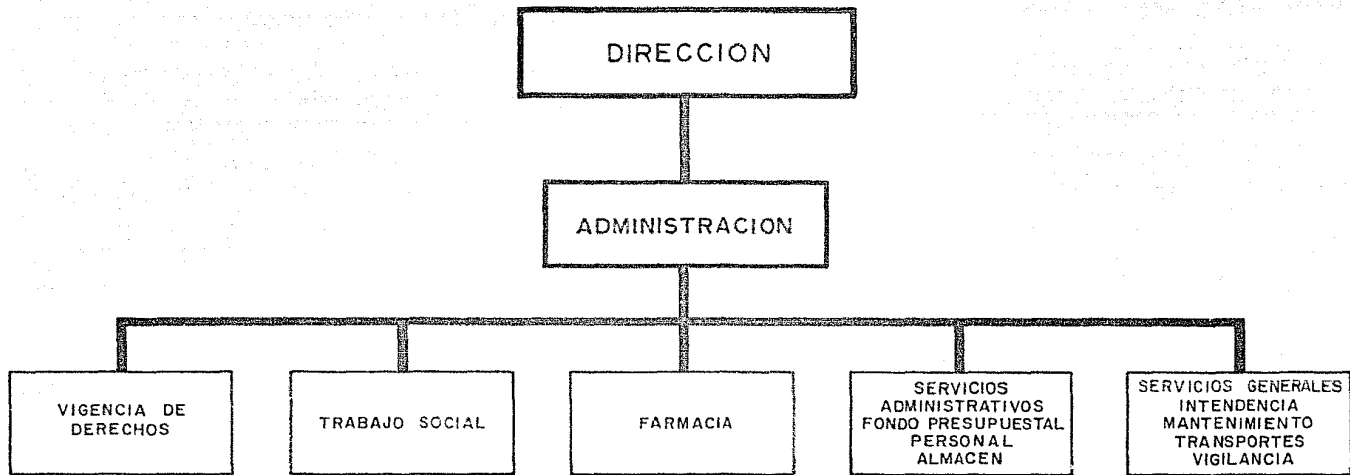
**SUBDIRECCION**



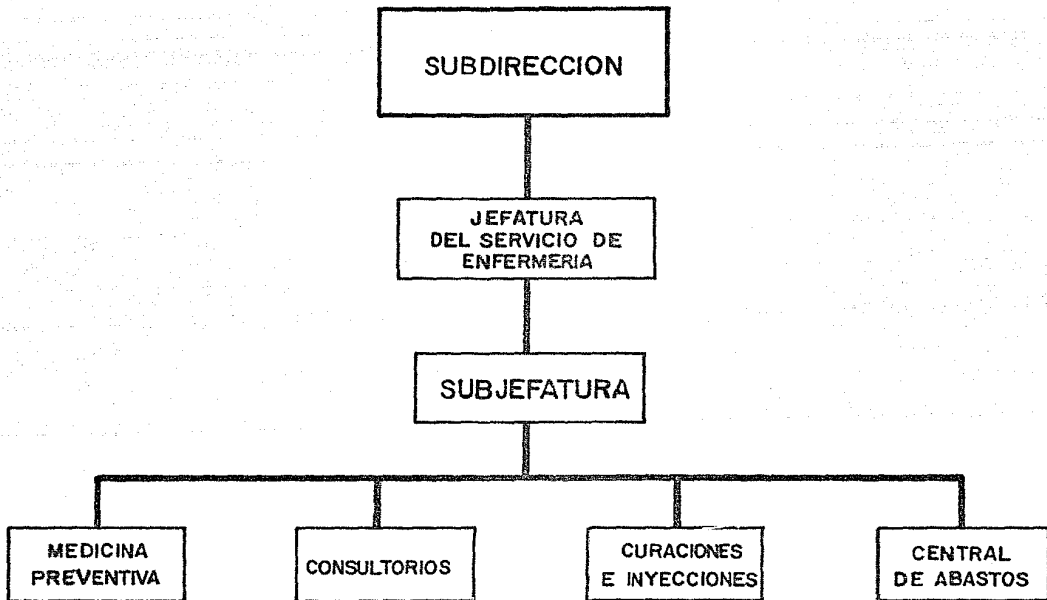
**SERVICIO DE ATENCION  
MEDICA A DOMICILIO**

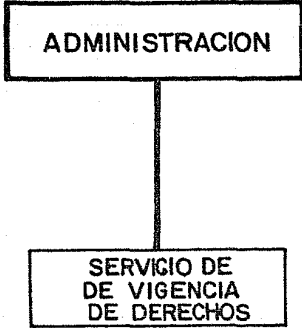








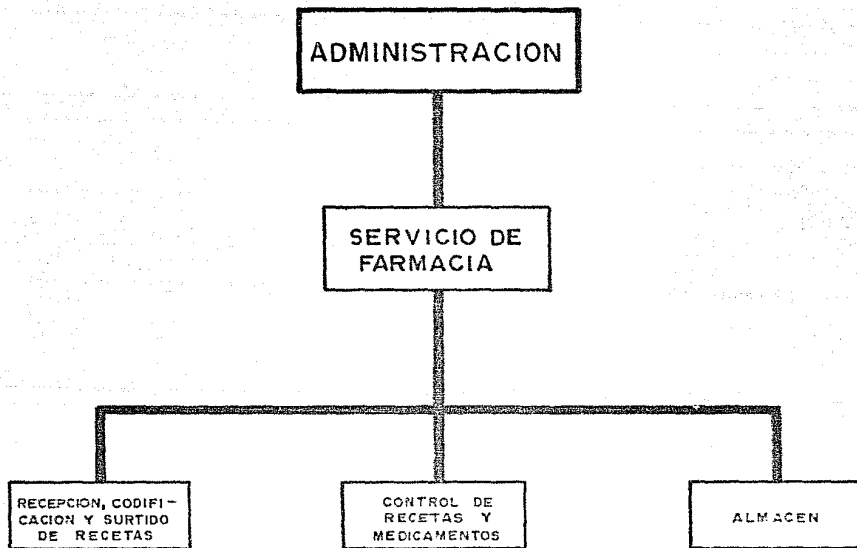


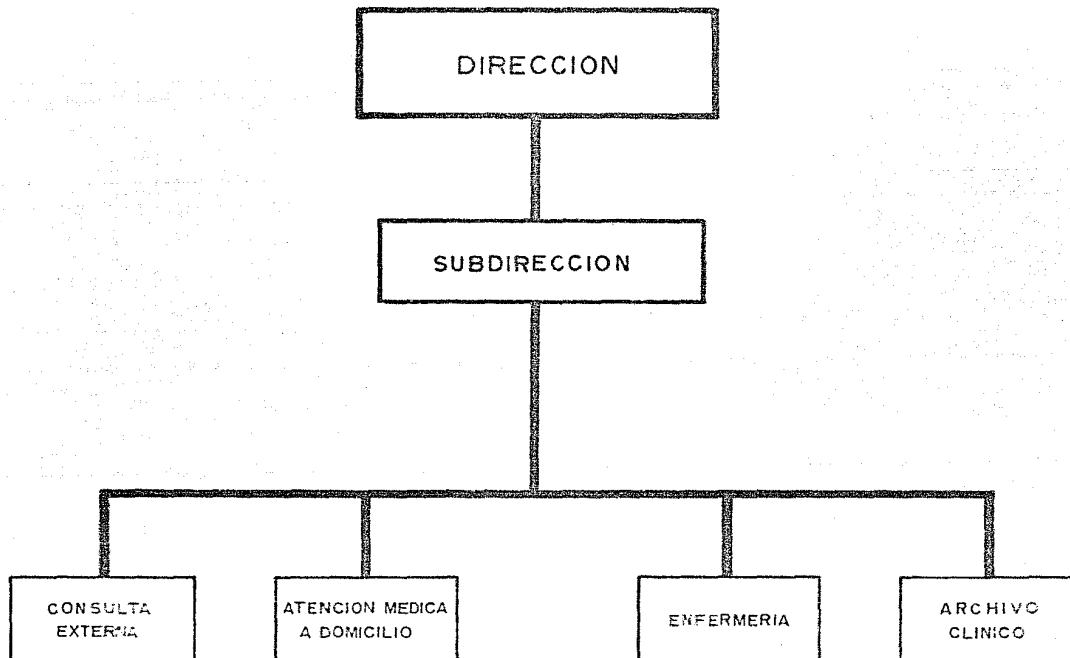


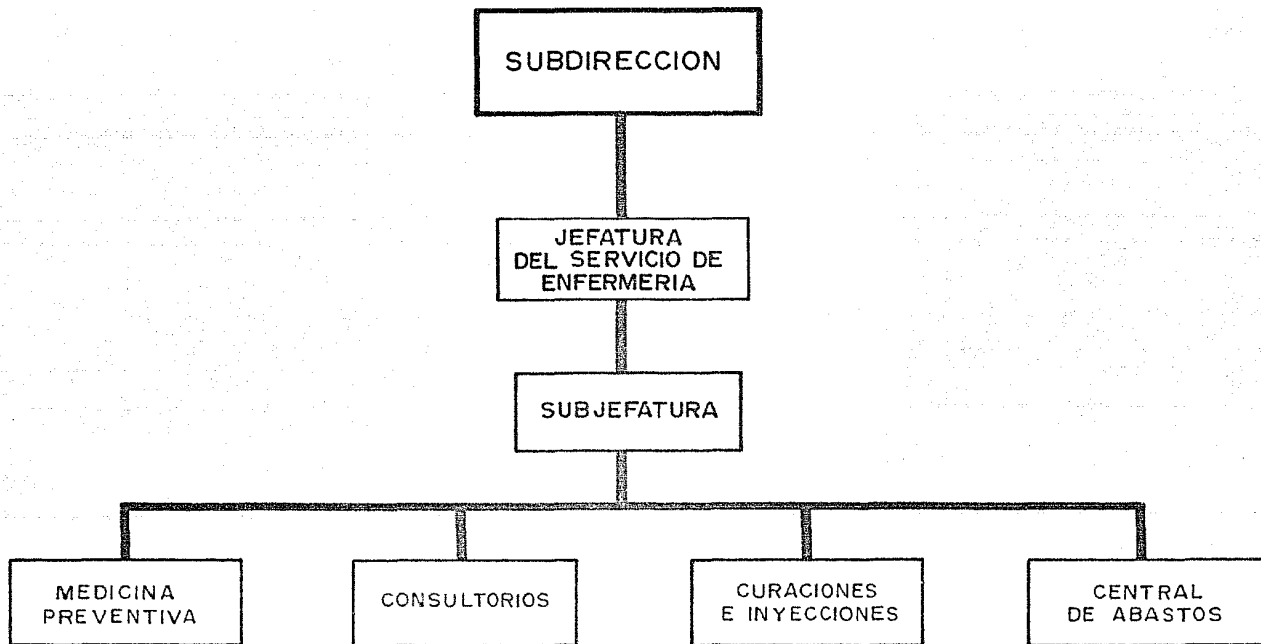
ADMINISTRACION



SERVICIO DE  
TRABAJO SOCIAL







ENTREVISTA:

A LOS DIRECTIVOS DE LA CLINICA "ARAGON"

1.- QUE OPINION TIENE UD. DE LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACION DE LA SUBDIRECCION MEDICA DEL I.S.S.S.T.E. ( FUNCIONAMIENTO, POLITICAS, SERVICIOS DE APOYO, ETC.).

---

---

---

---

2.- HA RECIBIDO EL APOYO NECESARIO DE LA SUBDIRECCION MEDICA?

SI ( )

NO ( )

EN CASO AFIRMATIVO

EN QUE CONSISTE?

---

---

---

---

EN CASO NEGATIVO

A QUE LO ATRIBUYE UD?

---

---

---

---

3.- CUALES SERIAN SUS PROPOSICIONES PARA UN MEJOR FUNCIONAMIENTO DE LA SUBDIRECCION MEDICA?

---

4.- QUE OPINION TIENE UD. DE LA JEFATURA DEL AREA METROPOLITANA? ( FUNCIONAMIENTO, POLITICAS, SERVICIOS DE APOYO, ETC.)

---

---

---

5.- RESPONDE LA ESTRUCTURA DEL AREA METROPOLITANA A LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES MEDICAS?

SI ( )

NO ( )

PORQUE?

---

---

---

6.- SI UD. FUERA NOMINADO COMO JEFE DEL AREA METROPOLITANA. CUALES SERIAN SUS PRIMERAS DISPOSICIONES?

---

---

---

7.- CUALES SON LOS PRINCIPALES CAMBIOS QUE HA TENIDO ESTA CLINICA DURANTE SU GESTION?

---

---

---

8.- ESTA EL MEDICO DEL ISSSTE, BIEN PREPARADO ( SEGUN SU OPINION )?

SI ( )

NO ( )

PORQUE?



9.- ESTA EL PERSONAL MEDICO DEL ISSSTE, BIEN PREPARADO ( SEGUN SU OPINION )?

SI ( )

NO ( )

PORQUE?

---

---

---

---

10.- CONSIDERA UD. QUE LAS RELACIONES ENTRE LAS AUTORIDADES, PERSONAL ADMINISTRATIVO, MEDICO Y PARAMEDICO Y LOS-DERECHOHABIENTES SON:

A).- EXCELENTES ( )

B).- BUENAS ( )

C).- REGULARES ( )

D).- INDIFERENTES ( )

E).- EFICIENTES ( )

F).- DEFICIENTES ( )

PORQUE?

---

---

---

---

ENTREVISTA:

A LOS MEDICOS DE LA CLINICA "ARAGON"

1.- QUE OPINION TIENE UD. DE LA SUBDIRECCION MEDICA - DEL ISSSTE? ( FUNCIONAMIENTO, POLITICAS, SERVICIOS DE APOYO, ETC.).

---

---

---

2.- QUE OPINION TIENE UD. DE LAS AUTORIDADES DE ESTA CLINICA. ( DIRECCION Y SUBDIRECCION)? ( FUNCIONAMIENTO, POLITICAS, SERVICIOS DE APOYO, ETC.).

---

---

---

3.- RESPONDEN LAS AUTORIDADES A LAS NECESIDADES DE LA CLINICA?

---

---

---

4.- SI UD. FUERA NOMINADO COMO DIRECTOR DE LA CLINICA CUALES SERIAN SUS PRIMERAS DISPOSICIONES?

---

---

---

5.- RECIBE UD. EL APOYO NECESARIO DE LAS AUTORIDADES DE LA CLINICA?

SI ( ) NO ( )

PORQUE?

---

---

---

6.- QUE IMPORTANCIA TIENEN PARA UD. LOS CURSOS DE CAPACITACION QUE SE LES IMPARTEN A LOS MEDICOS?

---

---

---

7.- HA RECIBIDO UD. ALGUNOS CURSOS? CUALES Y CUANDO?

SI ( ) NO ( )

PORQUE?

---

---

---

8.- QUE OPINA UD. DE LA ATENCION MEDICA QUE PRESTAN LOS MEDICOS DE ESTA CLINICA A LOS DERECHOHABIENTES?

---

---

---

9.- QUE OPINION TIENE UD. DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN ESTA CLINICA (UNIDAD MEDICA)?.

---

---

---

CEDULA DE ENTREVISTA:

A LOS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA "ARAGON"

1.- QUE OPINION TIENE DEL SERVICIO MEDICO EN SU CLINICA?

- A).- ES MUY BUENO ( )                      B).- ES BUENO ( )  
C).- ES REGULAR ( )                         D).- ES MALO ( )  
E).- ES MUY MALO ( )

PORQUE?

---

---

---

2.- ACUDE A SU CLINICA CON EL MEDICO INMEDIATAMENTE, CUANDO SE ENCUENTRA ENFERMO?

- SI ( )    NO ( )

PORQUE?

---

---

---

3.- QUE OPINION TIENE UD. DE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETAN EN EL ISSSTE?

- A).- SON MUY BUENOS ( )                      B).- SON BUENOS ( )  
C).- SON REGULARES ( )                         D).- SON MALOS ( )  
E).- SON MUY MALOS ( )

PORQUE?

---

---

---

4.- EL TIEMPO QUE UD. ESPERA PARA RECIBIR ATENCION MEDICA LE PARECE QUE ES?

A).- EXCESIVO ( ) B).- RAZONABLE ( ) C).- BREVE ( )  
PORQUE?

---

---

---

QUE SUGIERE PARA MEJORARLO?

---

---

---

5.- QUE OPINION TIENE UD. DEL TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y PARAMEDICO?

A).- BUENO ( ) B).- REGULAR ( ) C).- MALO ( )  
PORQUE?

---

---

---

6.- QUE TRATO RECIBE UD. DE LOS MEDICOS EN SU CLINICA?

A).- BUENO ( ) B).- REGULAR ( ) C).- MALO ( )  
PORQUE?

---

---

---

7.- ACUDE UD. A QUE LO ATIENDA UN MEDICO PARTICULAR?

SI ( )

NO ( )

PORQUE?

8.- CUANDO UD. O SUS FAMILIARES SE ENFERMAN PREFIEREN  
ATENDERSE?

A).- EN EL ISSSTE ( ) B).- CON EL MEDICO PARTICULAR ( )  
PORQUE?