



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**EL TRAMITE Y RESOLUCION DE LAS QUEJAS  
ADMINISTRATIVAS ANTE EL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS  
Y ADMINISTRACION PUBLICA  
P R E S E N T A :  
**CESAR GONZALEZ GUTIERREZ**

**ASESOR: LIC. MANUEL QUIJANO TORRES**



MEXICO D.F.

2006-95

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

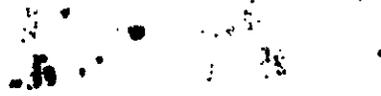


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



A mis padres,  
a mis hermanos y  
a todas aquellas personas que creyeron en mí.

## Indice

<b>Introducción</b> .....	4
<b>Capítulo I. La Seguridad Social en México y el Instituto Mexicano del Seguro Social: origen y evolución dentro del Estado Mexicano</b> .....	8
1.1 Consideraciones generales de la Seguridad Social.....	9
1.2 La Seguridad Social en México.....	15
1.3 Antecedentes e historia del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	18
1.4 Organización y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	27
<b>Capítulo II. El Instituto Mexicano del Seguro Social: prestaciones y servicios que ofrece y el recurso de inconformidad (las quejas administrativas)</b> .....	34
2.1 Prestaciones y servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	35
2.2 El origen de las quejas administrativas.....	38
2.3 Los criterios para la determinación de motivos y causas de quejas administrativas.....	45
2.4 El recurso administrativo de queja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.....	50
2.4.1 El recurso administrativo.....	50
2.4.2 El artículo 296 de la Ley del Seguro Social.....	51
2.4.3 El Reglamento para el trámite y resolución de las quejas administrativas.....	52
<b>Capítulo III. Las áreas de Atención y Orientación al derechohabiente y el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social</b> .....	55
3.1 La Comisión de Vigilancia.....	56
3.2 La Contraloría Interna.....	57

3.3 La Coordinación General de Atención y orientación al Derechohabiente.....	57
3.4 Las Coordinaciones Regionales.....	60
3.5 Las Coordinaciones Delegacionales.....	61
3.6 Los Consejos Consultivos.....	62
3.6.1 El H. Consejo Técnico.....	63
3.6.2 Los Consejos Consultivos Regionales.....	64
3.6.3 Los Consejos Consultivos Delegacionales.....	64
3.7 La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).....	65
3.8 La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).....	67
3.9 La Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República.....	68
3.10 El Procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas.....	69
3.10.1 Presentación de la queja administrativa.....	69
3.10.2 La integración e investigación de la queja administrativa.....	72
3.10.3 La resolución de la queja administrativa.....	74
3.10.4 La notificación de la queja administrativa.....	75
3.10.5 El Reintegro de gastos y terminación de la queja administrativa.....	76

**Capítulo IV. Las Nuevas Tecnologías Administrativas aplicadas al sistema de prestaciones y servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.....** 83

4.1 La Teoría de la Organización como elemento básico de la administración pública.....	85
4.2 La Calidad Total herramienta aplicada en la atención de los servicios y prestaciones del IMSS.....	87
4.3 La Planeación Estratégica.....	93
4.4 La Reingeniería de procesos: herramienta indispensable en el cambio....	96
4.5 El Programa Integral de Calidad (PIC): el abatimiento de las quejas administrativas en el IMSS.....	99

**Conclusiones.....** 111

**Bibliografía.....** 117

## **Introducción**

El derecho a la salud y la seguridad social en México es un mínimo de bienestar, ciertamente ganado en la Revolución de 1910, que otorga el Estado a los ciudadanos, y para ello crea instituciones como medios o instrumentos que permitan conducir a la sociedad en este sentido.

Y es el Instituto Mexicano del Seguro Social, muy señaladamente, la institución más importante en la cuestión social, ya que atiende a cerca de la mitad de la población total del país, significando un gran reto día con día para quienes laboran en él ante las crecientes demandas de cobertura y calidad en los servicios y prestaciones que ofrece, clasificados en cinco regímenes o ramos de seguro: riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales.

La misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es garantizar al derechohabiente el derecho a la salud, la asistencia médica y la protección de los medios de subsistencia necesarios para contribuir a elevar su nivel de calidad de vida, proporcionando las prestaciones médicas, económicas y sociales, con trato amable y espíritu solidario, todo esto sustentado bajo una filosofía de cultura de calidad en el quehacer de la Institución.

Sin embargo a veces esta cultura de calidad no es del todo satisfactoria tanto para la Institución como para el derechohabiente, reflejándose en errores cometidos por el personal del Instituto, ya sea del tipo administrativo o médico, que desgraciadamente en algunos casos significa la vida de seres humanos, ante tales circunstancias el usuario está en su derecho legítimo de reclamar o quejarse ante cualquier instancia administrativa o jurisdiccional para obtener solución a su demanda.

Ante el conocimiento de las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, el Instituto ofrece a sus derechohabientes el

procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas, que es un recurso administrativo a través del cual el gobernado hace uso para impugnar aquellos actos que le parezcan ilegales y afecten sus garantías individuales, y este recurso es previo a la justicia administrativa.

De esta manera el Seguro Social cuenta con la figura del recurso administrativo de queja (queja administrativa) la cual pueden hacer uso o no sus derechohabientes, ya que además de la justicia administrativa existen otras instituciones que conocen de estas inconformidades como lo son la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República las cuales ofrecen asesoría y resuelven los casos de controversia.

Pero es interés fundamental de esta investigación mostrar y conocer el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS, no sólo como un recurso administrativo, sino también como un medio conciliador de los intereses de los usuarios y del Instituto, y además que el procedimiento permite reconocer las fallas y errores del quehacer institucional para su adecuada corrección mediante la implementación de las herramientas de gobierno que ofrece la administración pública como ciencia.

En consecuencia el objetivo central de dicha investigación es analizar el procedimiento de trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social en las Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente en los niveles Central, Regional y Delegacional; y revisar soluciones para abatir el número de quejas presentadas en estas áreas; luego entonces se desprende la siguiente hipótesis la cual se comprobaba o no durante el desarrollo del tema, el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social es un recurso administrativo confiable que pueden utilizar los derechohabientes para la pronta solución de sus quejas; y también dicho procedimiento significa el instrumento que

permite evaluar el desempeño institucional del IMSS para abatir cada día el número de quejas presentadas por los usuarios.

Cabe señalar que durante el transcurso de la investigación se presentaron una serie de obstáculos, principalmente para la recopilación de la información ya que al tratarse del manejo de un procedimiento interno del Seguro Social, algunos funcionarios del IMSS argumentaban que dicha información es confidencial pudiendo hacer mal uso de ella, sin embargo hubo también funcionarios del mismo IMSS que me ofrecieron toda la información necesaria al respecto y la cual se hace uso exclusivamente para la elaboración del presente trabajo.

De tal forma la presente investigación consta de cuatro capítulos o apartados, el primer capítulo es un estudio introductorio de la seguridad social y el IMSS, en el cual se revisa la conceptualización sobre la seguridad social, así como los antecedentes y evolución de la seguridad social en México, para concluir describiendo la estructura y funcionamiento actual del IMSS.

El segundo capítulo enumera las prestaciones y servicios que ofrece el Seguro Social como derivación de las quejas administrativas, también el antecedente enunciando cual es el origen de ellas y los principales motivos y causas de quejas administrativas que considera el Instituto, así también se revisa la parte jurídica del tema, al definir que es un recurso administrativo y señalando al artículo 296, y su correspondiente reglamentación, de la Ley del Seguro Social como eje fundamental de esta investigación.

Así el capítulo tercero enuncia y explica quienes intervienen en el procedimiento de trámite y resolución de las quejas administrativas, para posteriormente exponer dicho procedimiento desde la presentación de la queja por el usuario, hasta la resolución de la misma, ya sea con la remuneración al usuario o remitir en caso desfavorable al recurso de inconformidad del artículo 294 de la Ley del Seguro Social.

El cuarto y último capítulo se refiere a las nuevas tecnologías administrativas de gobierno que pueden ser aplicadas al sistema de prestaciones y servicios del IMSS, cuyas consecuencias palpables sean un abatimiento del número de quejas presentadas en el Instituto, y que de hecho, hoy en día, se están aplicando mediante el Plan Integral de Calidad (PIC) el cual se detalla al final de este capítulo.

Esta estructura dada a la investigación pretende dar una visión integral al problema de las quejas administrativas en el Seguro Social, ya que no sólo es de carácter jurídico-administrativo, sino que también otros factores de tipo histórico-político-laborales intervienen en los procesos del sistema de prestaciones y servicios del IMSS.

Y finalmente a título personal quisiera agradecer las atenciones prestadas por el Lic. Manuel Quijano Torres asesor de esta investigación quien me abrió las puertas del IMSS para obtener la información al respecto, así también al Centro de Información "Ignacio García Téllez", a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, a la Dirección de Organización y Calidad ambas áreas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) a todos ellos por asesorarme y guiar de acuerdo a su ámbito de conocimiento el presente trabajo de investigación.

**Capítulo I. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO y el INSTITUTO  
MEXICANO del SEGURO SOCIAL: ORIGEN y EVOLUCIÓN DENTRO del  
ESTADO MEXICANO.**

## **Capítulo I. La Seguridad Social en México y el Instituto Mexicano del Seguro Social: origen y evolución dentro del Estado Mexicano.**

### **1.1 Consideraciones generales de la Seguridad Social.**

La historia de la seguridad social es una transferencia progresiva de la responsabilidad o de la protección social de los individuos a personas o a grupos más fuertes y en la actualidad los Estados asumen el compromiso de la seguridad social.

Si analizamos el progreso histórico que ha seguido la seguridad social, podemos señalar que es el resultado de la yuxtaposición de realizaciones independientes o sucesivas, sin coordinación entre sí, pero con resultados encadenados y benéficos para las sociedades contemporáneas.

En la evolución histórica de la seguridad social encontramos una pluralidad de instituciones, con experiencia de siglos, que han constituido paliativos para resolver a fondo los problemas de hambre, miseria e indigencia de los pueblos. Entre estas instituciones cabe mencionarse: guildas, cofradías, collegias, sodalities, cajas de ahorro, sociedades de seguros mutuos, montepios, cajas de ahorro, ahorro postal, cooperativas, cajas populares de crédito, ahorro escolar y cajas de capitalización; o en su caso lo fueron o todavía lo son las figuras de la filantropía y la caridad como formas de protección social.<sup>1</sup>

La idea seguridad social se ha formado al margen del derecho del trabajo. Ha tenido un desarrollo en función de ideas que se conjugaron con la intervención de las estructuras políticas, sociales, administrativas y las condiciones económicas predominantes y existentes en los estados.

---

<sup>1</sup> Piéffer, Irving. *Perspectivas del seguro*.

Así en el Estado antiguo, caracterizado por la economía de conquista, el ser humano tenía una esperanza de vida de treinta y cinco años, por lo que la previsión hacia el futuro era mínima y las personas desahuciadas por causa de una desgracia eran ayudadas mediante la limosna como única forma de apoyo para sobrevivir. Durante el Imperio Romano aparecen los Collegia que fueron el equivalente de las organizaciones fraternales de Seguros de los tiempos modernos y constituyen el antecedente directo de las Guildas en la Edad Media.

Posteriormente en el Estado Medieval con un sistema político, económico y social feudal en el cual la intervención de la iglesia era característica, las personas que tenían un inferior nivel de calidad de vida al promedio de la mayoría eran apoyadas por la figura de la caridad sin desaparecer la limosna, y además aparecen instituciones como: las Cofradías que eran congregaciones o hermandades de personas devotas; las Guildas eran organizaciones de productores y comerciantes o de artesanos asociados con otros de la misma profesión para protegerse recíprocamente; los Montepíos eran establecimientos de caridad pública y privada; y las Sociedades mutualistas; estas instituciones funcionaban y promovían el desarrollo de los diferentes gremios de trabajadores del Medioevo bajo una especie de solidaridad gremial.

En el Estado moderno la revolución industrial de los siglos XIX y XX transformó al mundo de una sociedad agrícola con un modo de vida relativamente sencillo a una sociedad compleja y altamente industrializada, que si bien es cierto aportó infinitas posibilidades para elevar los niveles de calidad de vida y el índice de bienestar social, también es un hecho que trajo consigo nuevas formas de opresión y abusos en las relaciones formales e informales de poder.

En la medida en que los sistemas de producción industrial se fueron mecanizando y con ello las actividades de las fábricas se incrementaron hasta alcanzar magnitudes inusitadas, la inseguridad en los riesgos de trabajo y en la permanencia del empleo se multiplicaron.

Así el número de trabajadores asalariados creció hasta abarcar fuertes sectores de la población cuyo porvenir dependió exclusivamente del salario y de la estabilidad de sus empleos, además de estar más propensos en la inseguridad de su empleo. Esto trajo consigo una serie de inconformidades de los trabajadores que después serían plasmadas en las reformas laborales que solidifican la concepción moderna de la seguridad social.

A principios del siglo XIX correspondía a la iniciativa privada toda la acción de beneficencia respecto a sus trabajadores, esto se logró a través de las instituciones como las beneficencias privadas, cajas de ahorro, compañías de seguros, las cooperativas entre otras. El Estado sólo intervenía para defender a la sociedad contra los peligros planteados por el nivel de vida. En paralelo hubo una generación de pensadores críticos a su realidad y fueron delineando nuevos principios: “debe darse asistencia pública a quienes temporal o definitivamente se encuentran en la imposibilidad de satisfacer sus necesidades vitales, sólo debe otorgarse a las personas que carecen de recursos y cuando no exista otra ayuda.”<sup>2</sup>

Los trabajadores de Europa al ir consolidando su conciencia de clase decidieron organizarse y luchar para defender el derecho a la vida digna y a la seguridad en el trabajo. En la medida que la política sindical fue adquiriendo agudos perfiles de lucha política, amenazaba la tranquilidad de los distintos gobiernos donde las condiciones de miseria de los trabajadores eran más agudas. Los gobernantes alarmados por esa actitud se vieron obligados a estudiar las causas de ese estado de agitación, con el propósito de encontrar formas políticas de solución. Una de las respuestas era brindar a la clase obrera un sistema de seguridad económica.

Dado lo anterior algunos Estados recogieron las banderas sindicalistas y reivindicativas del movimiento obrero y, con ello establecieron sistemas de ahorro y seguros voluntarios que funcionaban como sociedades libres u obligatorias, y aparecen las instituciones de asistencia pública; pero la coexistencia de tales medidas resultaron inútiles a la postre y la experiencia

---

<sup>2</sup>Netter. *La Seguridad Social y sus principios*. p. 19.

adquirida reveló que el único medio eficiente de protección era el establecimiento de un sistema universal del Seguro Social Obligatorio.

De esta manera en la Alemania de Bismarck, a fines del siglo próximo pasado se “llegó a la creación de los primeros seguros sociales, cuya atención se centraba en la necesidad de resolver los problemas de inseguridad de la clase trabajadora como consecuencia del desarrollo industrial y la presencia de enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y desempleo.”<sup>3</sup> Así los seguros sociales clásicos ampararon a la población asalariada, que básicamente pertenecía a los sectores con actividades económicas secundarias y terciarias, es decir, a la población con ingresos estables y controlables.

En 1883 se inició en Alemania un sistema estatal de seguridad de maternidad y vejez, a las que siguió en 1884 la reparación de los accidentes del trabajo, ampliándose el programa en 1887 bajo el gobierno de Bismarck para incluir el seguro de invalidez, vejez y muerte.<sup>4</sup>

De esta forma los seguros sociales nacen en Alemania a fines del siglo XIX, durante el régimen de Bismarck, “la singular política del canciller alemán tenía como marco los conflictos con la burguesía y la detención del movimiento obrero revolucionario, sin dejar de reconocer la influencia del socialismo de cátedra y las propuestas de Lasalle.”<sup>5</sup>

Pero no es hasta en el período de la posguerra 1914-1918 que el término seguridad social cobró su importancia ante el mundo, y las Naciones Unidas lo definieron como uno de sus objetivos básicos. En 1942 en el plan Beveridge se definía la seguridad social como *el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia, y siendo la meta del plan de seguridad social es acabar con la indigencia en cualquier circunstancia*. Es así como empieza a formularse una definición de la seguridad social.

---

<sup>3</sup> IMSS-ISSSTE-FCE, *La Seguridad Social y el Estado moderno*. p. 77.

<sup>4</sup> Netter, *op. cit.*, p.21.

<sup>5</sup> IMSS-ISSSTE-FCE, *op. cit.*, p. 19.

Hoy se acepta que el seguro alivia, en gran medida, los sufrimientos y ayuda a conservar a la clase trabajadora su nivel de vida en las épocas de mayor peligro. Además, ha vencido también el temor constante a la inseguridad ante el futuro, al miedo, a la miseria irremediable de los familiares del trabajador, que cuando éste fallece es causa aguda y persistente de inquietud social.

La seguridad social tiene por objeto crear en beneficio de todas las personas y sobre todo de los trabajadores, “un conjunto de garantías contra ciertas contingencias que pueden reducir o suprimir su actividad, o bien imponerles gastos suplementarios. La Seguridad Social designa el conjunto de medios de que dispone la población para protegerse contra determinadas contingencias.”

“En el convenio número 102 referente a la norma mínima de la seguridad social establecida por la Oficina Internacional del Trabajo distingue 9 ramas”:<sup>6</sup>

- 1) Atención médica.
- 2) Indemnizaciones por enfermedad.
- 3) Prestaciones por desempleo.
- 4) Prestaciones de vejez.
- 5) Prestaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- 6) Prestaciones familiares.
- 7) Prestaciones de maternidad
- 8) Prestaciones de invalidez.
- 9) Prestaciones de sobrevivientes.

La aceptación internacional de la seguridad social integral es la incorporación a la concepción original del seguro social de tres procesos: “de servicios sociales, de solidaridad social y de ampliación de la cobertura

---

<sup>6</sup> Netter, op. cit., p.13.

a la población no derechohabiente,<sup>7</sup> ha fortalecido la concepción de la seguridad social en el mundo.

De esta forma se puede definir a la Seguridad Social “como un derecho público, de observancia obligatoria y aplicación universal, para el logro solidario de una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos, que asegura a toda la población una vida mejor, con ingresos o medios económicos suficientes para una subsistencia decorosa, libre de miseria, temor, enfermedad, ignorancia y desocupación, con el fin de que en todos los países se establezca, mantenga y acreciente el valor intelectual, moral y filosófico de su población activa, se prepare el camino a las generaciones venideras y se sostenga a los incapacitados, eliminados de la vida productiva.”<sup>8</sup>

Así en cada país las modalidades de la protección social se han establecido en función de los factores políticos, ideológicos, administrativos, económicos, demográficos y sociales que han intervenido en su realización.

El desarrollo de las ideas y de los conceptos hizo que muchos países se inspiraran en formas de protección más evolucionadas y no en formas históricas adoptadas en un principio por los países que habían sido los primeros en industrializarse.

La extensión de la seguridad social a categorías nuevas o al mejoramiento de las prestaciones, frecuentemente ha traído consigo una intervención financiera del Estado y, en segundo lugar, mayor control estatal sobre las instituciones.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> IMSS-ISSSTE-FCE, op. cit., p.80.

<sup>8</sup> García Cruz, Miguel. *La Seguridad Social*. p. 62.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p.65.

## 1.2 La Seguridad Social en México.

Debido al ascenso del modo de producción capitalista en el mundo en el siglo pasado, reflejado en la industrialización de los países de Europa y Estados Unidos, surge la necesidad de que la clase trabajadora contara con la seguridad social ante la no-previsión de continuidad en su trabajo, así en estos países se promueve la idea de la seguridad social como un elemento reintegrador de la sociedad.

Al iniciar el siglo XX la economía nacional crecía en forma notable, aunque esto no era igual para toda la población, creándose descontento entre los trabajadores obreros y campesinos, debido a las condiciones deplorables en que trabajaban por lo que empezaron a surgir una serie de movimientos donde manifestaban su inconformidad y aparecen diversas organizaciones como el círculo de Obreros Libres en 1906 y la Liga de Ferrocarrileros en 1908 para exigir mejoras laborales y de protección social, demandas que llegan a consolidarse en la constitución de 1917, donde se encuentran fincadas las bases jurídicas de la Seguridad Social.

Así la Constitución Política de 1917 es el punto de partida de una compleja institucionalidad de la seguridad social, ya que a partir de la derivación del artículo 123 constitucional, se promulga la Ley Federal del Trabajo en 1931 y posteriormente la Ley del Seguro Social en 1943.

Pero es hasta en la década de los años cuarenta que en la sociedad mexicana se ven cristalizadas dichas demandas con la Ley del Seguro Social. De esta manera, “la seguridad social se fue perfilando en México a partir del ideario, las manifestaciones y las aspiraciones de su idiosincrasia de acuerdo con sus requerimientos y necesidades, dándole expresión y fundamento en una estructura legal y en un conjunto de instituciones, mismas que el devenir histórico han cobrado vigencia y proyección.”<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> IMSS-ISSSTE-FCE, op. cit., p. 78.

En este marco la seguridad social mexicana rompe con los esquemas tradicionales de los seguros sociales y “anticipa en la práctica lo que posteriormente vendría a constituir los modelos conceptuales e ideológicos de la seguridad social integral.”<sup>11</sup> Ya que se conforman y consolidan tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (1943), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1959) y posteriormente el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (1976); siendo estas instituciones el soporte de la Seguridad Social en México.

La seguridad social en México en un primer momento “estuvo limitada en principio a la responsabilidad empresarial respecto a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y el establecimiento voluntario de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros, con fines análogos; el desarrollo de la seguridad social, amplió sus beneficios a personas distintas de los trabajadores; el carácter dinámico de la propia seguridad social, reflejado en el perfeccionamiento del IMSS como organismo público descentralizado y como organismo fiscal autónomo y en la creación del ISSSTE y del ISSFAM.”<sup>12</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el estandarte de la seguridad social en México debido a que desde sus inicios ha realizado prestaciones sociales que no eran consideradas en principio por la ley; como lo fue la inclusión de acciones de medicina preventiva, educación y recreación; así también el problema habitacional al construir conjuntos habitacionales con un enfoque integral que incluye todos los servicios sociales que los habitantes demandarían para su bienestar, de esta forma el IMSS le ha correspondido cubrir al sector trabajador de México.

En cuanto a los trabajadores al servicio del Estado con la creación del ISSSTE en 1959 y la adición del apartado B) al artículo 123 de la

---

<sup>11</sup> *Ibíd.*, p. 78.

<sup>12</sup> *Ibíd.*, p. 51.

Constitución en 1960, se sustituyó a la antigua Dirección General de Pensiones y de Retiro, incorporándose prestaciones y ámbitos de seguridad social que el resto de los trabajadores del país habían conquistado en 1943 con la creación del IMSS, manteniéndose y ampliándose el rubro de las prestaciones económicas, “a partir de este momento los derechos de los empleados públicos se reconocen jurídicamente al lado de los derechos de sus hermanos de lucha, de clase y de destino, para formar un solo frente: el de los trabajadores mexicanos.”<sup>13</sup>

Al igual que el IMSS el ISSSTE es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios. Respecto al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), este fue creado por la ley del 28 de marzo de 1976, el Instituto es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios; tiene como principales funciones otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo.

La seguridad social para los servidores públicos se encuentra normada por diversas disposiciones entre las que destacan: la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social y la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.

La redefinición en la práctica observada por la seguridad social mexicana al incorporar en sus respectivas legislaciones una nueva concepción fue en esencia la inclusión de las prestaciones sociales. Esto permitió tanto al IMSS como al ISSSTE a convertirse en factores de bienestar de la población en general, al rebasar los moldes clásicos de los seguros sociales.

Las finalidades básicas de las prestaciones sociales en México que conforman el concepto de seguridad social integral se proponen: “a) bienestar general de la familia, por medio de la elevación de niveles de vida;

---

<sup>13</sup> ISSSTE, *Reseña de la Seguridad Social para los trabajadores del Estado*. p. 31.

b) formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental; c) aplicación adecuada del presupuesto familiar: alimentación, vivienda, vestido; d) protección del salario del asegurado mediante tiendas, farmacias y velatorios a precios bajos; e) principios y prácticas relacionadas con el desarrollo de la educación del niño; f) interés por la recreación y la correcta utilización del tiempo libre; g) práctica deportiva, como parte de la medicina preventiva; h) extensión cultural y desarrollo de la capacidad creadora, el disfrute de las bellas artes y el fomento del ocio recreativo; i) la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en actividades lucrativas; j) proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva dirigida al bienestar social, y k) solidaridad y promoción de la seguridad social en relación con el bienestar de la comunidad.”<sup>14</sup>

En la actualidad ha quedado superado el concepto de seguridad social original, y hoy en día su aplicación hacia la sociedad mexicana representa una definición *integral* de la seguridad social no sólo únicamente en la previsión, sino que es ya una forma inherente de vida para muchos mexicanos que dependen de la seguridad social.

### **1.3 Antecedentes e historia del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social tuvo como antecedentes una serie de iniciativas de creación a partir del periodo presidencial del General Alvaro Obregón quien se comprometió ante la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), de promover y garantizar una serie de concesiones para el sector laboral; donde figuraron la federalización de las normas de trabajo y los proyectos de seguridad social.

Con Emilio Portes Gil en 1929 se cristalizaba la formulación de una Ley Federal del Trabajo, pero es bajo Pascual Ortiz Rubio que se promulga

---

<sup>14</sup> IMSS-ISSSTE-FCE, op. cit., p. 82.

dicha ley en 1931, siendo preámbulo para la elaboración de proyectos de ley sobre seguridad social más preciso y acorde con la realidad socioeconómica mexicana de ese período.

Durante el régimen presidencial de Lázaro Cárdenas en 1935 se emitió un proyecto de Ley de Seguridad Social, proyecto que no fue aceptado por los legisladores por considerarlo incompleto.

A raíz de la primera conferencia de los países miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el General Lázaro Cárdenas solicitó la redacción de otro proyecto de ley. De los proyectos presentados fue aceptado el del licenciado Ignacio García Tellez, Secretario de Gobernación, proyecto que no se puso en marcha a causa de la crisis sufrida por la expropiación petrolera, sin embargo, esto significó “la inaplazable instauración del sistema de seguridad social, que ya para ese entonces se había formulado en el Segundo Plan Sexenal del Partido de la Revolución Mexicana, el firme compromiso de que, durante su primer año de vigencia se emitiría la Ley del Seguro Social; para cubrir los riesgos profesionales y sociales más importantes, cuyo capital habrían de aportar la clase patronal y el Estado, y en cuya organización y administración debía intervenir la clase obrera organizada.”<sup>15</sup>

En 1940 el presidente Manuel Avila Camacho transformó el antiguo Departamento del Trabajo en la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, lo que propició condiciones favorables para la implantación del Seguro Social. Por ello el 2 de junio de 1941 se creó una comisión encargada de elaborar una Ley del Seguro Social, en la que participaron cinco representantes de gobierno, siete de los obreros y siete delegados patronales, quienes al cabo de un año presentaron el proyecto de ley. La iniciativa fue presentada al Ejecutivo el 2 de junio de 1942 y aprobada por el Congreso el 29 de diciembre del mismo año.

---

<sup>15</sup> Víctor Ruiz Naufal, *Constitución. Seguridad Social y Solidaridad*. p. 60.

En el proyecto se conceptualizó al seguro social como un “sistema contra la pérdida del salario y trató de cubrir, en forma total, todos los riesgos que pudieran afectar la estabilidad en su percepción, coordinándolos dentro de una ley completa.”<sup>16</sup> El proyecto consideró los riesgos de las enfermedades y los accidentes del trabajo, de las enfermedades generales, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte y la cesantía en edad avanzada.

El 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social. Para la organización y administración del sistema del Seguro Social la ley ordenaba la creación de una institución de servicio público descentralizado, con personalidad jurídica propia y con libre disposición de su patrimonio, que se denominaría *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS).

Tras la aparición de la Ley del Seguro Social en el Diario Oficial el entonces presidente Avila Camacho nombró a Vicente Santos Guajardo como Director de la nueva institución, instalando la primera sesión del Consejo Técnico en enero de 1943. Las tareas del nuevo organismo fueron de realizar los proyectos e investigaciones que permitieran el inicio de su funcionamiento dentro de la sociedad mexicana.

Así por Decreto Presidencial el Instituto comenzaría a prestar sus servicios en el Distrito Federal, y en todas las ramas que disponía la Ley, a partir del 1 de enero de 1944. Por lo cual se procedió a promover la inscripción de los patrones, llevándose a cabo por medio de convocatorias en orden alfabético y de acuerdo a las diferentes clases de empresas. Asimismo se intensificaron las campañas de afiliación.

Ya a finales de 1944 Santos Guajardo fue nombrado Subsecretario de Relaciones Exteriores entrando en su lugar el 3 de enero de 1944 como nuevo Director del instituto Ignacio García Tellez teniendo como actividad principal el cobro inmediato de las cuotas para acelerar la puesta en marcha de la institución. Además se anunciaba que el 6 de enero de 1944 entraba en

---

<sup>16</sup> María del Carmen Álvarez, *La Seguridad Social en México*. p. 9.

vigencia los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y maternidad, de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, así como los seguros adicionales y facultativos.

De esta manera el Instituto Mexicano del Seguro Social dio inicio a sus actividades “y lo hizo con la impartición de las prestaciones denominadas *clásicas* que beneficiaban exclusivamente a la clase trabajadora y de ninguna manera a la población abierta.”<sup>17</sup> El Instituto se abocó a la tarea de otorgar aquellos servicios de primera necesidad que constituían un complemento de los salarios cada vez más mermados.<sup>18</sup>

A pesar de las apremiantes dificultades políticas y angustias financieras, durante el período de Miguel Alemán 1946-1952, el Instituto había logrado una seguridad económica necesaria para otorgar sus prestaciones. Bajo la dirección de Antonio Díaz Lombardo el IMSS introduce diversos cambios para facilitar el control de pagos de cuotas y la vigencia de derechos de los asegurados extendiendo los servicios a sus beneficiarios paulatinamente a los trabajadores del campo. Se instaló además el primer hospital de zona, La Raza y se inició la construcción de la Unidad Habitacional Santa Fe. De igual manera se ampliaron los servicios y el régimen llega a diversos estados de la República.

En su estructura administrativa el IMSS hasta 1947 contaba con tres subdirecciones que controlaban departamentos: la Secretaría General, ubicada como soporte del director; y como apoyo a la Asamblea General, el H. Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia.

Al asumir la presidencia Adolfo Ruiz Cortines 1952-1958 nombró como Director del IMSS a Antonio Ortiz Mena. Período en el se trabajó para asegurar el equilibrio financiero institucional mediante la

---

<sup>17</sup> Ruiz Nurfal, op. cit., p. 85

<sup>18</sup> Cabe señalar que en este período se pronunciaba la política de “unidad nacional” debido al problema de la Segunda Guerra Mundial, por lo cual hubo restricciones sociales, así como el aumento considerable de los productos básicos, además de significar el inicio de un nuevo ciclo económico, el de la *industrialización acelerada*, creándose las bases de una industria nacional.

reorganización administrativa, se aumentaron los grupos de cotización para asegurar una mayor contabilidad financiera. Además de establecer grandes unidades hospitalarias, casas de recuperación y reposo a los trabajadores, escuelas de adaptación e iniciándose la extensión del Seguro Social al campo.

En 1956 se crearon las casas de la asegurada, donde se impartían cursos y artes menores que permitían mejorar la economía familiar. Permitiendo todo esto que para 1958 los principales centros industriales y agrícolas en todos los estados y territorios del país estuvieran cubiertos.

En 1952 se estableció una jerarquización de puestos definiendo los niveles en lo que quedaría cada órgano. El director general aparece entonces como coordinador de los órganos superiores.

Con el gobierno de Adolfo López Mateos 1958-1964 Benito Coquet se hace cargo de la Dirección General del IMSS, quien continuó con la política de crecimiento de la seguridad social. En 1960 las Casas de la Aseguradas se transformaron en centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar. En 1962 conforme a las reformas a la Ley Federal del Trabajo, el IMSS quedó a cargo de proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. Y en el periodo de López Mateos se abre al público el Centro Vacacional Oaxtepec.

El Centro Médico Nacional entró en pleno funcionamiento, se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres equipados para enseñanza-aprendizaje, además en cuestiones de vivienda se inauguró la Unidad Independencia.

Desde 1958 hasta 1964 se mantenían las funciones y responsabilidades de los órganos superiores, se creó la Subdirección Técnica y desapareció la Contraloría General, pasando parte de las funciones contable-administrativas a la Subdirección Administrativa.

Durante el primer año del mandato de Gustavo Díaz Ordaz 1964-1970 la Dirección del Instituto estuvo a cargo por Sealtiel Alatríste, un año después el cargo lo ocupó Ignacio Morones Prieto. En dicho periodo hubo modificaciones a algunos artículos de la Ley del Seguro Social para beneficio de los campesinos y se fortalece la extensión del Seguro Social al campo.

A partir de 1964 se crearon áreas de apoyo al Director (Asuntos Internacionales, Relaciones Públicas y Prensa y Difusión), la Secretaría General queda fuera de la acción administrativa central y se crearon cinco nuevas Subdirecciones Generales.

Entre 1966 y 1970 se creó una Subdirección Administrativa concentrando prácticamente todas las funciones institucionales con excepción de las Subdirecciones Médica y Jurídica. Además el H. Consejo Técnico autorizó la estructura formalizada de delegaciones regionales y estatales.

En el lapso de la presidencia de Luis Echeverría Álvarez 1970-1976 el IMSS fue dirigido por Carlos Gálvez Betancourt. En 1973 se realizaron reformas a la Ley del Seguro Social para garantizar la asistencia médica y se extiende la seguridad social a los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados; asimismo se aseguró obligatoriamente a los trabajadores de industrias familiares y demás trabajadores no asalariados. Se extiende el ramo de guarderías en beneficio de las madres trabajadoras.

La estructura administrativa es de nuevo ampliada: la Secretaría General asume una posición vinculada directamente con el Director General, así como la creación de la Subdirección de Control.

En 1975 Jesús Reyes Heróles asume por un año la Dirección General del IMSS, quien promovió la aceleración de aplicación de servicios de solidaridad social referente al régimen rural, para ello dieron marcha obras

destinadas a cubrir las necesidades de trabajadores de áreas como Yucatán, Oaxaca, Puebla, Guerrero y Coahuila. Referente a lo administrativo la Dirección General toma el control de cuatro departamentos y la Secretaría General de tres, la Subdirección Administrativa se colocó en el centro de lo operativo, la Subdirección Médica amplió su estructura al establecerse la Jefatura de Servicios Médicos de Campo y Solidaridad Social.

De 1976 a 1982 -período presidencial de José López Portillo- la administración del Instituto estuvo a cargo de Arsenio Farell. En 1979 el Instituto firmó con el gobierno federal, por medio de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) un convenio para atender la salud de 10 millones de mexicanos del medio rural marginado, comprometiéndose el Instituto a construir las unidades médicas y a administrar el Programa. El gobierno federal aportaba los recursos financieros y COPLAMAR la promoción del desarrollo rural y la participación de la población.

Además se inició la desconcentración administrativa del IMSS, distribuyendo el control de sus operaciones en delegaciones estatales, regionales y del Valle de México; las dependencias médicas centrales se transformaron en áreas operativas regionales. En 1979 se inauguró el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Como presidente de la república Miguel de la Madrid 1982-1988 el IMSS se vio en la necesidad de ajustarse a las nuevas circunstancias económicas, bajo los esquemas de austeridad, su conducción estuvo a cargo de Ricardo García Sáinz. Así se implantó el Sistema Nacional de Salud, a partir de 1983 la salud adquirió el rango de derecho constitucional y se creó el Programa de Fomento a la Salud por medio del autocuidado de la salud individual y colectiva y se abrieron tres centros vacacionales: Metepec en el estado de Puebla, La Trinidad y la Malintzin ambos en el estado de Tlaxcala.

En 1983 por decreto presidencial desapareció COPLAMAR y correspondió exclusivamente al IMSS la operación del Programa. Entre 1985 y 1988 se emprendió un programa de modernización, el cual tenía como objetivos principales la simplificación administrativa y la descentralización de los servicios de salud a población abierta. Cabe destacar que durante la gestión de Miguel de la Madrid Hurtado la Secretaría de Salud inició un programa ambicioso de desconcentración de los servicios de salud, de esta manera el Instituto entregó a catorce estados de la República los servicios que operaba por encargo del gobierno federal.

La pirámide administrativa continuó ampliándose en sus niveles medios de soporte, de cinco subdirecciones generales se pasó a ocho, más la secretaria general, y se crearon departamentos por funciones afines tratando de apoyar la complejidad de la operación.

Durante el periodo presidencial de Carlos Salinas 1988-1994 asume la conducción del instituto Emilio Gamboa Patrón. En 1989 se implementa el programa IMSS-SOLIDARIDAD que representa la continuidad del programa IMSS-COPLAMAR teniendo la finalidad de proporcionar beneficios de seguridad social a comunidades rurales.

En 1991 se pone al alcance de los mexicanos que radican en el extranjero los servicios del IMSS, a través del Seguro Social facultativo familiar para trabajadores migratorios mexicanos en el extranjero. Y en marzo de 1993 es nombrado Director General del Instituto Genaro Borrego Estrada y posteriormente en marzo del 2000 Mario Luis Fuentes Alcalá asume el cargo como Director General del IMSS, quien tiene como finalidad dar continuidad a los programas de modernización de la institución.

Así en el presente sexenio de Ernesto Zedillo 1994-2000 resalta la nueva Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial el 21 de diciembre de 1995, en la cual se destacan en otros cambios substanciales, el nuevo sistema de pensiones; creándose las administradoras de fondos de

retiro (AFORE), además de fortalecer los ramos en riesgos de trabajo, guarderías, enfermedades y maternidad.

Bajo el esquema del programa de modernización de la administración pública, el IMSS se ha ido reestructurando administrativamente en correspondencia con los requerimientos de la modernización de la empresa pública, en cuyo eje se encuentran la descentralización, la simplificación y la desregulación de las diferentes funciones institucionales.

Actualmente el IMSS cuenta con una extensa red de servicios médicos en toda la República con la cual se garantiza una atención eficiente y oportuna con elevado sentido humano, cuenta además con hospitales de alta especialización y centros médicos, con la medicina más especializada y moderna del mundo al alcance de los asegurados y sus familiares.

El Instituto Mexicano del Seguro Social también busca promover el óptimo empleo del tiempo libre a través de la práctica de actividades deportivas y de sano esparcimiento, así como el fomento de actividades encaminadas a mejorar la economía familiar.

A partir de que se promulgo la Ley del Seguro Social en 1943, se inició una nueva etapa de la política social, al crearse un sistema encaminado a proteger eficazmente al trabajador y su familia contra los riesgos de la existencia.

Por ello el Instituto Mexicano del Seguro Social ha ido evolucionando de acuerdo con el desarrollo que demanda el país, mejorando las prestaciones y servicios que otorga e incorporando a sus beneficios a nuevos grupos, con el objeto de llegar a proteger a toda la población, ya que de los setecientos cuarenta y siete mil derechohabientes que contaba inicialmente el Instituto, en la actualidad suman 44 557 000 de derechohabientes por ello el Instituto Mexicano del Seguro Social es una institución con historia.

#### **1.4 Organización y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

En nuestro país se concede importancia vital al problema de la salud de todos los ciudadanos, de tal forma que en el año de 1943 se formaliza la creación del Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social mexicana. Su organización y administración recae en el Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo con personalidad jurídica y patrimonios propios.

La administración del Instituto se sustenta en la filosofía del tripartismo, es decir, en la decidida participación del sector obrero, el sector empresarial y el gobierno de la República. "El principio de la administración tripartita del instituto pernea a toda la estructura institucional, funcionando efectivamente mediante un sistema de órganos colegiados, que operan tanto en el ámbito central como local o delegacional."<sup>19</sup>

Trabajadores, empresarios y gobierno integran con igual número de representantes la Asamblea General. El Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia que junto con la Dirección General, constituyen el cuerpo de gobierno de la Institución.

Y en los Órganos Regionales y Delegacionales del Instituto está dispuesto el funcionamiento a los Consejos Consultivos Regionales y Delegacionales los cuales se integrarán en la forma que determine el H. Consejo Técnico, debiendo estar representados en los mismos todas las delegaciones que correspondan a la región e invariablemente deberán mantener la proporcionalidad entre las representaciones de los trabajadores, de los patrones y del gobierno. En cuanto a los Directores Regionales y Delegacionales el H. Consejo Técnico tiene la facultad de nombrarlos y removerlos.

---

<sup>19</sup> Alvarez, op. cit., p.30.

Este sistema de órganos colegiados "está estructurado por los principios de representatividad igualitaria, orden jerárquico y cooperación o colaboración interinstitucional."<sup>20</sup> La Asamblea General es la autoridad máxima y el director general es el representante del instituto ante las autoridades, organismos y personas.

El cuerpo de gobierno entre otras importantes funciones discute para su aprobación o modificación el estado de gastos e ingresos y el balance contable; decide las inversiones de los fondos del instituto; extiende el régimen obligatorio del seguro social y propone al ejecutivo sus modalidades; determina las medidas convenientes para el mejor funcionamiento del Seguro Social; designa o destituye al Secretario General, Subdirectores, Delegados y demás funcionarios de la institución; y así mismo discute el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente.

La Asamblea General cuenta con treinta miembros, diez de cada sector y diez del Ejecutivo Federal, presidida por el Director General del instituto. El consejo Técnico se integra de un total de doce miembros, correspondiendo cuatro a cada sector y cuatro a la representación gubernamental; quedando a cargo de la Asamblea General la designación de los consejeros. La Comisión de Vigilancia funciona a su vez con seis miembros, dos por cada sector y dos por el gobierno; correspondiendo a la Asamblea General su designación. El Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo que atiende la revisión, clases y grados de riesgo de las empresas, se compone de manera tripartita con un miembro de cada sector y un representante gubernamental. Los Consejos Consultivos Delegacionales que operan en cada una de las treinta y seis Delegaciones del instituto, se integran con el propio delegado, un representante del gobierno de la entidad federativa sede de la Delegación, dos del sector obrero y dos del sector patronal.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>21</sup> Nueva Ley del Seguro Social. IMSS, 1997.

Las resoluciones que se adoptan en cada uno de estos órganos colegiados son por simple mayoría de votos de sus respectivas representaciones, teniendo igual peso cada voto sectorial y el gubernamental.

El órgano máximo se apoya para su funcionamiento en la Secretaría General y las direcciones normativas de prestaciones médicas; de prestaciones económicas y sociales; de afiliación y cobranza; de finanzas y sistemas; la administrativa y la jurídica; de organización y calidad; así como la Contraloría Interna; la Coordinación General de Comunicación Social y la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

Dichas áreas administrativas tienen el cometido de planear, dirigir, controlar y evaluar las acciones de: prestación de los servicios médicos en coordinación con las instituciones del sector salud y siguiendo las políticas nacionales; emisión de los programas técnicos de afiliación vigencia de derechos, prestaciones en dinero, extensión del régimen y clasificación de empresas; el cumplimiento de las normas de orden jurídico, y la investigación y prevención de riesgos de trabajo; la elaboración del presupuesto del instituto y control de su ejercicio; la construcción, ampliación y conservación de inmuebles, instalaciones y equipos; la adquisición, almacenamiento y distribución de bienes de inversión y consumo; los servicios administrativos y de apoyo a las diversas dependencias institucionales; la realización de auditorías dentro de la institución, así como el otorgamiento de prestaciones sociales; y la difusión y aplicación de los programas al fomento de la salud, prevención de enfermedades y elevación de la calidad de vida de la población.<sup>22</sup>

Desde su fundación el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia su desconcentración para extender sus servicios a los trabajadores de todo el país. Así en la república mexicana se cuenta con treinta y siete delegaciones foráneas denominadas regionales y estatales (una en cada estado de la

---

<sup>22</sup> *Evolución orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993.*, IMSS, México, 1993.

República, dos en Veracruz y dos en el Estado de México), y cuatro en el Distrito Federal.

Las delegaciones regionales comprenden zonas de dos o más estados. Las delegaciones estatales abarcan circunscripciones territoriales de una sola entidad federativa. Todas las delegaciones cuentan con dos o varias subdelegaciones y su estructura orgánica comprende: el Consejo Consultivo máxima autoridad en la delegación que esta integrado por: dos representantes del sector patronal, dos del sector obrero y dos del propio instituto.

El titular de la delegación es responsable directo y representante delegacional ante autoridades, organismos, empresarios y personas; de las jefaturas de servicios que corresponden a cada una de las subdirecciones generales del nivel central; así como del personal que se encarga de la auditoría interna de las prestaciones sociales, y de los servicios de orientación y de quejas.

Los Consejos Consultivos Delegacionales deciden el recurso de inconformidad y autorizan la celebración de convenios con patrones. La función de las delegaciones es supervisar y coordinar en forma directa la prestación de todos los servicios en sus respectivas zonas. También llevan a cabo los procesos de emisión de liquidaciones, la representación legal y defensa jurídica del instituto; auditoría interna y auditoría a patrones; además realizan funciones de abastecimiento y todo lo que se refiere a contratación y pago del personal.

La anterior estructura organizacional tanto en oficinas centrales como en delegacionales tiene como finalidad proporcionar el servicio oportuno y eficiente a los más de 40 millones de derechohabientes.

El tripartismo se expresa no sólo en la organización administrativa institucional, sino que también tiene eficacia, con base en principios diferentes, en su estructura financiera. En donde, de acuerdo al régimen que

se refiera; el gobierno tiene una aportación fija para todos los trabajadores que es actualizado considerando ciertos índices económicos, los patrones tienen una cuota fija para todos los trabajadores y estos a su vez realizan sus aportaciones a partir del salario que perciban.

La atención médica constituye una de las prestaciones más representativas del instituto y cuenta para estos servicios con 1780 unidades médicas clasificadas en tres niveles de atención:<sup>23</sup>

- El primer nivel está constituido por 1522 unidades de medicina familiar, en ellas se adscribe el núcleo familiar y se atiende el ochenta por ciento de los padecimientos que registra el público usuario.
- El segundo nivel se conforma por 217 hospitales generales de zona, hacia donde el médico familiar deriva pacientes que requieren de atención especializada. Aquí se atiende aproximadamente el diecisiete por ciento de los padecimientos que presenta la población derechohabiente.
- El tercer nivel es el de alta especialidad, constituido por 41 grandes hospitales de concentración de una o varias especialidades, incluyendo los 10 Centros Médicos Nacionales. Tiene recursos de alta tecnología y solamente el tres por ciento de los problemas de salud requieren de este nivel de atención.

Además de los servicios médicos el instituto otorga prestaciones en dinero y prestaciones y servicios sociales; las primeras comprenden subsidios, indemnizaciones, pensiones, asignaciones familiares, finiquitos a pensionados y ayudas para gastos de funeral y de matrimonio.

El objetivo de estas prestaciones es proteger los medios de subsistencia del trabajador y su familia. Las prestaciones y servicios sociales para el bienestar individual y colectivo están orientadas a mejorar la calidad de vida de la población en general, mediante los programas de bienestar y

---

<sup>23</sup> *Organización y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, IMSS, 1982.

desarrollo social, recreación física y deporte, promoción cultural y centros vacacionales.

En cuanto a la atención médica y hospitalaria a grupos que por su situación económica no están en condiciones de aportar cuotas, se implanto el programa de solidaridad social por cooperación comunitaria, cuya administración sé esta transfiriendo a los gobiernos de los estados. Bajo este programa la población rural que tiene acceso a los servicios de salud, suma más de veinte millones de personas.

Para hacer llegar las prestaciones sociales al público derechohabiente, el instituto cuenta con más de mil setecientas unidades médicas para sus tres niveles de atención, 3 mil 540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales, 692 guarderías instaladas en toda la república y 87 centros IMSS-Solidaridad.

Para la población en general existen en la institución instalaciones tales como: los centros vacacionales Oaxtepec, La Malitzi y Metepec; más de ciento treinta centros de seguridad social; tres velatorios en el Valle de México y trece en las principales ciudades de la provincia.

El instituto cuenta con setenta y cuatro teatros en toda la república (36 al aire libre y 38 cubiertos) en donde presenta espectáculos culturales. Además de 23 centros deportivos, 3 centros de artesanías, 2 centros culturales, 1 389 centros de extensión de conocimientos y 148 tiendas a lo largo del país.<sup>24</sup>

A fin de cumplir la misión encomendada al Instituto Mexicano del Seguro Social laboran en él más de trescientos cincuenta mil trabajadores, que son el recurso fundamental en el que se apoya para brindar la mejor atención posible a la clase trabajadora de nuestro país.

---

<sup>24</sup> *Memoria Estadística 1997. IMSS.*

La evolución histórica de la seguridad social ha sido una historia concatenada con la del hombre en lo referente a la calidad de vida que ha tenido este en los diferentes modos de organización existentes hasta el momento (Estado Antiguo, Estado Medieval y Estado Moderno) lo cual hace pensar que la concepción ideológica de la seguridad social seguirá fortaleciéndose en beneficio de la humanidad.<sup>25</sup>

En México la seguridad social es un legado histórico de la Revolución de 1910 al ser parte inherente de las principales demandas sociales de esos tiempos, y que en la actualidad el derecho a la salud y la seguridad social es uno de los objetivos primordiales del Estado, cuya conducción es manifiesta a través de diferentes instituciones públicas, muy señaladamente el Instituto Mexicano del Seguro Social constituye el patrimonio social más importante de los mexicanos.

De esta manera el Instituto Mexicano del Seguro Social por lo que representa y significa es él legítimo estandarte de la seguridad social en México, ya que la historia del Instituto Mexicano del Seguro Social es sin lugar a dudas la historia de la concepción moderna de la seguridad social en el Estado Mexicano Contemporáneo.

---

<sup>25</sup> Netter., op.cit., p.27.

## **Capítulo II. El Instituto Mexicano del Seguro Social:**

**PRESTACIONES Y SERVICIOS QUE OFRECE Y EL RECURSO**

**ADMINISTRATIVO DE INCONFORMIDAD**

**(LAS QUEJAS ADMINISTRATIVAS).**

## **Capítulo II. El Instituto Mexicano del Seguro Social: prestaciones y servicios que ofrece y el recurso administrativo de inconformidad (las quejas administrativas).**

### **2.1 Prestaciones y servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece una serie de prestaciones y servicios agrupados en sus cinco regímenes o ramos de seguro: a) riesgos de trabajo; b) enfermedades y maternidad; c) invalidez y vida; d) seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y e) guarderías y prestaciones sociales.

Así tenemos la siguiente clasificación por régimen de las prestaciones y servicios que ofrece el IMSS a sus derechohabientes:<sup>26</sup>

- a) Del régimen *riesgos de trabajo* se entenderán que el trabajador asegurado sufrirá por incapacidad temporal, incapacidad permanente e incapacidad permanente total y muerte; para lo cual el IMSS cubrirá las prestaciones en especie de: asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación. Además de que el asegurado tendrá derecho a las prestaciones en dinero, según sea su incapacidad recibirá una pensión.
- b) Del seguro de *enfermedades y maternidad*. En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento. En caso de maternidad el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes: asistencia obstétrica; ayuda en especie por seis meses para la lactancia, y una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.

---

<sup>26</sup> Nueva Ley del Seguro Social. México, 1997.

En caso de enfermedad no profesional el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. Así también la asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual ciento por ciento del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

- c) Del seguro de *invalidez y vida*. En este seguro las prestaciones son cubiertas por el sistema de pensiones, en donde se requiere el cumplimiento de períodos de espera, medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto.

Para el caso del ramo de invalidez, el asegurado tendrá el otorgamiento de una pensión, ya sea esta temporal o definitiva. Asimismo se otorgaran asignaciones familiares, que consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios por invalidez.

En el ramo de vida cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez el Instituto otorgará a sus beneficiarios: pensión de viudez; pensión de orfandad; pensión a ascendientes; ayuda asistencia a la pensionada por viudez, en los casos que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule, y asistencia médica.

- d) Del seguro de *retiro, cesantía en edad avanzada y vejez*. Al igual que del seguro de invalidez y vida, se deben cumplir semanas de cotización reconocidas por el instituto para el otorgamiento de las prestaciones. Respecto a la cesantía en edad avanzada, se obliga al otorgamiento de las prestaciones siguientes: pensión; asistencia médica; asignaciones familiares, y ayuda asistencial. El ramo de vejez da derecho al asegurado al otorgamiento de las siguientes prestaciones: pensión; asistencia médica; asignaciones familiares, y ayuda asistencial.

Del seguro de retiro el trabajador asegurado contara con una cuenta individual para el retiro, la cual será administrada por las Administradoras

de Fondos para el Retiro (AFORES), y será manejada individualmente por cada trabajador a partir de la aportación tripartita: trabajador-patrón-gobierno.

- e) Del seguro de *guarderías y de las prestaciones sociales*. En el ramo de guarderías se cubre el riesgo de la mujer trabajadora y del trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos de no poder proporcionar cuidados durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia. Los servicios de guardería infantil incluirán el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los menores.

El ramo de las prestaciones sociales comprende las prestaciones sociales institucionales, y las prestaciones de solidaridad social. Las prestaciones sociales institucionales serán proporcionadas mediante programas de: promoción de la salud difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de medios masivos de comunicación; educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; mejoramiento de la alimentación y de la vivienda; impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas y en general de todas aquéllas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre; regularización del estado civil; cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo a fin de lograr la superación del nivel de ingresos de los trabajadores; centros vacacionales y de readaptación para el trabajo; superación de la vida en el hogar, y el establecimiento y administración de velatorios, así como otros servicios similares.

Las prestaciones de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria en favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el poder ejecutivo federal determine como sujetos de solidaridad social.

## **2.2 El origen de las quejas administrativas.**

Todo ciudadano mexicano tiene el derecho constitucional de manifestar inconformidad alguna ante cualquier funcionario y empleado público mediante petición, así lo señala el artículo ocho de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “los funcionarios y empleados públicos respetarán el ejercicio del derecho de petición, siempre que ésta se formule por escrito, de manera pacífica y respetuosa; pero en materia política sólo podrán hacer uso de ese derecho los ciudadanos de la República. A toda petición deberá recaer un acuerdo escrito de la autoridad a quien se haya dirigido, la cual tiene obligación de hacerlo conocer en breve término al peticionario”.

Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 se establecen las bases para el desarrollo de las actividades en materia de atención y orientación al derechohabiente, de tal forma ante el conocimiento de los actos de negligencia que pudiera ocasionar su personal al ofrecer la prestación o el servicio de que se trate, crea un organismo interno con la finalidad de que conozca de las quejas administrativas interpuestas por el usuario hacia aquella o aquél área o personal que cometió el acto, así en 1945 se creó la Oficina de Inspección, Investigación y Quejas dependiente de la Subdirección General Médica, la cual era responsable de atender las quejas presentadas ante el Instituto. Para 1947 dicha oficina pasa a depender de la Dirección General.

En 1960 la Oficina de Inspección, Investigación y Quejas se transforma en Departamento de Quejas y Sugestiones. Posteriormente en 1967 se creó la Jefatura de Orientación y Quejas dependiente de la Subdirección General Jurídica, asimismo también se creó la Comisión de Orientación Empresarial y Obrera, anexándose en 1970 a la Jefatura de Orientación y Quejas.

Con fecha 5 de abril de 1973 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo que expide el Ejecutivo Federal el 13 de marzo del

mismo año en el cuál se dispone que las Secretarías y Departamentos de Estado, Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal de la Administración Pública Federal establezcan Sistemas de Orientación e Información al público. De esta manera se encomendó dentro del ámbito institucional a la Jefatura de Orientación y Quejas el establecimiento de dichos sistemas.

A partir de 1973 la Jefatura de Orientación y Quejas organizó cursos de capacitación para agentes de orientación e información y coordinadores de orientación, con la finalidad de instalar en las primeras seis agencias administrativas del Valle de México y en dieciocho delegaciones regionales y estatales estos servicios.

En 1974 por disposición del Ejecutivo Federal la Secretaría de la Presidencia expidió el Manual de Organización del Gobierno Federal, en cuyo tomo II se consignan entre otras las funciones de la Jefatura de Orientación y Quejas del IMSS; las cuales eran las de orientar e informar a los sectores interesados sobre el Instituto, atender las quejas o conflictos planteados por los derechohabientes, así como estudiar y dictaminar las resoluciones de las quejas por el H. Consejo Técnico.

El 16 de noviembre de 1977 da inicio el Programa de Módulos de Orientación, Información y Quejas en unidades médicas y administrativas del IMSS, como respuesta al acuerdo expedido el 19 de septiembre del mismo año por el Ejecutivo Federal, en el que señala específicamente que las entidades y dependencias de la Administración Pública Federal realicen actos conducentes para establecer un Sistema de Orientación, Información y Quejas con la finalidad de facilitar el trámite, gestión y solución de los asuntos que el público plantee, permitiendo promover la participación y colaboración de los usuarios en el mejoramiento de los servicios que se les prestan.

En 1980 el Programa de Módulos de Orientación, Información y Quejas se extiende a las Delegaciones Regionales y Estatales del sistema,

instalando módulos en las principales unidades médicas y administrativas del Instituto en todo el país.

Para 1988 se amplía la cobertura del servicio de Módulos de Orientación, Información y Quejas a los servicios de urgencias en fines de semana y días festivos. Asimismo en 1989 se inicia el Servicio de Atención Telefónica para atender a la población derechohabiente del Valle de México.

El 4 de marzo de 1994 el actual Director General del IMSS Genaro Borrego Estrada inaugura un servicio moderno de Atención y Orientación Telefónica. El 23 de marzo del mismo año el H. Consejo Técnico aprueba el cambio de denominación de la Jefatura de Orientación y Quejas por la de Jefatura de Servicios de Atención y Orientación al Derechohabiente, dependiendo de la Dirección General.

Y el 11 de enero de 1995 en el marco del proceso de reestructuración y modernización del IMSS, el H. Consejo Técnico acuerda el cambio de categoría de la Jefatura de Servicios de Atención y Orientación al Derechohabiente por la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

Así actualmente corresponde a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y a las Coordinaciones tanto Regionales como Delegacionales conocer e investigar el origen y los motivos que generaron la queja administrativa, así como notificar la resolución de la misma, sin antes ser revisado y aprobado según sea el caso de la queja por el Consejo Técnico, Consejos Consultivos Regionales o Delegacionales, quienes fungirán como *jueces* dictaminadores de las resoluciones respectivas.

Dado lo anterior, hoy en día el Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece una serie de prestaciones y servicios a más de cincuenta millones de derechohabientes a través de sus diversas instalaciones en las que laboran

cerca de trescientos cincuenta mil trabajadores entre personal médico, enfermeras y administrativo.

De esta forma en un sistema de prestación de servicios del tamaño del Instituto es susceptible de ocurrir insatisfacciones por parte de los usuarios generando descontento en ellos, de tal forma que la protesta en el reparo a su persona del derechohabiente ante el Instituto es legítimo y legalmente permitido. Luego entonces la insatisfacción del usuario deriva y origina una queja.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social las quejas pueden ser presentadas de manera verbal o por escrito; las quejas verbales son desahogadas inmediatamente por ser quejas cuya gravedad no ameritan una investigación, sin dejar de ser importantes para el sistema de quejas; en cambio las quejas escritas se ajustan al procedimiento que señala la Ley del Seguro Social en su artículo 296 de integración, investigación, resolución, notificación y reintegro de gastos, denominándose a este tipo de quejas como las quejas administrativas.

El crecimiento acelerado de la demanda de los servicios médicos originados por el deterioro del poder adquisitivo de los derechohabientes es una característica de los últimos años en el Instituto, aunado a una reducción relativa de los recursos institucionales, ha dado como resultado un binomio difícil de resolver, por lo que las insatisfacciones crecen.<sup>27</sup>

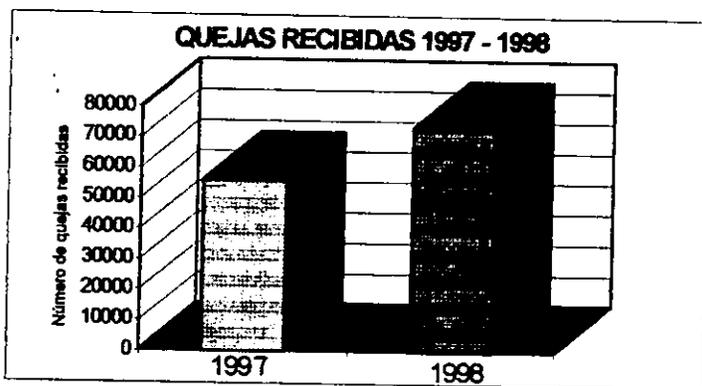
Otro factor a considerar en el origen de las quejas administrativas de carácter interno es la falta de voluntad política institucional para evitar que sigan generándose las quejas, es decir, cuando hay reincidencia del personal que comete algún error generador de una queja, corresponde al Instituto ejecutar sanciones correctivas hacia aquel personal, sin embargo, entre otras circunstancias a veces el peso del sindicato dentro del instituto es tal que no permite el avance en la prestación de los servicios al considerar el cambio como perjudicial para sus agremiados o simplemente la indecisión del

---

<sup>27</sup> IMSS-ISSSTE-FCE. *op.cit.*, p.56.

personal directivo de asumir medidas encaminadas a impedir la continua reiteración de faltas cometidas por el personal que pudiera ocasionar queja alguna son causas que provocan el incesante ciclo de incubación de las quejas administrativas en el IMSS y así lo ejemplifican las cifras de registro de quejas presentadas durante 1997 y 1998 las cuales tienen un incremento substancial.

Durante el periodo enero-diciembre de 1998 se presentaron 73 440 quejas con un promedio de 201 quejas diarias, registro superior en 17 403 casos a su similar de 1997 lo que significa un aumento del 23.7% (Cuadro 1). Dentro de las 73 440 quejas 63 910 fueron quejas verbales y 9 530 quejas escritas, cuya resolución de estas últimas oscila en un promedio de 46 días en el ámbito nacional, cifra que se encuentra ligeramente abajo de la norma establecida para su atención de 50 días.



FUENTE: Informe ejecutivo enero-diciembre 1998. Cuadro 1  
 Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS.

Sin embargo también a veces los derechohabientes descontentos no se quejan, ya que no esperan recibir un servicio mejor si lo hacen, esto es que

“los consumidores parecen aceptar una dosis importante de descuido en la calidad de los servicios antes de quejarse. Entonces, si los clientes no reclaman, las empresas no tienen ningún motivo para modificar su proceder.”<sup>28</sup>

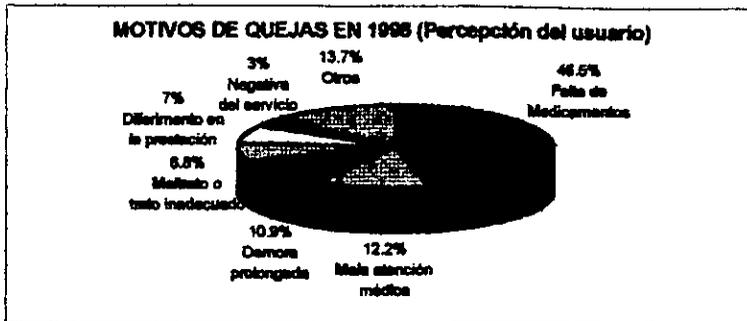
Los servicios generadores de quejas guardan una estricta proporcionalidad en los tres niveles de atención médica con el número de usuarios que acuden a ellos, las instalaciones con que cuentan y el personal adscrito.

En el primer nivel de atención que son las unidades de medicina familiar acude el 85% de los usuarios, al segundo nivel los hospitales de zona acude el 12% y los hospitales de especialidades el 3%.

Los servicios médicos son los que concentran la casi totalidad de los usuarios y pudiera ser el de las quejas administrativas, sin embargo la realidad dista lo contrario, ya que para 1998 se registro como el principal motivo de queja que se presenta en el Instituto la falta de medicamentos con un 46.5% siendo su principal causa la inexistencia del medicamento, si consideramos que mensualmente se expiden 7 277 185 recetas médicas; en tanto que la mala atención médica el 12.7% cuya causa se debe al descuido en la atención; y le sigue la demora prolongada con el 10.9% causada por problemas de actitud del personal, cuando mensualmente se otorgan y realizan 8 671 003 consultas médicas, 7 682 227 estudios de laboratorio, 119 303 cirugías y 61 486 partos, todos estos servicios médicos con relación al porcentaje de las quejas tienen un impacto relativamente menor. (Cuadro 2).

---

<sup>28</sup> Legault, Gilles. *Alcanzar la Calidad Total. En una empresa de servicios.* p. 16. Legault, Gilles. *Alcanzar la Calidad Total. En una empresa de servicios.* p. 16.



FUENTE: Informe ejecutivo enero-diciembre 1998. Cuadro 2  
 Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS.

A pesar que las estadísticas reflejan un aumento considerable en las quejas administrativas es legítimo señalar al personal del IMSS como principal culpable del origen de las quejas, sin embargo a veces el derechohabiente tiene cierta culpabilidad en el origen de las quejas, ya que por ejemplo en el caso de la demora prolongada del servicio queja con un 10.9% de frecuencia en el Instituto cuyas causas que señalan los derechohabientes se encuentran los problemas de actitud del personal o la saturación del servicio, causas que tienden a ser exageradas de acuerdo a sus juicios por los usuarios al no ser atendidos prontamente cuya gravedad de la causa de la queja no amerita tal, sin embargo por el sólo hecho de ser el Instituto Mexicano del Seguro Social una institución pública que cubre a cerca del 50% de la población del país es objeto de exigencias no fundamentadas por los usuarios.

Por consiguiente el Instituto Mexicano del Seguro Social ha creado a lo largo de su historia un sistema para la atención y solución de las quejas administrativas presentadas por la población usuaria, para reparar el daño o proteger los derechos que pudieran haberse afectado y para retroalimentar a las áreas responsables con la información necesaria, a fin de que con apego a las normas vigentes, adopten las medidas preventivas y correctivas de

carácter interno, tendientes a evitar que subsistan las causas generadoras de deficiencias en el Instituto.

### **2.3 Los criterios para la determinación de motivos y causas de quejas administrativas.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene identificado dentro de sus documentos internos una serie de motivos de quejas administrativas con sus respectivas causas de origen, cuyo manejo permite homogeneizar en todos los niveles de las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente los diferentes motivos y causas de quejas que se presentan.

De esta manera se reconocen los motivos y causas de quejas en los *Criterios para la determinación de motivos y causas de quejas* lineamiento normativo para el procedimiento del trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS.

La función sustantiva del Instituto Mexicano del Seguro Social es la oportuna prestación de los servicios médicos, en tanto que paralelamente también ejerce una función adjetiva que es la que se encarga de apoyar en todo lo necesario para que haya una atención médica en el Instituto. Dado lo anterior podemos clasificar de igual manera las quejas administrativas, así tenemos las quejas administrativas sustantivas que se derivan directamente de la prestación médica del Instituto y las quejas administrativas adjetivas las cuales se derivan de los servicios administrativos que sirven de apoyo para la prestación de los servicios médicos.

#### **“Quejas Administrativas Sustantivas (médicas):**

*Motivo:* Atentado al pudor.

*Posible causa:* falta de probidad; incumplimiento de la norma.

*Motivo:* Intervención quirúrgica no autorizada.

*Posible causa:* médicamente justificable; incumplimiento de la norma.

**Motivo:** Mala atención médica.

**Posible causa:** norma inadecuada; plantilla insuficiente, no utilizar medios de apoyo para el diagnóstico; falta de adiestramiento o capacitación; falta de equipo y medios de apoyo para el diagnóstico; descuido en la atención; sobreexpectativa del derechohabiente; deficiencia en servicios subrogados; alta prematura.

**Motivo:** Alta prematura.

**Posible causa:** saturación del servicio; descuido en la atención; sobreexpectativa del derechohabiente.

**Motivo:** Diagnóstico erróneo o inoportuno.

**Posible causa:** incumplimiento de la norma; descuido en la atención.

**Motivo:** Estudios no justificados.

**Posible causa:** descuido en la atención; médicamente justificable.

**Motivo:** Secuelas y complicaciones secundarias.

**Posible causa:** incumplimiento de la norma; descuido en la atención.

**Motivo:** Administración errónea del tratamiento.

**Posible causa:** incumplimiento de la norma; descuido en la atención.

**Motivo:** Cirugía innecesaria.

**Posible causa:** incumplimiento de la norma; descuido en la atención; médicamente justificable.

**Motivo:** Falta de consentimiento informado.

**Posible causa:** incumplimiento de la norma; descuido en la atención.

**Motivo:** Hospitalización innecesaria o prolongada.

**Posible causa:** incumplimiento de la norma; sobreexpectativa del derechohabiente.

*Motivo:* Tratamiento inadecuado, injustificado o inoportuno.

*Posible causa:* incumplimiento de la norma; descuido en la atención; sobreexpectativa del derechohabiente.

### Quejas Administrativas Adjetivas (administrativas):

*Motivo:* Cambio frecuente de médicos.

*Posible causa:* plantilla insuficiente; causa administrativa; saturación del servicio; sobreexpectativa del derechohabiente.

*Motivo:* Cambio, robo o extravío de persona o cadáver.

*Posible causa:* falta de información; incumplimiento de la norma.

*Motivo:* Demora prolongada para obtener servicios.

*Posible causa:* norma inadecuada; incumplimiento de la norma; plantilla insuficiente; mobiliario y equipo insuficiente o en mal estado; falta de adiestramiento o capacitación; causa administrativa; descuido de la atención; falta de previsión; saturación del servicio; sobreexpectativa del derechohabiente.

*Motivo:* Diferimiento en la prestación de servicios.

*Posible causa:* materiales en mala calidad o inexistentes; no acredita el derecho; plantilla insuficiente; mobiliario o equipo insuficiente o en mal estado; saturación del servicio; falta de previsión; problemas de afiliación; sobreexpectativa del derechohabiente; problemas de actitud; extravío o pérdida del expediente.

*Motivo:* Diferimiento en el pago de prestaciones económicas.

*Posible causa:* causa administrativa; problemas de actitud del personal; plantilla insuficiente; sobreexpectativa del derechohabiente; error en expedición de incapacidad.

*Motivo:* Error, negativa o demora en trámites administrativos.

*Posible causa:* norma inadecuada; incumplimiento de la norma; plantilla insuficiente; mobiliario y equipo insuficiente o en mal estado; falta de

adiestramiento y capacitación; descuido de la atención; sobreexpectativa del derechohabiente.

*Motivo:* Extravío de objetos personales.

*Posible causa:* falta de probidad; incumplimiento de la norma.

*Motivo:* Extravío o deficiencia en el envío de documentos o trámites.

*Posible causa:* incumplimiento de la norma; descuido en la atención; causa administrativa.

*Motivo:* Falta de higiene.

*Posible causa:* incumplimiento de la norma; problemas de actitud del personal; plantilla insuficiente.

*Motivo:* Falta de utilización de los medios de apoyo.

*Posible causa:* sobreexpectativa del derechohabiente; descuido de la atención; mobiliario y equipo insuficiente o en mal estado.

*Motivo:* Falta o deficiencia de la información.

*Posible causa:* incumplimiento de la norma; falta de adiestramiento y capacitación.

*Motivo:* Mala atención servicios no médicos.

*Posible causa:* problemas de actitud del personal; sobreexpectativa del derechohabiente; incumplimiento de la norma; error en el pago de la incapacidad; descuido en la atención.

*Motivo:* Maltrato o trato inadecuado.

*Posible causa:* problemas de actitud del personal; sobreexpectativa del derechohabiente.

*Motivo:* Negativa de cambio de horario, unidad o médico.

*Posible causa:* norma inadecuada; sobreexpectativa del derechohabiente; saturación del servicio.

*Motivo:* Negativa del servicio.

*Posible causa:* norma inadecuada; no acredita el derecho; problemas de afiliación; omisión trámite administrativo por parte del derechohabiente; equipo inexistente o no disponible; omisión o pago parcial de subsidio; falta de dotación; problemas de actitud; descuido en la atención; causa administrativa.

*Motivo:* Falta de probidad.

*Posible causa:* cobro no autorizado; propuesta de sustitución por servicio particular; abuso de autoridad; situación fraudulenta.

*Motivo:* Falta de medicamentos.

*Posible causa:* negativa de surtido; inexistencia de medicamento; error al surtir la receta; dotación parcial; caducado; fuera de cuadro básico.

*Motivo:* Desabasto en general.

*Posible causa:* reactivos; material de curación; vacunas; leche; canastilla; materiales de radiodiagnostico; otros.<sup>29</sup>

En esta clasificación podemos evidenciar que hay quejas administrativas médicas cuya magnitud no puede ser comparadas con las quejas de tipo administrativo, por ejemplo una intervención quirúrgica no autorizada cuyas consecuencias pueden ser reversibles en el paciente representa una situación delicada por resolver para la misma institución, más sin en cambio la queja se trate de alguna demora en el servicio o la falta de medicamentos la solución representa adecuar las normas y los procedimientos internos del Instituto.

---

<sup>29</sup> Criterios para la determinación de motivos y causas de quejas. IMSS, 1998.

## **2.4 El recurso administrativo de queja ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

### **2.4.1 El recurso administrativo.**

La administración pública se define como el conjunto de medios de acción sea directo e indirecto, sean humanos, materiales, morales (ética del Estado) de los cuales dispone el gobierno nacional para lograr los propósitos y realizar las tareas de interés público que no cumplen las empresas privadas o los particulares y que determinan los poderes constitucionales legalmente dedicados a recoger y definir la política general de la nación.

Así la administración pública se rige por un conjunto de medios de acción legalmente establecidos. Ante la posibilidad de que estos medios de acción no cumplen con los propósitos de interés público y además afecte a los gobernados por ser ilegales y violen sus garantías individuales, la propia administración pública ofrece un medio capaz de corregir estos actos, ya sea por una autoridad administrativa superior a la que emitió el acto o bien por la misma, denominado recurso administrativo.

Este recurso es un instrumento legal en contra de las resoluciones administrativas que transgreden o violen los derechos personales del gobernado. Gabino Fraga define al recurso administrativo como “un medio legal de que dispone el particular, asistido en sus derechos o intereses por un acto administrativo determinado, para obtener en los términos legales de la autoridad administrativa una revisión del propio acto a fin de que dicha autoridad lo revoque o lo reforme en caso de encontrar la ilegalidad o la inoportunidad del mismo.”<sup>30</sup>

El recurso administrativo no implica el ejercicio de una función jurisdiccional, porque sólo significa una revisión que de sus actos hace la propia administración pública para corregir los errores que hubiere, es decir,

---

<sup>30</sup> Fraga, Gabino. *Derecho administrativo*. p. 463.

el recurso administrativo constituye un instrumento previo a la justicia administrativa.

El recurso administrativo puede ser: una revocación el cual deja sin efecto en forma parcial o total el acto administrativo, por razones de oportunidad, técnicas o de interés público; la revisión permite modificar o sustituir el acto administrativo en virtud de que se emitiera uno nuevo, implicando investigar de reinicio el procedimiento del acto administrativo; y la reconsideración exige el retiro del acto administrativo.

El recurso administrativo persigue entre otras finalidades el que los particulares en forma rápida, sencilla, y sobre todo sin formalidades puedan resolver a su favor o no los agravios en su contra del acto administrativo de que se trate.

Hay una tendencia a considerar que cuando hay un recurso administrativo, el particular puede optar entre agotarlo o intentar desde luego inicio ante el Tribunal Contencioso-Administrativo.

El establecimiento del control jurisdiccional de los actos de la administración ha dado lugar a la creación de la figura del Contencioso-Administrativo. El Contencioso-Administrativo significa toda controversia suscitada por un acto de la Administración Pública que entra en la competencia de la jurisdicción administrativa.

#### **2.4.2 El artículo 296 de la Ley del Seguro Social.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios; pero con la característica de que en la integración de sus órganos de gobierno la participación tripartita permite tanto al sector patronal y de los trabajadores, participar en la toma de decisiones del instituto lo cual significa que la exigencia tanto del gobierno para con los patrones y trabajadores en cumplir con sus

aportaciones monetarias se hagan en los tiempos establecidos, y de los trabajadores y patrones para con el Instituto en el sentido de ofrecer las prestaciones y servicios bajo los criterios de eficiencia, eficacia, calidad y oportunidad. Esto obliga y da el derecho legal y legítimo al trabajador y patrón de quejarse de las insatisfacciones recibidas en la prestación de los servicios ante el mismo Instituto a través del recurso administrativo teniendo el carácter de queja administrativa.

De esta manera el sustento legal de las quejas administrativas interpuestas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social, el cual señala lo siguiente:

“El asegurado, sus derechohabientes, el pensionado o sus beneficiarios podrán interponer ante el Instituto queja administrativa, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnabile a través del recurso de inconformidad.”

“El procedimiento administrativo de queja deberá agotarse previamente al conocimiento que deba tener otro órgano o autoridad de algún procedimiento administrativo, recurso o instancia jurisdiccional.”

“La resolución de la queja corresponderá al Consejo Técnico, a los Consejos Consultivos Regionales, así como a los Consejos Consultivos Delegacionales, en los términos que establezca el instructivo respectivo.”

#### **2.4.3 El Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Al artículo 296 de la Ley del Seguro Social tiene su reglamentación correspondiente en el *Reglamento para el trámite y resolución de las*

*quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual esta integrado por 29 artículos y tres artículos transitorios.*<sup>31</sup>

El Reglamento explica y regula el procedimiento a seguir para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto. En el artículo 2 se señala que “el procedimiento de queja administrativa tiene por finalidad realizar la investigación oportuna e imparcial de los hechos manifestados que la originaron, teniendo como fundamento básico los hechos manifestados, las pruebas aportadas por el quejoso y la información documental relacionada con los mismos, a fin de conocerla actuación institucional en la prestación de servicios médicos, el origen y las causas que provocan las insatisfacciones, e identificar las deficiencias o desviaciones detectadas, que permitan adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias.”

“La queja administrativa tendrá el carácter de instancia administrativa y será resuelta mediante acuerdo que dicte el Consejo Técnico, el Consejo Consultivo Regional o el Consejo Consultivo Delegacional, según corresponda, considerando criterios de justicia, equidad, principios de legalidad y razonabilidad.”

En su artículo 4 menciona que “las autoridades competentes para conocer la queja administrativa dentro de sus respectivos ámbitos, serán responsables de instrumentar el respectivo procedimiento en un plazo máximo de cincuenta días hábiles contados a partir de la fecha de la recepción de la misma.”

“Este procedimiento, comprenderá las etapas de integración, investigación, resolución, notificación y, en su caso, reintegro de gastos médicos, pago de indemnización y en general todos aquellos actos necesarios para atender, aclarar y resolver los planteamientos del quejoso.”

---

<sup>31</sup> Aprobado el 27 de junio de 1997.

Las autoridades competentes que conocerán e investigarán de la queja administrativa serán: “las Direcciones Regionales o Delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal que tengan bajo su jurisdicción a la unidad o unidades médicas o administrativas, en donde se hubiese generado el hecho materia de la misma.” (Artículo 10 del reglamento).

El Instituto Mexicano del Seguro Social como se ha mencionado anteriormente ofrece una gama de servicios y prestaciones a más de cincuenta millones de derechohabientes a través de sus diversas instalaciones, por lo cual es imposible evitar que se cometan errores dentro de un margen de aceptación considerable y estos errores a su vez generen descontento de los usuarios conllevando a la postre quejas derivadas por una mala atención en la prestación de los servicios, pero cuando este margen de aceptación es rebasado entonces es de consideración para la organización, primero ofrecer los mecanismos adecuados a sus derechohabientes para la solución de las quejas presentadas ante el Instituto y además que este mecanismo sea ágil, oportuno y confiable para los usuarios, y segundo detectar donde se encuentran las fallas en la organización para implementar soluciones a corto, mediano y largo plazo, con la finalidad de hacer más moderno, oportuno, eficiente y eficaz al Seguro Social.

Así el primer paso lo ha dado el Instituto ya que reconoce la existencia de fallas dentro de la Institución para lo cual desde su creación ha ofrecido a sus derechohabientes órganos y procesos internos que conocen de las quejas, y hoy en día a través del procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas los derechohabientes pueden legalmente interponer este recurso administrativo de queja ante las instancias internas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Capítulo III. LAS ÁREAS DE ATENCIÓN y ORIENTACIÓN AL  
DERECHOHABIENTE y el PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE y  
RESOLUCIÓN de LAS QUEJAS ADMINISTRATIVAS ANTE EL INSTITUTO  
MEXICANO del SEGURO SOCIAL.**

### **Capítulo III. Las áreas de Atención y Orientación al derechohabiente y el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

El Instituto Mexicano del Seguro Social desde su creación a considerado la apremiante necesidad de instituir para sus derechohabientes áreas de atención y orientación, en las cuales se otorga asesoría e información a los usuarios sobre las prestaciones y servicios que ofrece el Instituto, y desde luego atender las posibles quejas generadas por los actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos.

De esta forma dichas áreas de atención y orientación del Instituto son las responsables de conocer el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del seguro Social, por lo cual en el presente capítulo se revisarán las funciones de dichas áreas, así como también el procedimiento antes mencionado.

#### **3.1 La Comisión de Vigilancia.**

La Comisión de Vigilancia es el órgano vigilante de los órganos superiores del Instituto Mexicano del Seguro Social, al estar compuesta por seis miembros designados por cada uno de los sectores representativos que constituyen la Asamblea (dos miembros propietarios y dos suplentes).

La Comisión de Vigilancia vigilará que las inversiones se hagan de acuerdo con las disposiciones reglamentarias; practicará la auditoría de los balances contables y comprobar los avahíos de los bienes materia de operaciones del instituto; sugerir a los órganos superiores, en su caso, las medidas que juzgue convenientes para mejorar el funcionamiento de los

seguros que ampara la ley; y en casos graves y bajo su responsabilidad, citar a Asamblea General Extraordinaria.<sup>32</sup>

### **3.2 La Contraloría Interna.**

La Contraloría Interna es el Órgano de Control Interno Central del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscrito a la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) al cual se presentan todas las posibles quejas de los usuarios.

La Contraloría Interna recibe, registra y analiza las quejas, y una vez analizadas determinará cuando se trate de quejas administrativas, turnarlas para su atención a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

Las quejas captadas por la Contraloría Interna a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos u Organismos e Instituciones similares, serán turnadas para su atención a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, la cual deberá informar permanentemente a la propia Contraloría interna sobre el estado que guarden las mismas hasta su resolución.

### **3.3 La Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.**

La Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente es la autoridad competente en el ámbito central de conocer e investigar los motivos que generaron la queja administrativa para la elaboración del proyecto de acuerdo, así como notificar y, en su caso, cumplimentar la resolución en los casos en que se hayan declarado incompetentes las autoridades regionales y delegacionales. Y en los casos en que existe

---

<sup>32</sup> *Ley del Seguro Social*, artículos 265 y 266.

procedimiento instaurado ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos u Organismos similares que le hayan sido remitidos por Contraloría Interna.

Además entre otras funciones la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente planea y controla las acciones referidas a la orientación sobre la seguridad social y autocuidado de la salud, así como evaluar sus resultados; proporciona la información recabada a través de los medios de evaluación, a las diferentes unidades administrativas del Instituto, sobre la opinión de los usuarios de los servicios institucionales recibidos, particularmente la relativa a la calidad de éstos; orienta a los asegurados y sus beneficiarios sobre las prestaciones de los servicios del Instituto establecidos en la ley y el derecho a los mismos y resolver los planteamientos presentados sobre este particular por la ciudadanía y organismos públicos; y coordina y establece los lineamientos generales a seguir en las áreas de atención y orientación al derechohabiente tanto en el ámbito regional como delegacional.<sup>33</sup>

El conocimiento para la investigación de las quejas según su ámbito de competencia, corresponderá a las Direcciones Regionales o Delegacionales que tengan bajo su jurisdicción a la unidad o unidades médicas o administrativas, en donde se hubiese generado el motivo de queja.

Las Direcciones Regionales o las Delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal, que tengan conocimiento de insatisfacciones que por su naturaleza, implicaciones o precedentes puedan tener repercusiones graves para el Instituto, deberán informar de inmediato de su existencia, a la Dirección General del Instituto, a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y a la Contraloría Interna.

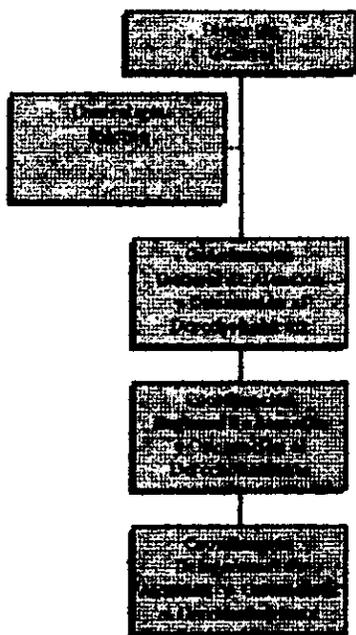
En cualquier momento los titulares de aquellas áreas podrán declinar su competencia a favor de las instancias superiores correspondientes, remitiendo el expediente totalmente integrado, con el señalamiento de las

---

<sup>33</sup> *Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Diario Oficial de la Federación, 11 de noviembre de 1998.

causas que se consideren relevantes, las cuales serán analizadas para los efectos de la aceptación, en su caso, de la declinatoria propuesta.

ESTRUCTURA ORGANICA  
DEL SISTEMA DE QUEJAS DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



En la estructura orgánica del Sistema de Quejas del Instituto Mexicano del Seguro Social encontramos como característica la descentralización de funciones por parte de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente hacia las Coordinaciones tanto Regionales como Delegacionales (excepto en aquellos casos que ameriten ser conocidos por las instancias superiores) lo cual permite un mayor margen de desempeño para la atención de las quejas, ya sea que estas se

presenten por ejemplo en la Delegación de Baja California o en la Delegación de Campeche, para ambas Coordinaciones Delegaciones el procedimiento y los tiempos establecidos reglamentariamente en la atención a los derechohabientes son los mismos.

### **3.4 Las Coordinaciones Regionales.**

En el Instituto Mexicano del Seguro Social existen siete direcciones regionales distribuidas geográficamente en la república mexicana: Siglo XXI, La Raza, Norte, Occidente, Noroeste, Sur, y Oriente. Y de acuerdo a su ámbito de competencia en cada dirección regional hay una Coordinación Regional de Atención y Orientación al Derechohabiente las cuales tienen las siguientes atribuciones:

Conocer e investigar los motivos de queja que generaron el procedimiento de queja administrativa para la elaboración del proyecto de acuerdo, así como notificar y, en su caso, cumplimentar la resolución en los casos en que el reintegro de gastos por los montos superiores a 25 y hasta 75 veces el salario mínimo mensual del Distrito Federal, y en la reparación de daños por responsabilidad civil en los casos de defunción, pérdida de órganos o de miembros, así como los que se consideren de trascendencia.<sup>34</sup>

Las áreas antes referidas tendrán facultades de supervisión y vigilancia dentro de la jurisdicción territorial que corresponda, respecto de sus similares de las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente en las Delegaciones.

Asimismo estas áreas deberán entregar un informe semestral al Consejo Técnico y a la Coordinación general de Atención y Orientación al Derechohabiente sobre las quejas administrativas, así como las medidas tomadas para su atención y disminución. De igual maneras dichas áreas

---

<sup>34</sup> Marco Reglamentario de la Ley del Seguro Social. p.206.

deberán informar lo anterior a la Contraloría Interna semestralmente y cuando ésta lo solicite.

### **3.5 Las Coordinaciones Delegacionales.**

En el Instituto mexicano del Seguro Social hay treinta y siete delegaciones foráneas denominadas regionales y estatales (una en cada estado de la República, dos en el Estado de México y dos en Veracruz, y cuatro en el Distrito Federal). Cada dirección regional coordina según su región a un número determinado de delegaciones.

Así tenemos que la Dirección Regional Siglo XIX coordina las delegaciones de Chiapas, Guerrero, Querétaro, Morelos, la Delegación 3 Suroeste del D.F. y la delegación 4 Suroeste del D.F.; la Dirección Regional La Raza tiene bajo su cargo las Delegaciones de Hidalgo, la Delegación Estado de México Oriente, la Delegación Estado de México Poniente, la Delegación 1 Noroeste del D.F. y Delegación 2 Noroeste del D.F.; la Dirección Regional Norte coordina las delegaciones de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas; en la Dirección Regional Occidente se encuentran las delegaciones de Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Nayarit; la Dirección Regional Noroeste coordina las delegaciones de Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora; en la Dirección Regional Sur están las delegaciones de Oaxaca, Puebla, Tabasco, Tlaxcala, la Delegación Veracruz Norte y Delegación Veracruz Sur; y en la Dirección Regional Oriente están las delegaciones de Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

A nivel Delegación hay una Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente en las cuales se conoce y da curso a todos los casos que se refieren las peticiones por negativa de expedición de certificados de incapacidad retroactiva que sea contraria a la normatividad

sobre la materia en vigor, esta solicitud no constituye recurso de queja administrativa.

Las Coordinaciones Delegacionales conocen e investigan los motivos que generaron la queja administrativa y tramitarla para la elaboración del proyecto de acuerdo, así como notificar y en su caso cumplimentar la resolución que recaiga en el reintegro de gastos médicos hasta por un monto equivalente a 25 veces el salario mínimo mensual del Distrito Federal, vigente en el momento de la presentación de la queja administrativa y en los casos de reparación del daño por responsabilidad civil, excepto cuando ésta se derive de una defunción, pérdida de órganos o de miembros.<sup>35</sup>

Asimismo las Coordinaciones Delegacionales deberán informar semestralmente al Consejo Técnico y a los Directores Regionales el avance de las quejas administrativas, así como las medidas tomadas para su atención y disminución. De igual manera dichas áreas deberán informar lo anterior a la Contraloría Interna semestralmente y cuando ésta lo solicite.

En los casos de queja administrativa en que se encuentren involucradas dos o más Delegaciones de una misma Dirección Regional, la queja se atenderá y resolverá en la Coordinación Regional correspondiente.

Cuando las Delegaciones involucradas en los hechos motivo de queja administrativa correspondan a diferentes Direcciones Regionales, la queja será atendida y resuelta por la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

### **3.6 Los Consejos Consultivos.**

El H. Consejo Técnico, los Consejos Consultivos Regionales y los Consejos Consultivos Delegacionales representan los Consejos Consultivos del Instituto Mexicano del Seguro Social los cuales fungen como jueces

---

<sup>35</sup> *Ibid.*, p.205.

dictaminadores para aprobar y emitir los acuerdos relacionados con las quejas administrativas según sea su ámbito de competencia.

### **3.6.1 El H. Consejo Técnico.**

El H. Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del Instituto y estará integrado hasta por doce miembros, correspondiendo designar cuatro de ellos a los representantes patronales de la Asamblea General, cuatro a los representantes de los trabajadores y cuatro a los representantes del Estado, con sus respectivos suplentes y el Ejecutivo Federal cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal.

El Secretario de Salud y el Director General serán siempre Consejeros del Estado, presidiendo este último el H. Consejo Técnico.

El H. Consejo Técnico será competente para aprobar y emitir los acuerdos relacionados con las quejas administrativas que se hagan de su conocimiento y los que se requieran con motivo de las insatisfacciones que conozca la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente; de igual manera conocer y resolver aquellos casos competencia de los Consejos Consultivos Regionales que por su importancia, trascendencia o características especiales así lo ameriten, considerando criterios de justicia, equidad, principios de legalidad y razonabilidad.<sup>36</sup>

El H. Consejo Técnico sesionará en forma ordinaria por lo menos una vez cada mes y podrá hacerlo extraoficialmente cuantas veces lo considere necesario.

---

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 207.

### **3.6.2 Los Consejos Consultivos Regionales**

Los Consejos Consultivos Regionales se integrarán en la forma que determine el Consejo Técnico, debiendo estar representados en los mismos todas las delegaciones que correspondan a la región e invariablemente deberán mantener la proporcionalidad entre las representaciones de los trabajadores, de los patrones y del gobierno. Dichos Consejos sesionarán bimestralmente en forma ordinaria y en forma extraordinaria en cualquier tiempo, cuando así se requiera.

Los Consejos Consultivos Regionales serán competentes para aprobar y emitir los acuerdos relacionados con las quejas administrativas que se hagan de su conocimiento bajo su jurisdicción, y en los casos que los Consejos Consultivos Delegacionales deleguen esta responsabilidad a los Consejos Consultivos Regionales.

### **3.6.3 Los Consejos Consultivos Delegacionales.**

Los Consejos Consultivos Delegacionales estarán integrados por el delegado que fungirá como presidente del mismo; un representante del gobierno de la entidad federativa sede de la Delegación; dos del sector obrero y dos del sector patronal, con sus respectivos suplentes. En el caso de las Delegaciones del Distrito Federal la representación del Gobierno se integrará con el titular de la Delegación respectiva. El H. Consejo Técnico podrá ampliar la representación de los sectores cuando lo considere conveniente.

Los Consejos Consultivos Delegacionales serán competentes para aprobar y emitir los acuerdos relacionados con las quejas administrativas que se hagan de su conocimiento en su Delegación correspondiente. Los Consejos Consultivos Delegacionales deberán sesionar ordinariamente por lo menos una vez cada quince días.

### **3.7 La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).**

El artículo 102 apartado B constitucional fundamenta a los organismos de protección de los Derechos Humanos a conocer de las quejas, “el Congreso de la Unión y las legislaturas de los Estados en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección de los Derechos Humanos que otorga el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos y omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos. Formularán recomendaciones públicas, no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas”.

De este modo tanto la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) tienen facultades para recibir e investigar las quejas administrativas presentadas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social con plena autonomía, así como para solicitar toda la documentación relacionada con el caso, representando de esta manera ambas instituciones alternativas externas para los derechohabientes del IMSS.

Así hoy en día la Comisión Nacional de Derechos Humanos tiene un Convenio de Colaboración para la Atención de Quejas Médicas con cinco dependencias del Gobierno Federal.

De esta forma con el objetivo de establecer las bases y los lineamientos conforme a los cuales se coordinarán las acciones para la recepción, registro, control, seguimiento y, en su caso, resolución de las quejas que con motivo de la atención médica presenten los usuarios de los servicios que brindan la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), junto con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo

Administrativo (SECODAM) firmaron dicho Convenio el 28 de agosto de 1998.

Entre las cláusulas establecidas en este acuerdo se destacan las funciones a desarrollar por parte de la SSA, el IMSS y el ISSSTE: recibir, registrar y atender las quejas médicas que les presenten y en aquellos casos en que se presuma la existencia de responsabilidades administrativas a cargo de los servidores públicos involucrados, y mantener permanentemente actualizado el sistema de quejas médicas, conforme a los lineamientos y procedimientos establecidos.

De igual manera para el cumplimiento del presente convenio, la CNDH se comprometió a recibir, registrar y atender las quejas médicas en las que existan violaciones a los Derechos Humanos; y en aquellos casos en los que no se presenten afectaciones a los Derechos Humanos, remitirlas para su atención a la CONAMED, o asesorar al usuario para que la presente de manera directa ante esta última.

Por último la CONAMED deberá recibir, registrar y atender las quejas médicas que le presenten; y en aquellos casos en que se presuma la existencia de responsabilidades administrativas a cargo de servidores públicos involucrados, dar vista a la SECODAM, y mantener permanentemente actualizado el sistema de queja médica, conforme a los lineamientos y procedimientos establecidos.

En las situaciones que la queja administrativa es presentada ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y otros organismos similares, le corresponde únicamente a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente la recepción y atención de esas quejas y emitir la respuesta a los organismos mencionados.

En los anteriores casos la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente remitirá al H. Consejo Técnico para su

sanción, el proyecto de convenio, que en su caso se requiera suscribir para poner fin al procedimiento seguido ante aquéllos, sea en las etapas de conciliación o recomendación, informando a la Contraloría Interna de la atención de dicha queja.

### **3.8 La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).**

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creada a instancias del Presidente de la República mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos; cuya misión es contribuir a tutelar el derecho a la protección de la Salud, así como elevar la calidad de los servicios médicos que se presentan en el país, siendo su objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

La CONAMED esta facultada para conocer de controversias suscitadas por la prestación de servicios médicos, por alguna de las causas siguientes:<sup>37</sup>

- Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio.
- Probables casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del usuario.

El ámbito de acción de la CONAMED es nacional, por lo que conoce de quejas e inconformidades sobre servicios prestados en cualquier parte de la República Mexicana. Las quejas se pueden presentar por deficiencias en los servicios que brindan instituciones públicas como el IMSS, ISSSTE, SSA, DDF, PEMEX, SEDENA y otras; hospitales y clínicas de carácter

---

<sup>37</sup> Decreto de creación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1996.

privado; así como profesionales de la salud en ejercicio libre de su profesión.

La CONAMED actúa como intermediario entre el prestador de servicios médicos y el usuario de estos servicios, -el principio que rige la resolución de controversias es la “conciliación”- de tal manera que mediante la calificación técnica adecuada por parte de los servicios públicos de la CONAMED, se garantiza a las partes la imparcialidad suficiente para que resuelvan su controversia sin necesidad de acudir a los tribunales del Estado.

Este principio de conciliación está presente incluso en el arbitraje. Es decir, cuando las partes no concilian sus diferencias y es necesario un rigor formal que dirima la controversia, pueden de manera voluntaria sujetarse al arbitraje de la CONAMED, y no obstante tratarse de un juicio, las partes pueden conciliar sus diferencias en cualquier etapa del procedimiento en que éste se encuentre.<sup>38</sup>

### **3.9 La Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República.**

La Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República es una unidad administrativa adscrita a la Presidencia de la República creada por el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León el 8 de mayo de 1996 que tiene como tarea fundamental ser un conducto de comunicación, a través del cual los ciudadanos presenten de manera directa al Titular del Ejecutivo Federal diversas solicitudes, sugerencias o quejas.

*Así en el Acuerdo que establece las facultades de la Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República publicado en el*

---

<sup>38</sup> Cuadernos de divulgación. Preguntas y respuestas sobre la Conamed. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1996.

Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 1996, establece en su artículo primero las siguientes facultades:

“Recibir las solicitudes, sugerencias o quejas dirigidas por los ciudadanos a la Presidencia de la República, turnarlas a las dependencias o entidades competentes, y procurar su expedita resolución. Recibir y dar contestación a las solicitudes, sugerencias o quejas de los ciudadanos, en aquellos casos que por su naturaleza se considere que pueden ser contestados por la propia Coordinación, procurar su expedita resolución y hacer el seguimiento correspondiente. Establecer mecanismos de orientación, respecto de la información que soliciten los ciudadanos a la Presidencia de la República. Informar al Titular del Ejecutivo Federal sobre la atención de las quejas, así como sobre el cumplimiento de los compromisos, solicitudes, sugerencias de la ciudadanía y, en general, sobre las labores realizadas por la Coordinación.”

De esta forma conforme a lo dispuesto por dicho Acuerdo la Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República conoce y recibe las quejas originadas en el IMSS para ser turnadas y resueltas por las respectivas autoridades administrativas del Instituto, es decir la función que realiza la Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República es la de un medio que recibe y canaliza las quejas pero que cuenta con la audiencia directa del Titular del Poder Ejecutivo Federal.

### **3.10 El Procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas.**

#### **3.10.1 Presentación de la queja administrativa.**

Cuando el asegurado, sus derechohabientes, el pensionado o sus beneficiarios son objeto de alguna insatisfacción por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos,

deben acudir a las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde el personal de dichas áreas efectuará una entrevista con el usuario para orientarlo respecto al procedimiento a seguir en la presentación de una queja administrativa, y conforme a la entrevista el usuario presentara su queja por escrito aportando los elementos requeridos en la integración del expediente de queja.

Así la presentación de la queja administrativa debe hacerse por escrito ante las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente quienes una vez que conocen la queja administrativa revisarán si ésta contiene los elementos esenciales que deben ser proporcionados por el interesado para una debida investigación, comprobación de los hechos u omisiones señaladas, en el momento que detecten alguna omisión de informes o documentación prevendrán al promovente para que éste la aclare o corrija.

El escrito de queja será concreto y claro precisando los hechos motivo de la queja o solicitud, en forma cronológica y adjuntando toda documentación necesaria, así como comprobantes de los gastos que correspondán al costo global de la atención médica particular.

El interesado es informado que una vez elaborado el Acuerdo correspondiente, no se tramitará ninguna solicitud de reintegro adicional por la misma queja.

Para tal efecto se identificarán en concreto las omisiones del escrito de queja administrativa, advirtiéndole al promovente que si no las subsana dentro del término de siete días hábiles contados a partir de la notificación del requerimiento respectivo, ésta será tramitada y resuelta basándose exclusivamente en los elementos con los que se cuente.<sup>39</sup>

El escrito de queja administrativa debe presentar los siguientes datos:<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Marco Reglamentario de la Ley del Seguro Social. p. 210.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 209.

## **I. De Identificación:**

- a) Nombre del promovente ;
- b) Nombre del usuario receptor de los servicios institucionales;
- c) En su caso, número de seguridad social del asegurado;
- d) Clínica de adscripción;
- e) Unidad y servicio en el que se proporcionó u omitió la prestación del servicio institucional materia de la queja administrativa;
- f) Personal institucional que proporcionó u omitió la prestación del servicio materia de la queja administrativa, señalando en su caso, los datos para su identificación.
- g) Domicilio particular del promovente o del usuario, señalando en su caso código postal y número telefónico, y
- h) En su caso nombre, domicilio y número de registro del patrón.

## **II. De los hechos u omisiones que dan lugar a la queja administrativa:**

- a) Exposición clara y breve en orden cronológico de cómo sucedieron los acontecimientos, señalando las fechas, horas, lugares, personas y servicios que dan lugar a la queja administrativa.
- b) Relación en su caso de los originales de los documentos que sustenten la queja administrativa o procedimientos supletorios que acrediten los hechos.
- c) La petición concreta.

Para evitar la dilación en el procedimiento, esta notificación podrá realizarse por cualquier medio disponible, dejando constancia de este hecho en el expediente respectivo.

Las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente comunicarán las quejas administrativas que conozcan las áreas de Relaciones Contractuales, en un plazo máximo de tres días hábiles, contados a partir de la fecha en la que tengan conocimiento de ésta, para efecto de que se valore la procedencia de la investigación en los términos del Contrato Colectivo de Trabajo.

### **3.10.2 La integración e investigación de la queja administrativa.**

Una vez turnada la queja administrativa las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS tendrán un plazo no mayor de quince días hábiles, contados a partir de la recepción de la misma, para su integración e investigación.<sup>41</sup>

Para la práctica de las investigaciones de la queja administrativa los servidores públicos y demás áreas institucionales proporcionarán al personal de las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente, los informes, documentos y opiniones que les sean requeridos en un término no mayor de cinco días hábiles, contados a partir de la recepción del mencionado requerimiento. La omisión, interferencia, obstaculización, retraso u ocultamiento de lo solicitado, traerá como consecuencia, en su caso, la responsabilidad de los servidores públicos en los términos de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, de lo cual deberán comunicarlo a la Contraloría Interna.

Integrado el expediente con el escrito de queja administrativa, documentación o pruebas aportadas por el usuario, informes y documentos institucionales e investigación, la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y sus áreas Regionales y Delegacionales, procederán según su competencia, a elaborar el Dictamen que contendrá.<sup>42</sup>

I. Síntesis de la queja administrativa.

II. Resumen de la investigación, señalando particularmente:

- a) Desde el punto de vista médico, los aspectos técnicos realizados u omitidos, los efectos y consecuencias respecto al padecimiento en cuestión, relacionando los hechos así como el sustento documental materia del dictamen.

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 210.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 211.

- b) Desde el punto de vista laboral, los elementos presuncionales que originaron su envío al área de relaciones contractuales y, en su caso, síntesis de la resolución dictada por ésta.
- c) Desde el punto de vista legal, las consideraciones que en su caso formule el área jurídica que corresponda, a través de la opinión de las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS, vinculada con las medidas compensatorias reclamadas por el usuario, el señalamiento de beneficiarios con derecho al cobro de indemnización y los parámetros adoptados para cuantificar el monto de ésta.

Dentro de la opinión que vierta el área jurídica en el término de cinco días hábiles, se señalará, en su caso, si existe algún impedimento administrativo, de procuración de justicia o jurisdiccional; en caso contrario, el área de Atención y Orientación al Derechohabiente procederá al envío del proyecto de acuerdo para la resolución definitiva al Consejo que corresponda.

III. Valoración por las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente sobre las opiniones técnicas emitidas por las áreas médica, legal y administrativa-laboral producto de la investigación.

IV. Conclusiones que señalen en forma categórica los aspectos que dieron lugar a la procedencia o improcedencia de la queja administrativa, precisando en su caso; la existencia de responsabilidad institucional; las medidas preventivas y correctivas correspondientes; las medidas compensatorias y las personas que tengan derecho al cobro, como resultado del procedimiento instaurado.

Este dictamen permitirá identificar y analizar con los fundamentos técnicos y metodológicos cual es el problema a ser resuelto por los Consejos Consultivos según sea el caso, así teniendo como base dicho dictamen se procederá a elaborar el Proyecto de Resolución.

### **3.10.3 La resolución de la queja administrativa.**

Con apoyo en las constancias que obren el expediente se elaborará por parte de las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente el Proyecto de Resolución que contenga las propuestas necesarias para que se emita la misma, destacando los aspectos que deberán sustentar ésta, así como las indicaciones de carácter preventivo o correctivo que deben adoptar las áreas involucradas y, en su caso, se acompañará con los instrumentos legales que deben suscribirse.

Así en el Proyecto de Resolución con la opinión médica debidamente fundada y motivada se dará respuesta a todas las peticiones planteadas, contemplando las medidas compensatorias, así mismo se darán instrucciones para las medidas preventivas y correctivas. En todos los casos, el órgano resolutor suplirá la deficiencia de la queja administrativa presentada por el usuario.

Las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente dispondrán de un plazo no mayor de cinco días hábiles para elaborar el Dictamen, preparar el Proyecto de Resolución, conformar los documentos que en su caso deberán suscribirse y turnar esta documentación acorde a sus atribuciones al H Consejo Técnico, Consejos Consultivos Regionales o Delegacionales que corresponda.

Recibido el proyecto de resolución el H. Consejo Técnico, Consejeros Consultivos Regionales o los Consejos Consultivos Delegacionales analizarán, sancionarán y en su caso corregirán el proyecto de resolución, aprobándolo en términos de sus respectivas atribuciones.

Aprobado el Proyecto de Resolución se dictará el acuerdo respectivo el cual se regresará debidamente firmado al área que lo turnó para su debida cumplimentación. Turnando copia de la resolución a la Contraloría Interna para los efectos procedentes.

### **3.10.4 La notificación de la queja administrativa.**

Las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente ya sea nivel Central, Regional o Delegacional en los asuntos que hayan intervenido directamente, según su respectivo ámbito de competencia, notificarán personalmente al quejoso la resolución emitida, en un plazo no mayor a tres días hábiles contados a partir de la resolución. Para evitar la dilación en el procedimiento, esta notificación podrá hacerse por cualquier medio disponible, dejando constancia de este hecho en el expediente respectivo.<sup>43</sup>

La resolución de la queja administrativa, ya sea ésta procedente o improcedente deberá estar debidamente fundada y motivada y ocuparse de todos los puntos planteados, valorando las pruebas y documentos presentados por el usuario y los que corran agregados al expediente; los elementos que aportó la investigación y las medidas compensatorias a que tenga derecho y señalará al usuario que cuenta con un plazo de quince días hábiles contados a partir de la notificación para hacer valer el recurso de inconformidad, de acuerdo a lo previsto en el artículo 294 de la Ley del Seguro Social y su Reglamento correspondiente.<sup>44</sup> (Ver Diagrama de Flujo No.2 Procedimiento para el trámite y resolución del recurso de inconformidad ante el Instituto Mexicano del Seguro Social)

Realizada la notificación las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias serán responsables de ejecutar hasta su conclusión las acciones necesarias para dar cumplimiento a la resolución correspondiente, en un plazo no mayor a diez días hábiles, cuando la naturaleza de éstas así lo permita y en caso contrario deberán asentarse las razones que impidieron llevarla a cabo y dejar constancia en el expediente.

Las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente realizarán el seguimiento del cumplimiento a los puntos de los Acuerdos emitidos por el H. Consejo Técnico o Consejo Consultivo Correspondiente.

---

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 213.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 213.

### **3.10.5 El Reintegro de gastos y terminación de la queja administrativa.**

La queja administrativa termina cuando se ha ejecutado la resolución emitida por el H. Consejo Técnico o los Consejos Consultivos, esto es que el derechohabiente según sea el caso gozará del reintegro de gastos correspondiendo a la gravedad de la queja administrativa.

Las quejas administrativas que impliquen el reintegro de gastos médicos a particulares u otras instituciones públicas o privadas por omisión o deficiencia en los servicios que debe brindar el Instituto a sus derechohabientes y dichas circunstancias queden debidamente acreditadas en el expediente, se procederán a determinar la cantidad que por este concepto le corresponda al usuario, la que en ningún caso será mayor de la que resulte de aplicar el "Sistema de Costos Unitarios por Nivel de Atención", emitido por la Dirección de Finanzas y Sistemas del IMSS para el cobro de servicios a pacientes no derechohabientes.

En todo caso el H. Consejo Técnico, los Consejos Consultivos Regionales o Delegacionales tendrán la facultad de analizar por equidad el reintegro de gastos médicos sin aplicar los sistemas de costos unitarios.

Cuando se solicita reintegro de gastos médicos erogados en servicios extrainstitucionales, se procede a solicitar a la Contraloría Interna por escrito, la determinación del monto de esos servicios, de acuerdo a la aplicación del "Sistema de Costos Unitarios".

Quedará bajo la responsabilidad de las áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente determinar la cantidad que corresponda reembolsar al usuario, derivada de la aplicación del "Sistema de Costos Unitarios".

La determinación del monto erogado de acuerdo a la aplicación del "Sistema de Costos Unitarios por Nivel de Atención", tiene dos finalidades:

- Establecer el nivel de competencia para la atención y resolución de la queja administrativa, y
- Determinar el monto a reintegrar y para el reintegro de gastos médicos se deberán recabar todos los comprobantes de los gastos que correspondan al costo global de la atención médica particular y hacer del conocimiento de los interesados que una vez elaborado el acuerdo respectivo, no se tramitará ninguna solicitud de reintegro adicional.

Cuando se trate de indemnización por responsabilidad civil, previa valuación de la Coordinación de Salud en el Trabajo de las secuelas vinculadas con los hechos materia de la queja, se enviará el caso al Área Jurídica del Instituto quien emitirá las consideraciones legales correspondientes.

Ninguna queja administrativa será archivada sin que medie acuerdo del H. Consejo Técnico, de los Consejos Consultivos Regionales, o bien con oficio de autoridad institucional competente que ponga fin a las causas que originaron la queja administrativa.

A juicio del Presidente del H. Consejo Técnico podrán revisarse aquellos asuntos que por su importancia, trascendencia o características especiales, así lo ameriten y dictar las medidas conducentes.

El archivo, su sistematización, así como la guarda y custodia de los expedientes de quejas administrativas se llevara a cabo acorde a los lineamientos que para el efecto expida la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

La Contraloría Interna podrá en todo momento solicitar los expedientes perfectamente integrados a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente para su análisis y conciliación.

Cabe señalar que el procedimiento para la atención y resolución de las quejas administrativas ha sido continuamente perfeccionado de acuerdo a las exigencias mismas de los usuarios, para cumplir como un verdadero instrumento de resolución de demandas.

Así por ejemplo hace una década precisamente (1988 – 1989) no había una cobertura total en todo el país para la prestación de este servicio, además de que los tiempos de resolución empleados superaban los 70 días y en algunos ocasiones llegaban a ser de 180 días para señalar los casos extremos.

Si bien ha existido un aumento considerable de quejas presentadas año con año en el IMSS, es debido en parte al crecimiento de la población derechohabiente y por tanto genera un incremento en la demanda de servicios médicos al Seguro Social; y además la cobertura del servicio de atención y orientación al derechohabiente en todo país es muy significativa ya que en cada Unidad Médica o administrativa del IMSS se encuentra un modulo de atención al derechohabiente los cuales permiten canalizar la opinión del usuario (incluida la queja).

De esta forma se han abierto más y diversos modos de canalizar las quejas de los usuarios, para de esta manera diagnosticar el quehacer institucional del IMSS, y que mejor de la propia voz de los beneficiarios de los servicios.

Para ello directa o indirectamente al haber más quejas el procedimiento que ofrece la Institución para la atención y resolución de las quejas administrativas debe responder a tales exigencias; tanto de cobertura institucional, simplificación en el trámite, prontitud del procedimiento, y parcialidad en la resolución considerando criterios de justicia, equidad, legalidad y razonabilidad.

Hoy en día la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabientes, así como sus Coordinaciones Regionales y

Delegacionales del IMSS áreas responsables de ejecutar el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas (ver Diagrama de Flujo No.1 Procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS) cumplen con las características antes mencionadas:

- Existe una cobertura total en todas las unidades médicas y administrativas del Instituto para la atención y orientación al derechohabiente, permitiendo de esta forma la canalización de las quejas administrativas.
- La desconcentración de funciones por parte de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente a las Coordinaciones Regionales y estas a su vez a las Coordinaciones Delegaciones permite que el procedimiento se efectúe en el ámbito local, lo cual genera una simplificación en el procedimiento.
- La resolución de las quejas administrativas se efectúa en un promedio de 46 días en el ámbito nacional, cifra que se encuentra ligeramente abajo de la norma establecida para su atención de 50 días como lo establece el Reglamento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- El H. Consejo Técnico, los Consejos Consultivos Regionales y los Consejos Consultivos Delegacionales integrados por las autoridades del Instituto, el sector patronal y el sector de los trabajadores fungen como jueces dictaminadores de las resoluciones de las quejas administrativas dentro de sus respectivos ámbitos de competencia bajo los criterios de justicia, equidad, legalidad y razonabilidad, permitiendo de esta forma la parcialidad de estos órganos para evaluar los proyectos de resolución y aprobarlos, y emitir asimismo los acuerdos correspondientes para su debida cumplimentación.

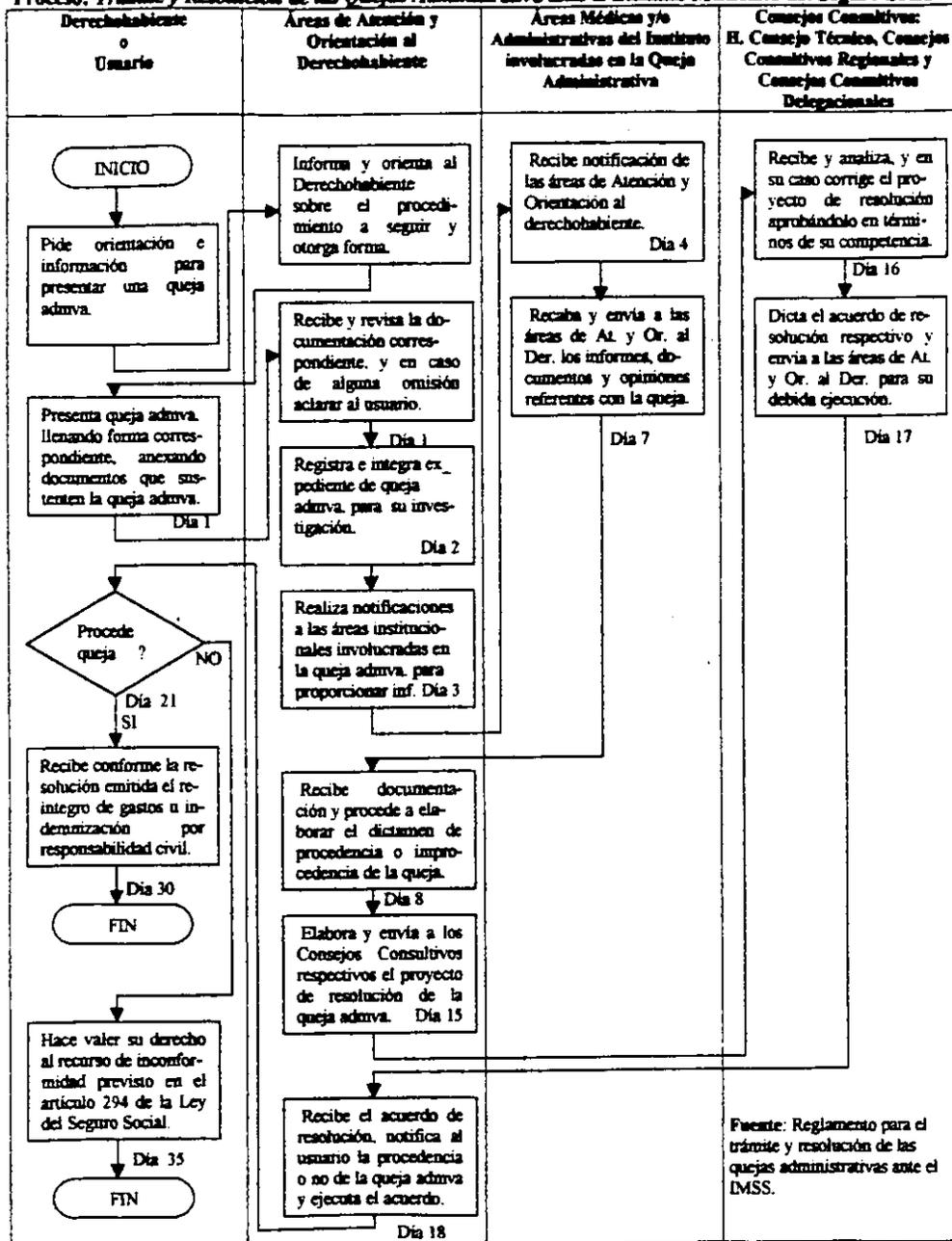
**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Por consiguiente el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social cumple su objetivo principal: de ser un medio confiable de defensa a través del cual el usuario o derechohabiente hace uso para impugnar aquellos actos que afecten sus derechos, siendo de carácter administrativo previo a cualquier instancia jurisdiccional.

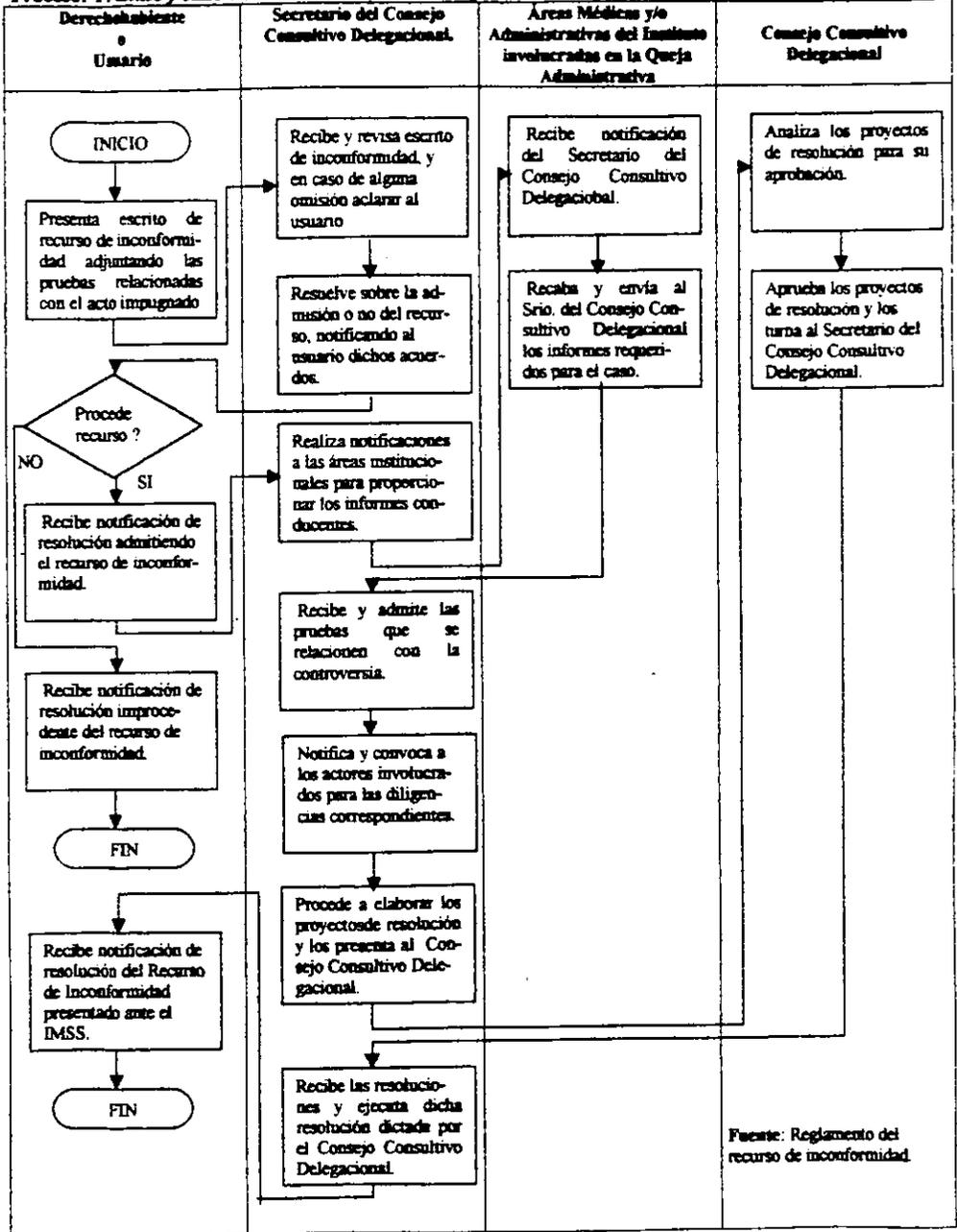
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Diagrama de Flujo no. 1**

**Proceso: Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.**



Fuente: Reglamento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS.



**Capítulo IV. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ADMINISTRATIVAS**  
**aplicadas al SISTEMA de PRESTACIONES y SERVICIOS**  
**del INSTITUTO MEXICANO del**  
**SEGURO SOCIAL.**

## **Capítulo IV. Las Nuevas Tecnologías Administrativas aplicadas al sistema de prestaciones y servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

El dramatismo del renovarse o morir plantea al hombre serios retos, o sensibilizarse o adaptarse al cambio, o sucumbir y ser arrasado por el mismo. La administración pública se encuentra continua y permanentemente en este dilema de adaptación ante los diferentes cambios políticos, sociales, económicos, jurídicos y administrativos que vive nuestro país.

Así refiriéndonos en lo administrativo, es en estas transiciones y cambios donde cobran mayor ímpetu y sentido las nuevas tecnologías, enfoques y herramientas de gobierno que buscan favorecer y maximizar dichos cambios, ajustándola a las nuevas y crecientes demandas de un Estado que ha sufrido cambios por las medidas de ajuste estructural de los últimos años.

Frente a la envergadura de tales retos tanto para gobierno como sociedad, resulta un imperativo de eficacia y legitimidad de la administración pública el surgimiento, desarrollo y consolidación de nuevas *tecnologías de gobierno*, provenientes primordialmente del contexto anglosajón: las políticas públicas, la gerencia pública, la reingeniería de procesos, la calidad total, la planeación estratégica, entre otras.

Dichas tecnologías constituyen las respuestas a los vientos de transición y cambio en el proceso de modernización en que esta inserta la administración pública. Conviene hasta aquí apuntar que las nuevas tecnologías de gobierno, a comentar en las líneas subsiguientes, deben ser concebidas de una manera interrelacional, es decir, para optimizar su aplicación deben tratar de implementarse varias a la vez permitiendo la innovación y la adaptabilidad de dichas tecnologías.

En términos generales puede decirse que estos modelos presentan una orientación al mercado y al cliente, planteando un liderazgo ejecutivo y político, enfatizando en los resultados que alcanza en términos del cliente, más que por los recursos que controla o por las tareas que desempeña, se preocupa por impulsar a sus empleados a realizar ajustes para incrementar el servicio y el valor otorgado a sus clientes.

Por consiguiente en el presente capítulo se revisarán de manera general algunas de estas nuevas tecnologías de gobierno, y que para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social representan un excelente caldo de cultivo para su aplicación, de hecho actualmente el Instituto creó un programa que recoge y adapta todas estas nuevas tecnologías administrativas en su sistema de prestaciones y servicios, denominado Plan Integral de Calidad (PIC). Así con dicho Plan el Instituto se pone a la vanguardia dentro de la administración pública.

#### **4.1 La Teoría de la Organización como elemento básico de la administración pública.**

Una organización se define como una “entidad social relativamente permanente caracterizada por el comportamiento, la especialización y la estructura, orientados éstos hacia un mismo objetivo.”<sup>45</sup> Es decir, la organización es una colectividad con límites relativamente identificables, con un orden normativo, con escala de autoridad, con sistemas de comunicación, y con sistemas coordinadores de alistamiento, subsistiendo de manera continua en un medio y se ocupa de actividades que por lo general se relacionan con una meta o con un conjunto de fines.

La teoría de la organización es el estudio de las organizaciones considerando tanto sus características y factores internas como externas permitiendo a la administración dirigir a la organización en la consecución de objetivos comunes.

---

<sup>45</sup> Brown B. Warren -- Moberg J. Dennis. *Teoría de la Organización y la Administración. Enfoque integral*. p. 32.

Para ello la teoría de la organización parte del estudio del medio ambiente organizacional, "el cual se refiere a los objetos, personas y demás organizaciones que rodean a un sistema organizacional específico. La interrelación de la organización con el medio ambiente permite la obtención de energía, los materiales y la información que necesita para su funcionamiento."<sup>46</sup> Y es que las organizaciones con éxito son aquellas que se adaptan a las exigencias y oportunidades de su medio ambiente.

Uno de los aspectos más importantes de cualquier organización es su estructura, ya que esta hace sentir su influencia en casi todas las operaciones diarias dentro de la institución que se trate. La estructura de la organización parte del diseño organizacional el cual es el patrón global de todas las relaciones laborales formales proporcionando orden y claridad, y este patrón global le conforman los documentos escritos, tales como las normas, reglamentos, procedimientos, deberes y diagramas de la organización.

Identificado el diseño organizacional corresponde su ejecución el cual se materializa a través del diseño del trabajo, definido este como la asignación de actividades laborales, deberes y responsabilidades a los miembros organizacionales a fin de lograr los objetivos de la institución. Y es en el diseño de trabajo donde se aplican las técnicas, métodos y tecnologías de trabajo que permiten de manera eficiente y eficaz la consecución de las tareas asignadas al personal, ya que influye en la satisfacción que obtiene el trabajador y en su rendimiento.

La teoría de la organización no es una panacea que busca la mejor forma de organizar bajo todo tipo de condiciones ni el tipo ideal de una organización, sino que examina el funcionamiento de las organizaciones con relación a las necesidades de sus miembros particulares y a las presiones externas a las que se enfrentan. Con esta visión se intenta entender a las organizaciones no sólo en términos de procesos administrativos internos y las razones de las decisiones, sino también en

---

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 51.

términos de los factores más extensos de la estructura, la tecnología, y muchos otros.

Conocer e identificar el papel que juegan las instituciones de la administración pública en el Estado y para consigo mismas, conlleva a la consecución de los objetivos sociales razón de ser de la administración pública. Por tanto la teoría de la organización permite realizar un estudio introductorio de las instituciones, para posteriormente conforme las evaluaciones sociales rediseñar nuevas formas de funcionamiento tanto externas como internas, pero sin perder de vistas sus objetivos sociales para las que fueron creadas, sin perpetuarse en el tiempo ya que la realidad demanda cambios constantes.

#### **4.2 La Calidad Total herramienta aplicada en la atención de los servicios y prestaciones del IMSS.**

La Calidad Total es una de las nuevas tecnologías más socorridas recientemente por el sector privado, dados sus resultados alentadores tras las experiencias obtenidas por las empresas japonesas, quienes fueron las pioneras en su aplicación como tal.

Sin embargo su punto de partida tiene nombre propio: el control de calidad. Durante muchos años el "Manual de Control de Calidad" de Juran, editado por primer vez en 1951 fue el libro sagrado de un nuevo movimiento. Juran sistematizó los conceptos y técnicas desarrolladas hasta entonces. (La teoría de Juran al respecto es aplicada puntualmente y adaptada en el Programa Integral de Calidad (PIC) que esta llevando acabo el Instituto Mexicano del Seguro Social para su modernización en su sistema de prestaciones y servicios, además de obtener el reconocimiento y la asesoría del Instituto Juran de España para su aplicación en una empresa pública).

Así la preocupación de las empresas por la falta de calidad de los productos y servicios es causa de costos muy cuantiosos cuya prevención

parece posible con las nuevas tecnologías administrativas que se están aplicando hoy en día.

Se entiende la calidad, en definición de la American Society for Quality Control, como “la totalidad de funciones y características de un producto (en el caso del Seguro Social un producto es un *servicio*) que determinan la capacidad para satisfacer las necesidades de un cierto grupo de usuarios.”<sup>47</sup> De esta forma hablar de calidad significa alcanzar la obtención de un determinado nivel adecuado a los requerimientos del mercado.

En tanto que la calidad total se concibe como una actitud intelectual dirigida a remover todas las energías de la empresa en busca de unos niveles excelentes de respuesta a las necesidades de los clientes, por consiguiente la calidad total es un “un concepto administrativo que busca de manera sistemática y con la participación organizada de todos los miembros de una empresa o de una organización, elevar consistentemente e integralmente la calidad de sus procesos, productos y servicios, previendo el error y haciendo un hábito de la mejora constante con el propósito central de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.”<sup>48</sup>

La calidad total va más allá de una técnica de mejora aplicada, reconoce las fortalezas y debilidades de la organización para poder en definitiva crear el clima propicio de las mejoras, así también calidad total significa una nueva cultura de trabajo, es decir, se inculca al personal de ventanilla hasta el personal directivo una educación de calidad en el trabajo, es decir, hacerlo bien a la primera conlleva a evitar errores y consecuentemente los resultados serán benéficos para la organización y por supuesto el cliente será el primer beneficiado de ello.

Sin embargo cabe aclarar que desde la perspectiva de la Calidad Total, la palabra cliente no sólo debe abarcar a aquel que paga al momento de adquirir un producto o recibir un servicio, sino que también a aquel al

---

<sup>47</sup> Larrea, Pedro. *Calidad de Servicio*. p. 15.

<sup>48</sup> Acle Tomasini, Alberto. *Retos y riesgos de la Calidad Total*. p.50.

que se le proveen servicios sin que en apariencia, o al menos de manera simultánea, entregue nada a cambio, como ocurre en el caso de la administración pública.

Por éstos nos referimos a los servidores públicos y a los ciudadanos, lo cual es muy importante, pues nos permite darle a la aplicación de la Calidad Total una dimensión más amplia, que con frecuencia particularmente cuando se trata con servidores públicos, se pierde por la utilización demasiado estrecha del término cliente, lo cual llega al extremo de provocar un rechazo abierto en algunas áreas de la administración pública hacia cualquier intento de implantación de Calidad Total.

La búsqueda por la calidad se debe realizar con base en una metodología que tenga un fundamento técnico, lo cual en el caso particular de la calidad total se vincula de manera directa con los métodos estadísticos, "lo cual representa una base para el proceso de toma de decisiones partiendo desde el diagnóstico de un problema específico hasta el seguimiento y evaluación de las acciones realizadas para resolverlo."<sup>49</sup>

Los productos y servicios son resultados de diferentes procesos, que están interrelacionados y que no necesariamente abarcan una sola área de trabajo, pues se vinculan diferentes funciones, ya sea de orden productivo, financiero, comercial, abastecimiento, personal entre otros. Por ende la calidad final de un producto o servicio será la resultante del control de todos los procesos. De esta manera al buscar minimizar las variaciones de cada proceso se podrán abatir al mínimo las alteraciones en la calidad del producto o servicio final. Así una vez concluida la etapa de control se estará en posibilidad de pasar a la de mejora.

La prevención del error busca abatir los costos de la mala calidad, pues entre más lejos se detecten los defectos respecto al punto donde se originaron, más costosa será su eliminación o reparación e incluso en muchos casos no tendrán más soluciones que el desperdicio.

---

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 55.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social a veces el costo de la mala calidad llega al extremo de la pérdida de vidas humanas. Por ello éste es un aspecto cuya reflexión debe ir mucho más lejos que una cuestión contable para visualizar su contenido social.

Los problemas de la mala calidad afectan al individuo, a la organización y finalmente a la sociedad sobre la cual de una u otra manera recaerán los costos que genera. Y es la sociedad quien determinará la calidad de lo que hacemos, pues la evaluará en la medida que satisfaga sus expectativas y necesidades.

La administración para la calidad “es el conjunto de principios, sistemas, procesos, métodos, y técnicas, cuya aplicación permite el cumplimiento sistemático de los requerimientos y la reducción sistemática de los errores.”<sup>50</sup> Sin embargo no es en sí misma una estrategia que resuelva todos los problemas de la empresa. La administración para la calidad no es una panacea, pero aplicada en algunas circunstancias tiene éxito mientras que fracasa en otras, teniendo por supuesto sus limitaciones y sus riesgos.

Para cualquier organización que desea adentrarse en la Calidad Total es importante que tenga claramente definidas las razones para hacerlo, lo que espera lograr y conocer con exactitud cómo encaja en su plan estratégico. La necesidad de implantar la Calidad Total surge así de un plan estratégico en el cual se plantean de manera ordenada e interrelacionada estas y otras opciones a través de un lapso específico.

El proceso de implementación de un modelo administrativo para la calidad permite que cada organización instrumente y desarrolle un modelo propio, adecuado a las características de la organización y a las del mercado.

De esta forma los teóricos de la administración por calidad han propuesto una serie de modelos administrativos para implementar la

---

<sup>50</sup> Colunga Davila, Carlos. *La Calidad en el Servicio*. p. 19.

Calidad Total, los cuales son adoptados y adaptados según sea el caso de la organización. En todos ellos se recalca el compromiso que debe asumir la alta dirección para ejecutar ya sea el modelo elegido, además es necesario impulsar una comunicación efectiva en todos los niveles.

Philip Crosby nacido en la década de los treinta, seguidor y promotor de los principios de calidad total propone 14 etapas o pasos para el mejoramiento de la calidad:<sup>51</sup>

1. Compromiso de la dirección.
2. Equipo para el mejoramiento.
3. Medición.
4. Costo de la calidad.
5. Crear conciencia sobre la calidad.
6. Acción correctiva.
7. Planear el día de Cero Defectos.
8. Educación al personal.
9. El día de Cero Defectos.
10. Fijar metas.
11. Eliminar las causas de error.
12. Reconocimiento.
13. Consejos sobre la calidad.
14. Repetir todo el proceso.

Otro autor norteamericano Peel, propone un plan de mejora en cinco etapas:<sup>52</sup>

1. Determinar las áreas con problemas.
2. Descubrir las causas y hacer una selección de soluciones alternativas sobre la base de criterios financieros y de política de servicio.
3. Poner en marcha el plan de mejora.
4. Cambiar de aptitudes y el comportamiento de los empleados a través de la formación.

---

<sup>51</sup> Crosby, Philip. *Calidad sin lágrimas*. p. 111.

<sup>52</sup> Larrea, op. cit., p. 263.

## 5. Controlar los resultados.

En tanto que el teórico español Juran señala que la mejora de la calidad es un paso más de avance hacia la meta final de la calidad total, ya que primero debe haber una planificación de la calidad, esto es que hay que diseñar las características del servicio a prestar y el modo de la prestación, transfiriendo al plano operacional las opciones estratégicas; posteriormente el control de calidad es conocer y analizar las diferencias entre la calidad real y la estándar para entonces sí, ejecutar la mejora de la calidad, la cual consta de una serie de pasos universales:<sup>53</sup>

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir anualmente una mejora de calidad.
2. Identificar las necesidades concretas de mejora (o “proyectos” de mejora).
3. Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos:
  - diagnostiquen las causas,
  - fomenten el establecimiento de un remedio,
  - establezcan los controles para mantener los beneficios.

Y es precisamente este modelo administrativo de Calidad Total propuesto por Juran que el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del Plan Integral de Calidad (PIC) ha adaptado según sus circunstancias estructurales, administrativas, financieras, jurídicas, de recursos humanos y hasta históricas para el sistema de prestaciones y servicios que ofrece a sus más de cuarenta millones de derechohabientes, significando así la Calidad Total una herramienta cuya aplicación si es posible implementar con éxito en una empresa pública.

---

<sup>53</sup> *Ibid.*, p. 263.

### **4.3 La Planeación Estratégica.**

La planeación estratégica con sus características modernas fue introducida por primera vez en algunas empresas comerciales a mediados de 1950. Las empresas más importantes fueron principalmente las que desarrollaron sistemas de planeación estratégica, denominándolos sistemas de planeación a largo plazo. Desde entonces dicha la planeación estratégica se ha ido perfeccionando al grado que en la actualidad un gran número de compañías cuentan con algún tipo de este sistema.

De hecho los planes y programas que se aplican hoy día en el Instituto Mexicano del Seguro Social están orientados bajo el esquema de la planeación estratégica, por lo cual dicho sistema de planeación es adoptado por la administración pública como una tecnología de gobierno.

Un plan (generalmente a largo plazo) es el resultado de una decisión ejecutiva (tomado por los más altos niveles de autoridad) cuyo objeto consiste encaminar el desarrollo total o parcial del personal y los recursos materiales de la empresa para lograr su crecimiento total, es decir, concebir y dirigir a la organización desde las esferas más altas de la dirección para cumplimentar sus objetivos generales para los que fue creada. De esta forma la planeación estratégica está entrelazada de modo inseparable con el proceso completo de la dirección; por tanto todo directivo debe comprender su naturaleza y realización.

Así la planeación estratégica se define como “el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una organización para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicos, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y así lograr los objetivos y propósitos básicos de la organización.”<sup>54</sup>

Este tipo de planeación se concibe como el proceso que consiste en decidir sobre los objetivos de una organización, sobre los recursos que serán utilizados y las políticas generales que orientarán la adquisición y la

---

<sup>54</sup> Steiner, George. *Planeación Estratégica. Lo que todo director debe saber.* p. 21.

administración de tales recursos, considerando a la organización como una entidad total.

Las características de esta planeación son, entre otras, las siguientes:<sup>55</sup>

- Es original en el sentido que constituye la fuente u origen para los planes subsecuentes.
- Es conducida o ejecutada por los más altos niveles jerárquicos de la dirección.
- Establece un marco de referencia general para toda la organización.
- Se maneja información fundamentalmente externa.
- Afronta mayores niveles de incertidumbre en relación con los otros tipos de planeación.
- Normalmente cubre amplios periodos.
- No define lineamientos detallados.
- Su parámetro principal es la eficiencia.

Existen dos diferentes tipos de dirección: la que se lleva a cabo en los niveles más altos de una organización, que se llama dirección estratégica, y todos los demás, que se denominan dirección operacional. La planeación estratégica es esencial para ayudar a los directivos a cumplir con sus responsabilidades de la dirección estratégica. Pero al igual que la dirección estratégica está relacionada con la dirección operacional, la planeación estratégica se encuentra interrelacionada con la planeación operacional, ya que los planes estratégicos son los parámetros y marcos de referencia de los demás planes y programas a ejecutar en las áreas operacionales.

La planeación estratégica observa la cadena de consecuencias de causas y efectos durante un tiempo, relacionada con una decisión real o intencionada que tomará el director; también observa las posibles

---

<sup>55</sup> Gómez Ceja, Guillermo. *Planeación y Organización de empresas*. p. 55.

alternativas de los cursos de acción en el futuro, y al escoger unas alternativas, éstas se convierten en la base para tomar decisiones presentes.

Así la esencia de la planeación estratégica consiste en la "identificación sistemática de las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para que una organización tome mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros."<sup>56</sup>

Por tanto, la planeación estratégica se refiere tanto a la formulación de los objetivos como a la selección de los medios para alcanzarlos, siendo una planeación corporativa a largo plazo que se orienta hacia los fines. Una planeación será estratégica si se refiere a toda la organización; cuanto más largo e irreversible sea el efecto de un plan, más estratégico será; y el propósito de dicho sistema es entonces determinar la forma de crecimiento de la organización, señalando los productos y servicios a desarrollar para el logro de sus objetivos.

Así el autor norteamericano George Steiner, nos ofrece varios modelos a considerar para la implementación de la planeación estratégica en una organización, los cuales destacan dos, señalando que por lo general los sistemas de planeación estratégica no tienen una dimensión de tiempo fijo:<sup>57</sup>

#### Modelo A.

1. Formular los deberes.
2. Desarrollar las entradas.
3. Evaluar los cursos de acción alternativos.
4. Definir los objetivos primordiales.
5. Definir las políticas y estrategias importantes.
6. Desarrollar planes de detallados a mediano plazo.
7. Determinar las decisiones actuales necesarias.

---

<sup>56</sup> Steiner. op. cit., p. 20.

<sup>57</sup> *Ibíd.*, p. 28.

8. Observar el desempeño.
9. Revisar anualmente.

#### Modelo B.

1. Definir la clase de organización que se desea.
2. Analizar los clientes.
3. Analizar la organización.
4. Preguntar: ¿Cuáles son para la organización las oportunidades y peligros?.
5. Preguntar: ¿Cuáles son las potencialidades y debilidades de la organización?.
6. Preguntar: ¿Cuáles estrategias son identificables?.
7. Evaluar las alternativas de estrategias.
8. Desarrollar objetivos.
9. Preparar planes detallados para implantar estrategias.
10. Desarrollar planes de contingencia.
11. Traducir los planes en presupuestos.
12. Observar el desempeño.
13. Revisar anualmente.

Estos dos modelos pueden ser adaptados a una situación particular, según sea el caso, y pueden dar como resultado un proceso de planeación relativamente sencillo o uno muy complejo. De esta forma el sistema de planeación estratégica debe ser diseñado para satisfacer las características únicas de cada organización.

#### **4.4 La Reingeniería de procesos: herramienta indispensable en el cambio.**

La reingeniería de procesos es una forma de experimentalismo radical, de invención y reinención, constantemente frenada por las realidades de lo práctico. Esta característica ha impedido su aplicación en la administración pública, ya que significa un cambio total de hacer el trabajo, enfrentado al

incrementalismo gradual el cambio representa riesgos, por lo que su implementación tiene resistencias.

Sin embargo la reingeniería de procesos representa una opción cuando el ritmo del cambio ya no es continuo, ya que la reingeniería busca avances decisivos en medidas importantes del rendimiento, más bien que mejoras incrementales. Sí bien la gestión de calidad total examina los procesos, pero para mejorarlos incrementalmente, no para rediseñarlos.

Así en el Instituto Mexicano del Seguro Social se optó a través de la calidad total por la mejora continua (benchmarking<sup>58</sup>), ya que hace hincapié en cambios pequeños, incrementales; teniendo como objetivo mejorar lo que una organización ya está haciendo. No obstante es necesario revisar y considerar la conceptualización y los enfoques de implementación de la reingeniería en una organización.

La reingeniería de procesos “es el rediseño rápido y radical de los procesos estratégicos de valor agregado –y de los sistemas, las políticas y las estructuras organizacionales que los sustentan- para optimizar los flujos del trabajo y la productividad de una organización.”<sup>59</sup> Este rediseño tiende mejorar espectacularmente el rendimiento de la organización y por consiguiente sus resultados.

Un proceso es una serie de actividades relacionadas entre sí que convierten insumos en productos. “El objetivo primario de la reingeniería de procesos lo constituyen aquellos procesos que son a la vez estratégicos y de valor agregado,”<sup>60</sup> es decir, los estratégicos son los más importantes para los objetivos, las metas y el posicionamiento de la organización; en tanto que los de valor agregado se refiere a los procesos indispensables para satisfacer los deseos y las necesidades del cliente o usuario. También la

---

<sup>58</sup> Proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejoras prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales. (Spendolini, Michael J. *Benchmarking*. p. 15).

<sup>59</sup> Manganelli, Raymon. – Klein, Mark. *Cómo hacer reingeniería*. p. 8.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 10.

reingeniería de procesos examina todos los sistemas, las políticas y las estructuras organizacionales que sostienen dichos procesos.

Un proceso no se puede cambiar, a menos que se cambien también casi todos los elementos que lo sustentan. Por tanto, un paso temprano esencial de un esfuerzo de rediseño es identificar claramente y cuantificar todos los recursos de la organización que están dedicados a cada proceso específico.

Así los resultados que se esperan de la reingeniería de procesos en una organización es su mejoramiento, incluyendo calidad, costos, flexibilidad, rapidez, precisión y satisfacción de los clientes o usuarios; aplicado desde un enfoque integral que abarca tanto los aspectos técnicos de los procesos (tecnología, normas, procedimientos, sistemas y controles) como los aspectos sociales (organización, dotación y formación del personal, políticas, cargos e incentivos).

Los autores norteamericanos Raymond L. Manganelli y Mark M. Klein proponen un modelo de implementación de la reingeniería de procesos la cual consta de cinco etapas, cuya adaptación dependerá de la organización que se trate, pero que ofrece resultados sustantivos rápidamente por lo regular en el término de seis meses a un año, y a continuación lo describimos para ser tomado en cuenta en la administración pública.

#### Modelo de Rápida Reingeniería o Rápida Re.<sup>61</sup>

1. Preparación. ¿Cómo hacer el proyecto?
2. Identificación. ¿En donde concentrar la atención?
3. Visión. ¿Qué resultados se quieren producir?
4. Solución: diseño técnico y diseño social. ¿Cómo producir esos resultados?
5. Transformación. ¿Cómo implementamos la solución?

---

<sup>61</sup> *Ibíd.*, p. 51.

Y de hecho la metodología que proponen muchos autores para implementar la reingeniería de procesos es primero, idear el cambio, es decir, el tipo de organización que se requiere; posteriormente rediseñar el proceso de reingeniería y finalmente realizar la implementación.

La reingeniería de procesos propone cambios en los procedimientos de una manera radical, esto es para organizaciones que necesitan experimentar cambios cuyos resultados tal vez no se reflejen de inmediato pero en cuanto se acople la organización siguiendo la metodología correcta y su propia adecuación en los sistemas los resultados crecerán. Para el caso del Seguro Social adaptar cambios de este tipo en sus procedimientos serían contraproducente ya que la calidad de sus servicios gravita en la salud de las personas, por ello el IMSS ha adoptado modelos de cambios paulatinos en sus sistemas lo que ha logrado consolidarse como una Institución sólida por décadas.

#### **4.5 El Programa Integral de Calidad (PIC): el abatimiento de las quejas administrativas en el IMSS.**

Se han efectuado en el Instituto Mexicano del Seguro Social diversos proyectos de cambio, basados en las corrientes teóricas y metodológicas de la administración descritas anteriormente, buscando un proceso integrador de esfuerzos de superación que fortalezca sus estrategias de servicio.

Así primero “se pusieron los sistemas del sistema de capacitación y desarrollo de personal en 1966, buscando principalmente un cambio en las actitudes del personal, teniendo como eje la escuela de relaciones humanas y la mística de la seguridad social.”<sup>62</sup>

En el período de 1974 a 1978 se dieron las bases para el Desarrollo Organizacional para una administración participativa con el enfoque en la motivación positiva y el trabajo en equipo.

---

<sup>62</sup> IMSS. *Plan Integral de Calidad*. p.3

Más tarde de 1988 a 1992 “se introdujeron las herramientas básicas de la *mejora continua*, partiendo de la instalación de círculos de calidad en todas las unidades del Instituto. Habiendo logros significativos, a pesar de que no se llevó a cabo la concientización de la totalidad de los directivos, tanto de la alta dirección como de los mandos medios, situación que repercutió en una falta de apoyo, es decir, un soporte en todos los niveles de dirección, y cabe recordar que para implementar este tipo de tecnologías debe haber el compromiso de la alta dirección para ejecutar el o los modelos elegidos.”<sup>63</sup>

Posteriormente se autorizó el Programa de Desarrollo para la Alta Dirección, iniciando con el seminario de actualización directiva denominado “En busca de la calidad y excelencia”, el cual fue impartido a la totalidad de directivos del sistema, sentando las bases para considerar la calidad como el camino a seguir para el mejoramiento de los sistemas de trabajo.

En respuesta al “Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994”, y con la finalidad de incrementar la capacidad de respuesta del Instituto se constituyó el Comité de Calidad del IMSS en junio de 1990.

El Comité inició sus actividades con un seminario ejecutivo sobre mejoramiento continuo, trabajando posteriormente con grupos de directivos delegacionales en forma piloto que determinaron líneas de acción por tipo de unidad operativa; identificaron procesos prioritarios, formularon mecanismos de seguimiento y abrieron foros y cauces de participación a las inquietudes de la operación.

Entre 1991 y 1994 ocurrió una tercera etapa, donde se conjugaron las experiencias obtenidas en las dos etapas anteriores con el sustento de la *planeación estratégica*, la cual no sólo provee las bases para planear, sino el pensamiento estratégico que tiende a romper con la visión endógena de los directivos.

---

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 3

Así en la perspectiva del cambio institucional se concibió en 1995 el Programa de Modernización Delegacional a cargo de la Subdirección General de Delegaciones en catorce delegaciones del sistema.

Dicho programa se operó en dos etapas: en la primera, la planeación estratégica es introducida como una herramienta para conseguir una visión integral directiva de la unidad operativa de la que se trate. En la segunda, cuando los directivos ya habían formulado su plan estratégico, se introdujeron las herramientas de la *calidad total*, integrando equipos de proyecto para enfrentar la problemática diagnosticada.

Si bien se dieron los primeros pasos para una administración por procesos en forma horizontal, era necesario un esfuerzo de mayor profundidad, por tanto había que retomar el impulso al cambio desde el nivel central.

El 12 de febrero de 1996 la Comisión Ejecutiva del IMSS dictó el acuerdo 21.9 señalando lo siguiente: "... se autoriza que una vez que en la mayor parte de las unidades se cuente con procesos participativos de planeación estratégica y mejora continua, cuyos objetivos sean la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los indicadores institucionales, sean creados los Consejos Delegacionales de Calidad, a su vez cuando la mayor parte de las delegaciones de la región cuente con ellos, se instruirán los Consejos Regionales de Calidad, para concluir en su momento con el Consejo Institucional de Calidad."<sup>64</sup>

De esta forma con base en este acuerdo en todas las regiones en que se organiza el Instituto se han venido desarrollando esfuerzos por contar con planes estratégicos y procesos de mejora continua. Sin embargo, aún existen delegaciones que operan con esquemas de la segunda y tercera etapa.

La Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente es el órgano que dentro de sus funciones está más cercano

---

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 5

a los usuarios de los servicios en la detección de sus expectativas y necesidades; y uno de sus objetivos generales es el de participar en la promoción y medición de la calidad con que se promocionan los servicios y prestaciones de ley por las áreas institucionales encargadas de otorgarlas.

La experiencia de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente en el contacto con el usuario para el desahogo de quejas y observaciones es invaluable, puesto que permite captar de primera mano la opinión de los derechohabientes sobre la calidad del servicio. En la perspectiva del cambio, el apoyo de esta área resulta fundamental para el monitoreo de la mejora en los servicios, a través del comportamiento de las quejas, las encuestas y la auditoría de calidad.

Aunque hubo avances evidentes en las etapas anteriores, la alta Dirección del Instituto ha propuesto fórmulas de financiamiento y estrategias para desarrollar esquemas de servicios adecuados a las cambiantes necesidades sociales, priorizando el enfoque al usuario y dando énfasis al proceso de transformación y descentralización.

Esta es la circunstancia que da origen al Plan Integral de Calidad (PIC), el cual capitaliza el aprendizaje organizacional que se ha acumulado a través de poco más de dos décadas, con los propios directivos institucionales integrados en equipos, articulados con personal de los ámbitos normativo, regional y operativo y con el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).

Así el Plan de Integral de Calidad (PIC) tiene como objetivo general el “consolidar las acciones institucionales que impulsen de manera unificada la cultura de calidad y garanticen el mejoramiento interno de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios, estimulando y reconociendo a sus trabajadores como los actores principales de este proceso.”<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> *Ibid.*, p. 10

De esta forma aprobado el PIC por la Dirección General, el H. Consejo Técnico y la Asamblea General se creó la Dirección de Organización y Calidad del IMSS en sesión del H. Consejo Técnico celebrada el día 19 de noviembre de 1997, la cual es el área responsable de vigilar y ejecutar el cumplimiento que dicta dicho plan.

Cabe mencionar como anteriormente se hizo que el modelo administrativo de Calidad Total propuesto por Juran es adoptado de acuerdo a las circunstancias actuales del Instituto Mexicano del Seguro Social al ser un organismo descentralizado.

Por lo tanto es necesario recordar la propuesta de Juran al respecto señalando que la mejora de la calidad es un paso más de avance hacia la meta final de la calidad total, ya que primero debe haber planeación de la calidad, esto es que hay que diseñar las características del servicio a prestar y el modo de la prestación, transfiriendo al plano operacional las opciones estratégicas; posteriormente el control de calidad es conocer y analizar las diferencias entre la calidad real y la estándar para entonces sí, ejecutar la mejora de la calidad, la cual consta de una serie de pasos universales:

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir anualmente una mejora de calidad.
2. Identificar las necesidades concretas de mejora (o “proyectos” de mejora).
3. Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos:
  - diagnostiquen las causas,
  - fomenten el establecimiento de un remedio,
  - establezcan los controles para mantener los beneficios.

Siguiendo la metodología propuesta por Juran, en el IMSS se procedió a organizar y establecer la infraestructura necesaria para conseguir

lo planeado, así se creó el Equipo Estratégico el cual está integrado por un representante de cada Dirección Normativa y Regional, y un representante del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, teniendo como objetivo coordinar las acciones institucionales que apoyen el cambio en la organización para un incremento sostenido de la calidad de los servicios al usuario, es decir, este equipo estratégico representa la alta dirección del IMSS quien guiará todo el proceso de implantación del PIC en el sistema.

Posteriormente asumido el compromiso de la alta dirección del Instituto en implementar la calidad total, se identificó las necesidades concretas de mejora o proyectos de mejora, en este caso se identificaron los servicios estratégicos del Instituto: el servicio de urgencias, medicina familiar, cirugía, especialidades, farmacia, laboratorio y demás servicios representa cada uno de ellos un proyecto de mejora estratégico para el PIC; de tal manera que se procedió a integrar los Equipos Guías de Servicio, los cuales se integran con expertos en los procesos tanto del área normativa como operativa del servicio que se trate, teniendo como propósito planificar la calidad de los servicios en el ámbito institucional.

Definidos los equipos guías de servicio se integraron los Equipos Estratégicos de Operación integrados por los directivos del equipo natural de administración delegacional y directores médicos del ámbito de aplicación, así como por el responsable delegacional de una Unidad de Organización y Calidad y el Coordinador Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente, teniendo como finalidad coordinar integralmente el plan de calidad en la delegación, la elaboración de proyectos y la cultura para el incremento de la calidad de los servicios.

Y finalmente se crean los Equipos de Proyecto integrados por personal operativo experto en los procesos del servicio a mejorar, siendo su objetivo elaborar los proyectos de mejora que impacten la mejora de la calidad de los servicios, de acuerdo con la misión asignada por el equipo estratégico de operación y de acuerdo a los resultados obtenidos por estos equipos de proyectos y evaluados por los equipos estratégicos de operación se procede a estandarizar los cambios propuestos a todo el sistema de la

Institución. (Ver cuadro no. 1 Infraestructura Institucional del Plan Integral de Calidad y cuadro no. 2 Esquema de Funcionamiento del Plan Integral de Calidad).

Esta adaptación del modelo de Juran de la Calidad Total con la Planeación Estratégica permite al IMSS generar las mejoras desde el nivel central hasta el nivel operativo, otorgando a este último la importancia que tiene dentro de la Institución ya que son los responsables directos de otorgar los servicios y cuya calidad es evaluada por los usuarios.

De esta forma el énfasis que pone el PIC no es tanto la capacitación al personal operativo sobre las técnicas de calidad total y planeación estratégica, sino que tanto el trabajador médico o administrativo hagan realmente su trabajo bajo las condiciones externas e internas favorables, que ellos mismos detectan y proponen a los niveles normativos, permitiendo de esta forma el consenso de los trabajadores representados por el sindicato y la autoridad institucional, sobre la importancia que cobra ofrecer a los derechohabientes un servicio con trato amable, espíritu solidario y un nivel de calidad reconocido y auditado por los propios usuarios.

Para la administración pública estas nuevas tecnologías administrativas pretenden romper con la burocratización en la búsqueda de una mejor organización pública acorde con el contexto en que viven los sectores públicos contemporáneos, con una mayor flexibilidad, horizontalidad, calidad total, alta productividad, sentido de misión, innovación e informalidad, en los que se invierte la pirámide organizacional jerárquica en los que se daba la burocracia racional.

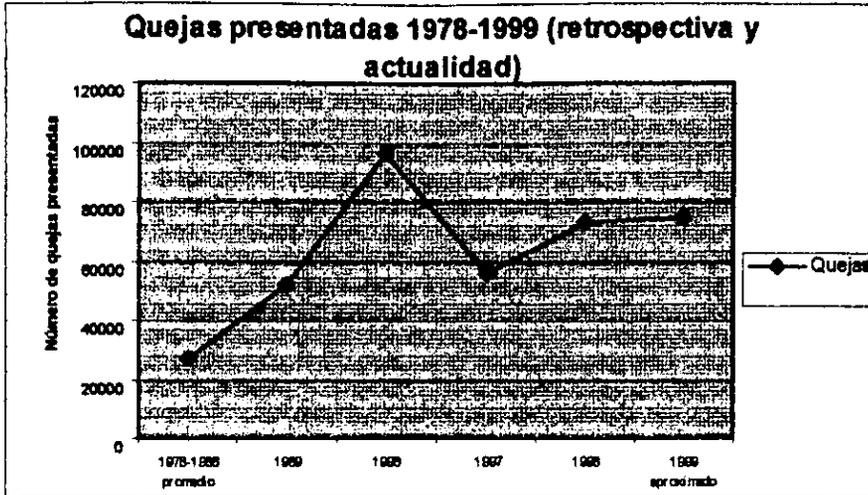
Aunque el Plan Integral de Calidad (PIC) se puso en marcha en 1997, en este momento el Instituto no puede evaluar el desempeño de dicho plan con relación al aumento o disminución de las quejas administrativas en el IMSS, ya que no cuenta con estadísticas e indicadores generales, sino que únicamente de ciertas unidades médicas en las cuales se implemento el PIC, por lo que para tener esta certeza es necesario que se implemente en

su totalidad el PIC en el sistema de prestaciones y servicios del IMSS, y de esta forma esperar los resultados que arroje con relación al número de quejas presentadas en los años venideros, permitiendo de esta forma evaluar el desempeño institucional del IMSS para abatir cada día el número de quejas presentadas por los derechohabientes.

Sin embargo sería interesante hacer una retrospectiva del avance que ha tenido el número de quejas presentadas ante el Instituto en las dos últimas décadas, y cuya relación esta determinada en parte por las reformas a los procesos y reglamentos que ha venido sufriendo el Instituto, provocando e inculcando en los derechohabientes una cultura de la queja, ya que por ejemplo en 1989 si bien el servicio de orientación y quejas estaba cubierto con departamentos delegacionales, sólo el 16.5% de las unidades médicas y administrativas del IMSS contaban con módulos de información, siendo que hoy en día el cien por ciento de estas unidades cuentan con un módulo de orientación e información donde los derechohabientes pueden canalizar sus quejas sean escritas o verbales; de esta manera tenemos de 1978 a 1986 en promedio se presentaron 27,000 quejas (incluyen quejas verbales y escritas), para 1989 existe un aumento considerable al presentarse 52,265 quejas, es decir un aumento del 50%, pero es en 1996 cuando se registra el mayor número de quejas con 96,356 posteriormente para 1997 sólo se presentan 56,037 quejas, en 1998 fueron 73, 440 y para el periodo enero-septiembre de 1999 se tienen registradas 56,834 esperando terminar el año con un aproximado de 75,000 quejas.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> *Estadísticas de quejas*. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, 1999.



FUENTE: Estadística de quejas 1996-1999.  
 Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS.

Si bien estas estadísticas señalan un aumento de las quejas presentadas en el IMSS, es necesario señalar que en años anteriores los medios de canalización de las quejas eran inferiores, pero conforme se modernizan los servicios y prestaciones del Instituto —incluyendo el procedimiento para el trámite mismo para resolver dichas quejas— los derechohabientes cuentan con los medios legales e infraestructurales para presentar sus inconformidades, ya sea esta generada desde la unidad médica o administrativa más incógnita del país, el Instituto tiene la obligación de atenderla puntualmente. Y otro punto a señalar con relación a la modernización de los servicios y prestaciones, sin dejar de ser excusa, año con año la población derechohabiente y por tanto usuaria del IMSS crece lo cual es una de las variables a considerar en el aumento del número de quejas.

Pero ante todo esto, como se señalo anteriormente, será necesario esperar los primeros resultados que arroje el PIC con relación al índice de quejas presentadas, y ofrecer de esta forma un análisis puntual del abatimiento de las quejas, que sin duda el Instituto lo hará, porque es premisa fundamental del IMSS proporcionar prestaciones médicas, económicas y sociales con trato amable, espíritu solidario y un nivel de calidad que permita mantener el liderazgo de la seguridad social mexicana.

# INFRAESTRUCTURA INSTITUCIONAL DEL PLAN INTEGRAL DE CALIDAD

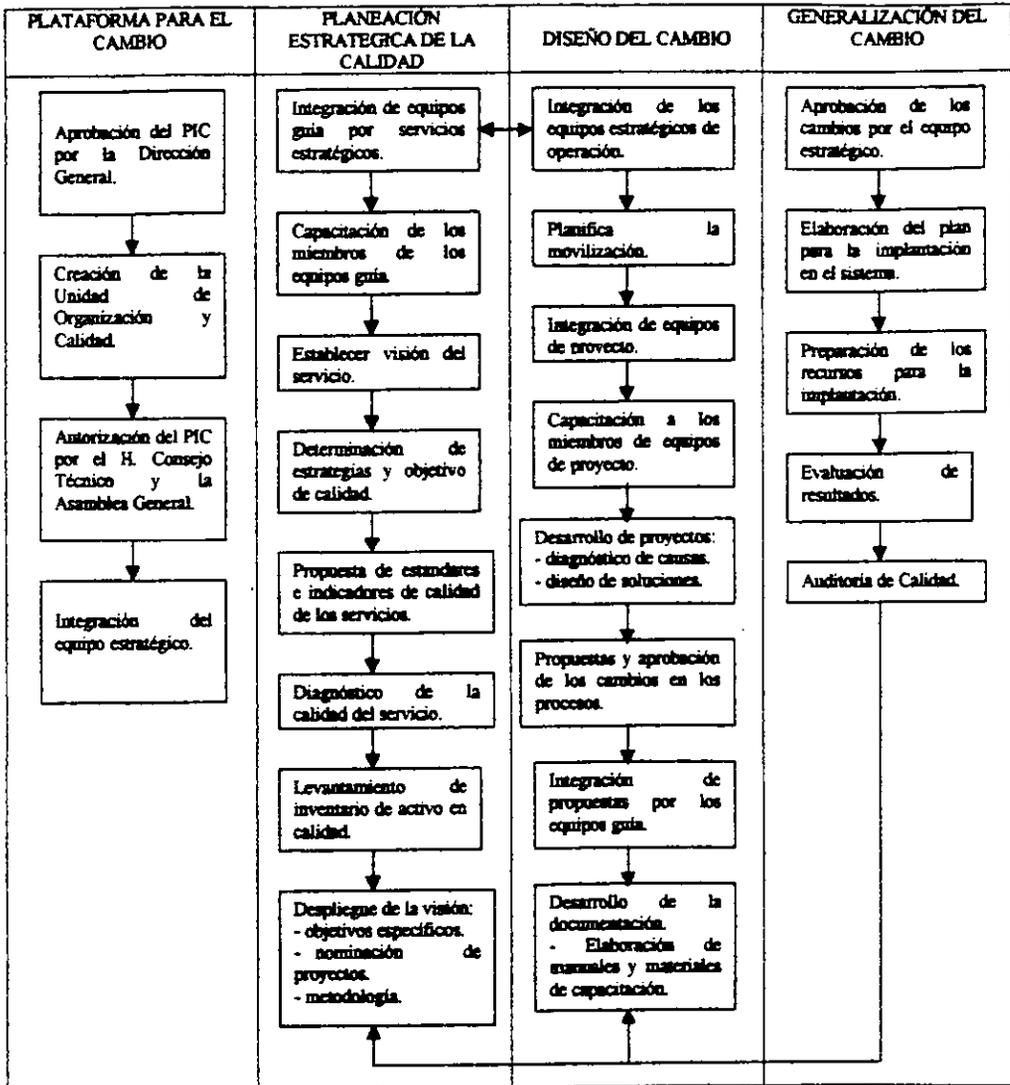
(cuadro no. 1)



FUENTE: Plan Integral de Calidad (PIC), Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1998.

## ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DEL PLAN INTEGRAL DE CALIDAD

(cuadro no. 2)



FUENTE: Plan Integral de Calidad (PIC), Instruto Mexicano del Seguro Social, México, 1998.

## Conclusiones

El Instituto Mexicano del Seguro Social, sin lugar a dudas, representa el patrimonio social más importante del Estado mexicano, así lo ha demostrado desde su creación en 1943, perdurando ante los nuevos retos que surgen de los procesos sociales, políticos, económicos y financieros del país y del mundo globalizado. Y para ello el Instituto ha sufrido reformas, cuya finalidad es asegurar su permanencia, haciéndolo más moderno, eficiente y eficaz, características que no son ajenas para las instituciones públicas mexicanas; y en especial para una institución como lo es el IMSS, responsable de garantizar el derecho a la salud y la seguridad social a la clase trabajadora cerca de la mitad de la población de nuestro país.

Pero esta responsabilidad si no es bien ejecutada por el IMSS, las consecuencias no se traducirían en un producto mal elaborado o un trámite incorrecto, puede significar la pérdida de vidas humanas cuyo reparo no es suficiente con la indemnización monetaria.

Al inicio de esta investigación se planteó una premisa central cuya consecución dependería del desarrollo de la misma, en consecuencia el objetivo central de dicha investigación fue analizar el procedimiento de trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social en las Áreas de Atención y Orientación al Derechohabiente en los niveles Central, Regional y Delegacional; y revisar soluciones para abatir el número de quejas presentadas en estas áreas; para lo cual se planteó la siguiente hipótesis, el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social es un recurso administrativo confiable que pueden utilizar los derechohabientes para la pronta solución de sus quejas; y también dicho procedimiento significa el instrumento que permite evaluar el desempeño institucional del IMSS para abatir cada día el número de quejas presentadas por los usuarios.

De esta forma en un sistema de prestación de servicios del tamaño del Instituto es susceptible de ocurrir insatisfacciones por parte de los usuarios generando descontento en ellos, además el crecimiento acelerado de la demanda de los servicios médicos originados por el deterioro del poder adquisitivo de los derechohabientes es una característica de los últimos años en el Instituto, aunado a una reducción relativa de los recursos institucionales, ha dado como resultado un binomio difícil de resolver por lo que las insatisfacciones crecen.

Así también otro factor de carácter interno que genera la continua reiteración de quejas presentadas en el IMSS es el incumplimiento de las normas por parte del personal, y esto se debe por varias causas entre ellas la falta de cultura de calidad en el servicio que se presta y la inadecuación de los procesos y procedimientos a las normas, provocando en el personal desconocimiento de los métodos de trabajo, mala atención médica, falta de equipo y medios de apoyo, descuido en la atención, deficiencia en servicios subrogados, saturación del servicio, falta de información, entre otras; deficiencias que derivan en quejas presentadas por los usuarios. Si bien en este punto no se profundizó en la investigación, debido que significaba realizar evaluaciones internas al respecto y además que cierta información fue restringida, únicamente lo señalaría como una nueva hipótesis de trabajo que implicaría analizarla desde el mismo sistema.

Y por último, de los factores que han generado el aumento de las quejas encontramos que el IMSS desde su creación se establecieron las bases para el desarrollo de las actividades en materia de atención y orientación al derechohabiente, creando un organismo interno con la finalidad de que conozca de las quejas interpuestas por el usuario, pero no es hasta mediados de la década de los noventa que en el marco del proceso de reestructuración y modernización del IMSS se logra la cobertura total de este servicio, es decir en las más de mil setecientas unidades médicas y unidades administrativas se encuentra un módulo de orientación e información, en el cual los derechohabientes pueden canalizar sus quejas (sean escritas o verbales), y es que al haber más medios de canalización de

quejas trae consigo un aumento considerable de las mismas, provocando e inculcando al usuario una cultura de la queja, - sin señalar que existen otras instituciones independientes al IMSS que ofrecen la atención a las quejas como lo es la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Coordinación de Atención Ciudadana de la Presidencia de la República - pero también hay que considerar que a veces por el sólo hecho de ser el IMSS una institución pública que cubre a más de la mitad de la población del país es objeto de exigencias no fundamentadas por los usuarios.

Dado lo anterior se puede afirmar que se cumplió parcialmente el objetivo de la investigación, ya que si bien se reviso el tema desde una visión externa, no se pudo profundizar en otros factores que implicaba el reconocimiento interno en la vida misma del procedimiento, sin embargo dicho tema en la práctica profesional de la administración pública puede ser abordado con mayor detalle.

Ahora bien, el procedimiento para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS es un recurso administrativo previo a cualquier instancia jurisdiccional fundamentado en el artículo 296 de la Ley del Seguro Social y en su respectivo reglamento, que tiene como finalidad conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, el cual ha tenido cambios a lo largo de los años, cambios en conceptos como desconcentración, descentralización y simplificación de procesos operativos a las delegaciones y el seguimiento a la implantación de los mismos a través de indicadores de desempeño y el enfoque de satisfacción al usuario.

Pero en lo concerniente al trámite y resolución de las quejas administrativas en 1989 los tiempos de resolución de quejas y solicitudes empleados en promedio fueron de 70 días, sin embargo existía una gran disparidad en casos de competencia delegacional, por ejemplo en la Delegación 1 del Distrito Federal variaba en 23 días promedio la resolución de las quejas, contra 157 días que empleaba la delegación de Michoacán,

para señalar un caso extremo. En 1999 el tiempo promedio en que se dan trámite y resolución las quejas administrativas a nivel nacional es de 46 días, cifra que se encuentra ligeramente debajo de la norma establecida para su atención de 50 días.

Ante estos hechos es de reconocer los cambios implementados en el sistema de quejas del IMSS, en el cual la desconcentración de funciones por parte de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente a las Coordinaciones Regionales y estas a su vez a las Coordinaciones Delegacionales permite que el procedimiento se efectúe en el ámbito local, así mismo la constante revisión de los procedimientos por las autoridades ha permitido cada vez más la simplificación de los mismos, de esta forma hoy en día el trámite y resolución de las quejas administrativas responde a las exigencias de un recurso administrativo confiable, por que cumple: a) cobertura global en el instituto; b) simplificación en el trámite; c) prontitud de resolución a las quejas; y d) imparcialidad en la resolución considerando criterios de justicia, equidad, legalidad y razonabilidad, características que dan certidumbre al derechohabiente de que su queja tendrá una adecuada resolución, sin necesidad de recurrir a una instancia jurisdiccional o instituciones como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

El trámite y resolución de las quejas administrativas juega un papel muy importante en la evaluación institucional del IMSS, ya que es aquí donde se detectan de primera mano las fallas del Instituto, es decir a través del comportamiento de las quejas el IMSS adecua los instrumentos necesarios para abatir cada día el número de quejas presentadas por los usuarios, por ejemplo en 1998 la principal causa de queja a nivel nacional era la inexistencia de medicamentos con un 43.2%, cifra que representaba casi la mitad de las quejas, ante este conocimiento el IMSS reconoce el problema de abastecimiento de medicamentos en las farmacias del Instituto, para lo cual aplicó las medidas correspondientes para su inmediata solución, y así para el período enero-septiembre de 1999 la inexistencia de

medicamentos continúa siendo la principal causa de queja pero con sólo el 31.2%, se abatió en un 10% este problema y se espera que para en los próximos años la inexistencia de medicamentos en las farmacias del Instituto quede superado.

Son plausibles los esfuerzos y acciones que realiza el IMSS encaminados con el único objetivo de ofrecer servicios y prestaciones sociales con un nivel de calidad que permita evitar cada día la presentación de quejas por los usuarios, para lo cual desde años atrás las autoridades del Instituto están implementando instrumentos y tecnologías administrativas claro ejemplo de ello es el Plan Integral de Calidad (PIC) el cual adapta y emplea las nuevas tecnologías, enfoques y herramientas de la administración (calidad total, planeación estratégica, reingeniería de procesos) aplicadas al sistema de prestaciones y servicios del IMSS.

Esas nuevas tecnologías y enfoques pretenden modernizar y reforzar no sólo al IMSS sino a toda la administración pública de México, en términos de mayor eficacia, eficiencia, oportunidad y legitimidad, a la altura de los cambios ocurridos en el contexto sociopolítico y económico no sólo del país sino en el ámbito mundial.

La revisión crítica de estos instrumentos no supone ni propone —en modo alguno— su eliminación, sino quizás su perfeccionamiento y adaptación a nuestro contexto. Asimismo el predominio de uno de los enfoques, tampoco elimina a los otros, sea porque aluden a espacios diferenciados con su propia especificidad, o sea porque la complejidad del mundo actual reclama del concurso de todos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social organismo público descentralizado ha perdurado por más de cincuenta años, periodo en cual sufrió y seguirá enfrentando constantes cambios y reformas que lo afianzan como el estandarte de la seguridad social en México, y sin lugar a dudas continuará siéndolo, pero para ello las exigencias, las necesidades y los retos serán mayores; ante lo cual debe estar preparado desde todos los

niveles tanto médico, administrativo y financiero, pero lo más importante el personal que laboré en él debe estar plenamente capacitado en sus tareas que realiza conforme una cultura de calidad en el servicio coadyuvando de esta forma en la mejora a la atención de las prestaciones y servicios que ofrece el IMSS a la clase trabajadora de México.

## Bibliografía.

- Acle Tomasini, Alfredo. Retos y riesgos de la Calidad Total. Editorial Grijalbo, México, 1994.
- Acle Tomasini, Alfredo. Control Total de Calidad. Editorial Grijalbo, México, 1993.
- Alvarez G, María del Carmen. La Seguridad Social en México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social CISS, México, 1993.
- Brown, Warren B. – Moberg, Dennis J. Teoría de la Organización y la Administración. Enfoque Integral. Limusa Noriega Editores, México, 1996.
- Camp, C. R. Benchmarking. Editorial Panorama, México, 1990.
- Cantú Delgado, Humberto. Desarrollo de una cultura de calidad. Editorial Mc.GrawHill, México, 1995.
- Cassirer, Ernst. El mito del Estado. F.C.E., México, 1992.
- CNDH. Carta de Novedades. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, Número 66, agosto 1998.
- CONAMED. Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. CONAMED, México, 1996.
- CONAMED. La responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica. Simposio. CONAMED-Academia Mexicana de Cirugía, México, 1997.
- CONAMED. Preguntas y respuestas sobre la CONAMED. Cuadernos de divulgación, CONAMED, México, 1998.

- CONAMED. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED, México, 1998.
- Colunga Davila, Carlos. La Calidad en el Servicio. Editorial Panorama, México, 1995.
- Crosby, Philip. Calidad sin lágrimas. Editorial Limusa, México, 1993.
- Champy, James. Reingeniería en la gerencia. Editorial Norma, Colombia, 1996.
- Deming, Eduardo. Calidad, Productividad y Competitividad. Editorial Díaz de Santos, España, 1989.
- Diario Oficial de la Federación. Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación, 11 de noviembre de 1998, México.
- Eibenschutz, C. “Estado y política sanitaria. Aproximación teórica-metodológica”, en Sonia Fleury Teixeira (organizadora), Estado y políticas sociales en América Latina, UAM-X, México, 1992.
- Gabino, Fraga. Derecho administrativo. Editorial Porrúa, México, 1994.
- García Cruz, Miguel. La Seguridad Social. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, 1970.
- García, J.C. “La medicina estatal en América Latina”. Revista latinoamericana de salud. Vol. I y II, Ed. Nueva Imagen, México, 1981.
- García Maynez, Eduardo. Introducción al estudio del derecho. Editorial Porrúa, México, 1991.

- Gómez Ceja, Guillermo. Planeación y Organización de empresas. Editorial Mc.GrawHill, México, 1995.
- Horowitz, J. La Calidad del servicio. Editorial McGraw Hill, México, 1994.
- IMSS. Criterios para la determinación de motivos y causas de quejas. IMSS, México, 1998.
- IMSS. Estadísticas de quejas. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, México, 1999.
- IMSS. Evolución orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993. IMSS, México, 1993.
- IMSS. Informe ejecutivo enero-diciembre 1998. Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS, México, 1999.
- IMSS. Informe mensual. Población Derechohabiente Mayo 1997, IMSS, México, 1997.
- IMSS. La Seguridad Social en México. IMSS, México, 1971.
- IMSS. La Seguridad Social y el Estado moderno. Compilación, IMSS-F.C.E.-ISSSTE, México, 1992.
- IMSS. Marco Reglamentario de la Ley del Seguro Social. IMSS, México, 1998.
- IMSS. Memoria estadística 1997. IMSS, México, 1997.
- IMSS. Nueva Ley del Seguro Social. IMSS, México, 1997.

- IMSS. Organización y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Colección de organización y métodos del IMSS, Serie apoyo documental 1.0.1, IMSS, México, 1982.
- IMSS. Programa Integral de Calidad (PIC). Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1998.
- ISSSTE. Reseña de la Seguridad Social para los trabajadores del Estado. ISSSTE, México, 1976.
- Jarillo, C. H. Dirección Estratégica. Editorial McGraw Hill, México, 1997.
- Kume, H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Editorial Norma, México, 1994.
- Larrea, Pedro. Calidad de Servicio. Editorial Díaz de Santos, España, 1991.
- Legaut, Gilles. Alcanzar la calidad total. En una empresa de servicios. Ed. Trillas, México, 1999.
- López Arellano, Olivia y Blanco Gil, José. La modernización neoliberal en salud. UAM-X, México, 1993.
- Manganelli, L. Raymond - Klein, M. Mark. Cómo hacer Reingeniería. Editorial Norma, Colombia, 1996.
- Moreno Salazar, Pedro. Análisis de la Gestión del IMSS de 1975 a 1985, en Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, D.T. Número 8, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México, 1988.
- Netter, F. La Seguridad Social y sus principios. IMSS, México, 1982.

- Ortiz, Edgar. (Comp.) Empresa Pública. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México, 1988.
- Ortiz, Edgar. (Comp.) Administración pública, economía y finanzas. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México, 1990.
- Pfeffer, Irving - Clock, David. Perspectivas del Seguro. Editorial Mapfre, Madrid, 1974.
- Porrúa. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Porrúa, México, 1997.
- Porrúa. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Ed. Porrúa, México, 1996.
- Ruiz Naufal, Víctor. Constitución. Seguridad Social y Solidaridad. IMSS, México, 1992.
- Salazar, O: H. Política sanitaria estatal y lucha por la salud en México. Maestría en medicina social, UAM-X, México, 1986.
- Soberon, Guillermo. Kumate, Jesús. Laguna, José. (compiladores). La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional. Biblioteca de la Salud-Secretaría de Salud-F.C.E., México, 1988.
- Spendolini, Michael J. Benchmarking. Grupo Editorial Norma, Colombia, 1994.
- Steiner, George. Planeación Estratégica. Lo que todo director debe saber. Compañía Editorial Continental (CECSA), México, 1997.
- Yukawa, Setsuko. La Seguridad Social en México (un análisis comparativo). Kyoto Sangyo University, 1975.