

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS
Y SOCIALES

SEGURIDAD SOCIAL EN CRISIS
(Anatomía de un problema. Reportaje)

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN
PRESENTA

MANUEL HUGO MUÑOZ NAVARRETE
DIRECTORA: MAESTRA FRANCISCA ROBLES

MÉXICO D.F.

2000

281829



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.

Con mi agradecimiento a todas aquellas personas que han enriquecido mi vida: mi familia y maestros. En especial a Pamela Bárcena Muñoz, Francisca Robles y Fausto Trejo Fuentes

ÍNDICE

-INTRODUCCIÓN	III
---------------------	-----

PRIMERA PARTE SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Los condicionantes	2
Pactos de solidaridad	4
Primeros pasos hacia un camino incierto	5
A la defensiva	9
Para enfermedades comunes: Unidades de Medicina Familiar	10
Para enfermedades no tan comunes: Hospitales Generales	15
Para enfermedades "exigentes": Hospitales de Especialización	17
Prodigios médicos	20

SEGUNDA PARTE CALIDAD Y CALIDEZ

Otros hechos	27
Niveles de enfermedad	30
Experiencias profundas	36
Falta de medicamentos	52

TERCERA PARTE
NUEVOS DERROTEROS

Seguridad incierta	56
Recursos legales	58
Seguridad privada	68
¿Privatización o privación?	71
Sociedades compartidas	82
-EPÍLOGO	87
-ANEXOS	94
-BIBLIOGRAFÍA, HEMEROGRAFÍA, DOCUMENTOS, ENTREVISTAS Y AUDIOVISUALES	96

INTRODUCCIÓN

Sedimentos de experiencias

El tema esencial de esta tesis es la atención médica, y el lugar donde trabajo, la principal fuente de mis experiencias. A través del tiempo, como paciente o como empleado, he sido testigo de diversas situaciones de antagonismo e intolerancia, de enfrentamientos entre derechohabientes y trabajadores de una institución, que por momentos no proporciona un servicio muy bueno (o definitivamente malo), y de ocasiones, en las que por el contrario, realiza una labor excelente.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS o Seguro Social) es una paraestatal de enormes proporciones (oficialmente atiende en nuestro país a más de la mitad de la población), sobre la que existen quejas y comentarios desfavorables acerca de la atención médica que proporciona, difundidos por los medios de comunicación y entre pasillos y salas de espera. Al parecer hay *dos instituciones*: la oficial, de documentos, acuerdos y discursos; y la no oficial, de pacientes y trabajadores.

Es condición humana que el recuerdo de las malas experiencias prevalezca sobre las buenas y que los conflictos sean comunes en las relaciones humanas (quizás por ello los comentarios que encontré entre el público usuario fueron más bien negativos), pero éstos pueden reducirse mediante el conocimiento

mutuo, ya que como me dijo un empleado de intendencia del IMSS: *"Nosotros somos iguales, no tenemos ninguna canonjía por trabajar aquí"*.

Para este acercamiento presento la imagen que en la presencia periodística tiene el IMSS mediante la introducción de notas aparecidas en diversos diarios de la Ciudad de México; entrevisté (dado el conocimiento que tienen sobre el tema), a reporteros de la fuente, para conocer cómo percibían a la institución; la posición del IMSS está dada mediante cifras, datos y declaraciones que dan cuenta de la buena labor que realiza. Documentos de bibliotecas y hemerotecas del Seguro Social y de otros lugares, también fueron consultados.

Tomé nota de declaraciones y acudí con funcionarios, que exteriorizaron comentarios favorables y desfavorables sobre el Instituto, lo mismo que a encuentros de trabajadores de este sector preocupados por las condiciones que se presentan en la actualidad.

Acudí, entre otros, a hospitales como: el Gabriel Mancera, el Hospital de los Venados, la clínica 32, la clínica 4, el Centro Médico Nacional Siglo XXI, el Centro Médico La Raza, la clínica 68, donde trabajadores y usuarios del IMSS vertieron sus opiniones e inquietudes.

Habría que remarcar que el Seguro Social tiene muy pocas publicaciones para estar en contacto con sus asegurados (escasos trípticos que informan sobre diferentes temas), lo que no propicia un mejor acercamiento con las personas que atiende; es por ello que los comentarios negativos de los usuarios son los que prevalecen en el ánimo general.

Dentro del porque de situaciones de mala atención, encontré que participa de manera destacada el desconocimiento mutuo de puntos de vista, de derechos y obligaciones entre usuarios, la institución y sus trabajadores. Esto

propicia que no exista un mejor lazo de comprensión, agranda diferencias y malestares generales y acrecienta la incertidumbre ante los cambios sociales que están ocurriendo en el país.

Aunque considero que se puede profundizar más sobre el tema mediante encuestas u otro tipo de estudios de opinión, mi reportaje se enfoca más en buscar el lado humano vivencial. La denuncia de ciertos hechos negativos que se presentan y las razones del por qué se dan, es la principal justificación que encuentro a este trabajo. También me propongo informar de manera general sobre cómo obtener los diferentes servicios que proporciona el Seguro Social.

Durante la investigación para realizar esta trabajo, me doy cuenta de la crisis en general del sistema de salud, y en particular del IMSS, debido principalmente al poco apoyo económico que se le ha venido dando en los últimos años, puesto que los beneficios que proporciona el capital se quedan en una minoría y no abarcan al grueso de la población. Antes las personas en la sociedad eran explotadas, ahora son ignoradas; si quieren aceptan o no las condiciones de trabajo que se les imponen, no hay problema, siempre hay mano de obra disponible.

Reportaje, un tejido con muchos matices

La teoría se aleja de la práctica, hasta que la primera es vivenciada y asumida interiormente, hasta que forma parte de uno mismo. Cuando en compañía de la maestra Francisca Robles establecimos el tema de tesis, escogimos utilizar el reportaje, debido a que la información que nos interesaba podía ser manejada con un mayor grado de profundidad al hacer uso de la observación, de testimonios y documentos, ¿pero para qué, con qué finalidad?

La razón primordial es la de ampliar los conocimientos sobre un hecho recurrente que ha estado entre nosotros por mucho tiempo y que tiene un interés general, presentándolo de una manera menos subjetiva, ya que como menciona Máximo Simpson, la objetividad en el periodismo se logrará en tanto nos acerquemos más a los hechos, tomando en cuenta las circunstancias, el ambiente, la aportación de todos los elementos que rodean a la noticia. Esto nos permitirá alejarnos de la parcialidad con la que vemos las cosas.

Las definiciones que tiene el reportaje son muy variadas. Por su etimología, reportaje y noticia es lo mismo: *"Reportare, voz francesa de origen inglés y adaptada al español, proviene del verbo latino reportare, que significa traer o llevar una noticia, anunciar, referir, es decir, informar al lector de algo que el reportero juzga digno de ser referido"*¹.

El reportaje, como los demás géneros periodísticos, parte de la noticia que para Vicente Leñero y Carlos Marín es *"el género fundamental del periodismo, el que nutre a todos los demás, cuyo propósito es dar a conocer*

¹ Citado por Javier Ibarrola *El reportaje*. México, Ediciones Gernika, 1994. Pág. 11

*los hechos de interés colectivo*² y para Vivaldi “*da cuenta de un modo sucinto pero completo, de un hecho actual o actualizado, digno de ser conocido y divulgado y de innegable repercusión humana*”³.

Porque, nuevamente considerando la opinión de Simpson, sólo podremos acceder a realizar una buena crítica social en la medida en que los hechos sean presentados considerando los diferentes factores que los rodean; no se trata sólo de un relato con palabras y giros literarios, también es “talacha”, trabajo arduo y concienzudo. El reportaje no es únicamente, como lo mencionan la mayoría de los tratadistas, la reunión de los demás géneros periodísticos alimentados por la noticia, el reportaje, citando textualmente a Máximo Simpson es:

*“Una narración informativa en la cual la anécdota, la noticia, la crónica, la entrevista o la biografía están interrelacionadas con los factores sociales estructurales, lo que permite explicar y conferir significación a situaciones y acontecimientos: constituye, por ello, la investigación de un tema de interés social en el que, con estructura y estilo periodísticos, se proporcionan antecedentes, comparaciones y consecuencias, sobre la base de una hipótesis de trabajo y de un marco de referencia teórico previamente establecido”*⁴.

Lourdes Romero, al referirse al reportaje, nos dice que no sólo pretende reconstruir el acontecimiento, sino que su objetivo es más amplio: explicarlo.

² Vicente Leñero y Carlos Marín *Manual de periodismo* México, Editorial Grijalbo, 1986. Pág. 42

³ Gonzalo Martín Vivaldi *Géneros periodísticos* México Editorial Prisma, 1973 Pág. 335

⁴ Máximo Simpson *Reportaje, objetividad y crítica social (el presente como historia)* Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 1977. Pág. 147

Para lograrlo —continúa— el reportero no sólo se limita a “desarrollar los hechos que dan origen al suceso, esto es, proporciona los antecedentes del asunto y de las circunstancias que lo documentan; también expone las interpretaciones que expertos y no expertos hacen sobre el asunto relatado”⁵

En lo que respecta al objetivo de esta tesis, presento hechos que constantemente están en el ánimo de mucha gente, y en donde el reportaje resulta el medio idóneo para lograr el objetivo primordial, dentro de las limitantes de tiempo, espacio y recursos: presentar al lector mi visión sobre un problema del Instituto Mexicano del Seguro Social; pero, como afirma Lourdes Romero, basado “en la investigación e interpretación, en el compromiso y la responsabilidad social”⁶

⁵ Lourdes Romero. *Anacronías: el orden temporal en el relato periodístico* Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, núm. 169, año XLI, julio-septiembre de 1997. Pág. 92

⁶ Lourdes Romero. *El futuro del periodismo en el mundo globalizado. Tendencias actuales* Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Núm. 171, año XLIII, enero-marzo de 1998. Pág. 169

Primera parte
Seguridad y Solidaridad Social

TEMOR A MAS VIOLENCIA; LABASTIDA
PROMETE LUCHA FERROZ VS. NARCOS.
LA PRENSA

Organización Editorial Mexicana Mario Vázquez Pardo Secretario General

Resultados
FEBRERO 2009
Días: 28
Páginas: 84
Circulación: 117,900

7 Días

El presidente que dice lo que otros callan.
México, D.F.
Martes 26 de Febrero de 2009
AÑO LXXX NUM. 26,136
Internet: la.prensa.com.mx

AMENAZAN DE MUERTE AL DIRECTOR DE CIENCIAS.

IMSS, UN EJEMPLO

- Motivo de orgullo el instituto; está renovado y fortalecido: Zedillo
- Superada la quiebra, hay certidumbre de permanencia, ampliación de cobertura y servicios oportunos y de la más alta calidad: Borrego

EL SEGURO SOCIAL EN CIFRAS

Atención Atención al cliente: 24 horas	Cobertura Atiende a 422,694	Interacciones Interacciones electrónicas: 31,497
Beneficios Beneficios por días: 27 millones	Relevancia Se releva en 80% la mortalidad infantil y por diarrea y 57% por otras causas	Pensionados 1,729,000
Atención Atención a 11 millones de pensionados	Atención Atención a 11 millones de pensionados	Atención Atención a 11 millones de pensionados

“Ese martes 19 de enero de 1943, los diarios no sólo hablaban de la Guerra Mundial. Los jóvenes se consternaban cuando al enterarse de que en los Ángeles, California, su héroe cinematográfico Errol Flynn, preparaba su defensa ante la Corte, del cargo de violación (...)

Los condicionantes

A través de la historia, el ser humano ha intentado diversos caminos para mejorar sus condiciones de vida; entre éstos, el logro de su seguridad en comunidad, ha sido un recorrido largo y lleno de los escollos que el momento histórico le ha interpuesto. El IMSS desde 1943, es uno de los vehículos que ha encontrado para su bienestar; tiene la misión de proporcionar seguridad social, a través de cinco ramos de aseguramiento: enfermedades y maternidad; riesgos del trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; además de prestaciones sociales y guarderías.

Los primeros intentos por organizar medios de atención a la población del país iniciaron desde el esquema liberal de la Constitución de 1857; después la Constitución de 1917 estableció grandes mejoras, pero los cambios más significativos hasta las reformas actuales, se establecieron con la Carta Magna de 1929.

En los años en que se dio la aparición del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se presentaban secuelas de la expropiación petrolera de 1938;

de una constante presión de compañías estadounidenses. El gobierno de Estados Unidos acordó con el de México, aprovechando su política de “*buenos vecinos*”, una indemnización por 40 millones de dólares, la venta mensual de seis millones de plata, el envío de mano de obra que sustituyera a sus ciudadanos enviados a Europa para la guerra; además se acordaba la venta de materia prima para su industria bélica, y sobre todo, la participación de nuestro país en la Segunda Guerra Mundial. A cambio México recibiría 20 millones de dólares que servirían para apuntalar su moneda.

Durante el mandato del general Manuel Ávila Camacho existía un casi nulo reparto de tierras, aumentaron los latifundios, se acrecentó el control obrero mediante organizaciones sindicales dominadas por el gobierno, y se mantuvieron —entre otras condiciones laborales—, los salarios bajos.

Para este fin, se creó la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, encargada de hacer cumplir la Ley Federal de Trabajo, la que, entre otras cosas, indicaba a los obreros avisar sobre un emplazamiento a huelga con seis días de anticipación (actualmente el artículo 920 establece lo mismo), lo que permitía que al patrón pudiera sacar de la fábrica maquinaria u otros bienes. En ese momento se podía, incluso, declarar una huelga inexistente, debido a las *condiciones de guerra* en que se encontraba el país.

Bajo estas inciertas situaciones, el gobierno de México, ante el temor de la influencia de ideas fascistas o comunistas, permitió que la clase trabajadora participara en organizaciones como la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), lo que le abría otras posibilidades de asociación y de cambio.

“(...) Mientras, en otro lado del mundo, los rusos, en combinación con la Real Fuerza Aérea inglesa, rompían el sitio de la gran plaza de Leningrado y se causaban trece mil bajas. En México, el diario Novedades

declaraba triunfadora en el concurso organizado por la revista Chamaco, a la historieta Rutas de Emoción, con el argumento de la poeta Rosario Sansores y el dibujo de José Cárdenas (...)

Pactos de solidaridad

El 8 de junio de 1942 el noventa por ciento de los trabajadores sindicalizados firmaron un Pacto de Unidad Obrera, en la que los patronos no participaron. Los primeros estaban obligados a cooperar con el país: aumentando la producción, manteniendo la disciplina, la eficacia y la sumisión a su sindicato. El 15 de septiembre del mismo año el presidente Ávila Camacho exhortaba a todo el pueblo a *"fortalecer la unidad nacional ante el peligro de la guerra"*.

Debido al aumento de la inflación, el poder adquisitivo bajó hasta un cincuenta por ciento, por lo que el presidente del país, en mayo de 1943 declaró la congelación de precios y el 21 de septiembre de 1943, de renta de casas habitación. La congelación de precios originó una mayor escasez de bienes de consumo ante la situación mundial, y el ocultamiento por los comerciantes, de productos de primera necesidad. Los capitales que ingresaban al país eran muchos, pero destinados a la especulación y no a crear industrias en el país.

"(...) El 19 de enero de 1943, en los diarios deportivos se mencionaba que en el penúltimo encuentro de la primera ronda, en juego nocturno, el

equipo de fútbol Necaxa buscaría poner fin a la buena racha del Marte. En otro tipo de información, se podía leer que el licenciado Rodolfo Brito Foucher, declaraba que mientras él fuera rector de la Universidad, no permitiría la creación de un sindicato, y que pugnaría por crear una especie de estatuto civil que garantizara los derechos de los servidores universitarios (...)

Primeros pasos sobre un camino incierto

El presidente Ávila Camacho formó una comisión técnica para establecer la nueva ley. Ante esto, los patrones actuaron al principio con cierta indiferencia, pensaron que la propuesta no iba a seguir adelante, pero cuando el anteproyecto de ley fue aprobado por el Congreso y empezó a trabajar el Seguro Social en el Distrito Federal, entonces se presentó una fuerte oposición por parte de empresarios y por algunas organizaciones obreras que temían una reducción mayor de sus salarios por las cuotas que tenían que aportar

El 10 de diciembre de 1942, Manuel Ávila Camacho firmó y envió al Congreso de la Unión la iniciativa de ley del Seguro Social. Aprobada por unanimidad con 91 votos, apareció publicada el **19 de enero de 1943** en el Diario Oficial de la Federación.

El primer director de la institución fue el licenciado Vicente Santos Guajardo, entonces Subsecretario de Trabajo y Previsión Social. Posteriormente, el 3 de enero de 1944, fue sustituido por quien había participado y dado su estructura definitiva al proyecto de ley para la creación del IMSS, el también licenciado y Secretario de dicha dependencia, Ignacio García Téllez.

El 6 de enero de 1944 en las oficinas de Rosales e Ignacio Mariscal se otorgaban las primeras atenciones. La más popular de las prestaciones enarbolada por la nueva institución fue la de los servicios médicos. Posteriormente, ante la falta de recursos propios, se llegaron a pagar los gastos que por la atención médica recibían los afiliados, contratando algunas clínicas privadas como la Lincon, que contaba con 300 camas.

En el informe del primero de enero de 1944 el presidente Ávila Camacho informó que el IMSS controlaba 117 consultorios, 31 clínicas, dos sanatorios, una maternidad y había cinco unidades en construcción. Invitando a trabajar en el IMSS, mediante convocatorias en periódicos y en la radio, fue reclutado el personal que se requería.

“Entré a trabajar al Seguro a los trece años, en ese entonces dieron muchas facilidades. Fui de las iniciadoras del hospital general de La Raza, vi desde cuando estaba en obra negra. Empecé como encargada de la cocina y fui ascendiendo a través de los años” —Me comenta la señora Josefina Robledo, ex trabajadora de la institución.

Por su parte los empresarios se oponían, al considerar que el IMSS competía de manera desleal con los seguros privados, y solicitaban cambios a la nueva institución; al no darse éstos, acusaron a los legisladores de socialistas (aunque contar con prestaciones sociales no significa precisamente ser socialista), y calificaron al Seguro Social de monopólico, incluso se llegaron a amparar para no afiliarse.

Se inició entonces una campaña en periódicos como *El Universal*, *Excélsior* y *Novedades*, en donde se atacaba a la institución. Hubo reportajes que acumulaban opiniones contrarias al Seguro Social donde se hablaba, entre otras cosas, de desorganización en las oficinas, confusión entre deberes y derechos de trabajadores y patrones, falta de hospitales y doctores e improvisación en los servicios médicos. Ante esta campaña el IMSS publicó un desplegado llamado *Aclaraciones*.

Las centrales obreras aliadas al gobierno apoyaron las medidas adoptadas, haciendo una defensa y promoción del Seguro Social contra los ataques que buscaban evitar su aplicación. Durante el desfile obrero del primero de mayo de 1943, éste fue el tema principal que manejaron, entre otros, contingentes de la Confederación de Trabajadores de México (CTM), de ferrocarrileros, petroleros, de la industria eléctrica, telefonistas, cinematografistas.

"(...) Mientras tanto, en el cine Alameda se anunciaba que por sólo dos pesos podía verse la película Yolanda, con David Silva y Fany Anitúa, o por el mismo precio, ir al Rex a ver La Cenicienta. Los revendedores hacían víctimas de abusos y atropellos al público, y el Departamento del Distrito Federal, por conducto de inspectores especiales, trataban de evitarlo.

" En La Prensa se podía leer que el licenciado Foucher y la comisión de honor creada por él, obraría con mano de hierro contra estudiantes

universitarios, anunciando tomar medidas rigurosas, ordenando reprimir los 'escandalitos' que ya eran frecuentes en la Universidad con motivo de las novatadas y de la petición por adelanto de vacaciones" (Revista Solidaria, abril-junio de 1993, páginas 7-9).

Sin embargo, a partir del primero de enero de 1943, otros grupos de obreros se opusieron a la nueva ley; consideraban su aplicación lesiva para sus intereses económicos, puesto que establecía de inmediato aportaciones, antes de haber organizado la asistencia médica. Por otro lado, consideraban que violaba sus contratos colectivos por los descuentos en sus salarios.

Entre las asociaciones de trabajadores que se oponían se encontraban la Alianza de Uniones y Sindicatos de Artes Gráficas, la Unión Linotipográfica de la República Mexicana, la Unión de Trabajadores y la Federación de Trabajadores de Periódicos, el Sindicato de Redactores y el de Dibujantes. Otras organizaciones independientes, como el Frente Nacional Proletario, el 20 de julio de 1944, pedían incluso, la abolición de la nueva Ley del Seguro Social.

"A partir de enero, se implantó en el Distrito Federal el régimen de seguridad social. Sus principios, descentralización político financiera, y de eficiencia y unidad de los servicios médicos y farmacéuticos, han sido conformados por acuerdos internacionales, y al perfeccionarse las enseñanzas derivadas de la experiencia y del estudio contribuirán a la defensa de las clases económicamente débiles, a la mejor armonía entre patronos y obreros, y al desarrollo del país."

Informe al Congreso de la Unión. 1° de septiembre de 1944.

A la defensiva

Ante la serie de ataques, se presentaron muestras de apoyo en publicaciones como *El Popular* y *El Nacional*; y en cadenas de radio como la XEW, donde se hablaba de la legitimidad del Seguro Social. El IMSS insertó boletines en los diarios que también transmitían por radio, exponiendo en ellos las ventajas de sus servicios.

Se hacían invitaciones amistosas a los patrones para que se afiliaran junto con sus trabajadores, y el Instituto se dio a la tarea de publicar diariamente una estadística de los servicios prestados el día anterior.

Se recurrió también a ciclos de conferencias para trabajadores, publicaciones que incluían desde la legislación del Instituto, hasta el análisis e historia de la seguridad social en México y en el mundo. Se editaron dos revistas: *Seguro Social* y *¡Surge!*, presentadas por el sindicato del IMSS.

“Si, todo lo que se dice es cierto. Yo no salía, pero veía cuando llegaban mis compañeras que habían ido a realizar campañas de vacunación; cómo llegaban con golpes de jitomatazos o de pedradas. Fue una época en la que el Seguro Social no era bien recibido, pero ahora puedo asegurar que si no hubiera existido no se hubieran disminuido las enfermedades.

“Existían epidemias de tifoidea o de tuberculosis, y de otras enfermedades que sin el Seguro no se hubieran podido controlar. Ha sido una gran cosa ya que muchos niños, sobre todo, se lograron salvar con las vacunaciones y las campañas de higiene que se hicieron”. —Agrega la señora Josefina, jubilada del IMSS y que ahora vende ropa y juguetes de

“fayuca” afuera de un Centro de Convivencia para Trabajadores del Seguro Social en la Delgación Gustavo A. Madero.

Para enfermedades comunes: Unidades de Medicina Familiar

“Los hechos de bienestar que brinda el área médica del Instituto son palpables cotidianamente y constituyen uno de los grandes orgullos del Seguro Social.

“Diariamente asisten a sus clínicas y hospitales 700 mil personas; se registran 5 mil 200 egresos hospitalarios; 3 mil 350 intervenciones quirúrgicas, y nacen mil 800 niños.

“Esto significa que cada hora nacen 90 niños en las instalaciones del Instituto y que cada uno de tres mexicanos ha nacido en el IMSS (...)

Según el artículo 23 de la Ley General de Salud, la seguridad social es una acción que busca la protección del individuo y de la sociedad. El Instituto Mexicano del Seguro Social (también llamado IMSS o Seguro Social solamente), es una de las organizaciones con participación del gobierno federal, encargadas de proporcionar atención social integral, en donde está incluida obviamente la atención médica. Otras son el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, la Secretaría de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional, etcétera (integran el denominado Sector Salud). Existen

otras de asistencia privada como los hospitales Inglés, Mosel, Humana, Ángeles, etcétera, todas reguladas por la Ley de Salud.

En la actualidad, en lo referente a la atención médica, el IMSS, cuenta con tres niveles de atención: las Unidades de Medicina Familiar (UMF), los Hospitales Generales (HG) y los Hospitales de Especialización (HE), que se encargan de resolver, desde problemas de salud sencillos, hasta los más complicados.

“Para alcanzar estos importantes logros médicos, el IMSS cuenta con una infraestructura médica compuesta por mil 755 Unidades de Medicina Familiar, donde se atienden el 80% de los padecimientos de la población derechohabiente; el segundo nivel de atención está compuesto por 215 hospitales generales; y el tercer nivel está integrado por 41 hospitales de alta especialidad”.

DÍA PROMEDIO	
Egresos Hospitalarios	5,200
Consulta	396,000
Intervenciones Quirúrgicas	3,350
Partos	1,800
Estudios de Laboratorio y Radiodiagnóstico	397,000

(Datos tomados de: 55 años. El IMSS hacia el Siglo XXI, Hechos y Perspectivas. México, 1997, páginas 7-8).

Las UMF son las primeras que tienen contacto con la población derechohabiente. En estas unidades se realizan los primeros trámites para obtener los servicios médicos; aquí los asegurados y sus familiares son registrados para recibir atención médica. En los Estados de la República el trámite también se puede realizar en oficinas administrativas del Seguro Social.

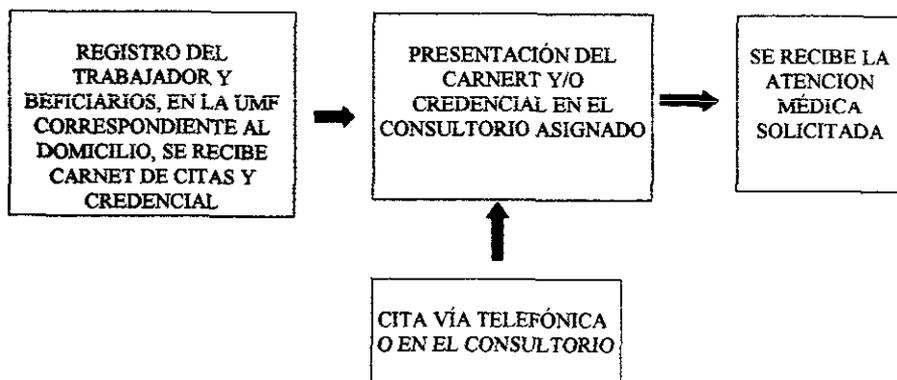
Una vez registrados en la UMF que les corresponda, son entregados al asegurado y a cada uno de sus beneficiarios legales (padres, esposa e hijos), la “tarjeta de citas y acciones médico-preventivas” (conocida simplemente como “carnet”) y credencial. Posteriormente, pueden solicitar consulta con su médico familiar de dos maneras:

—Acudiendo a la clínica el mismo día en que se requiera la atención; llevando su carnet de citas, en donde aparece el horario de consulta, el número de consultorio y el médico que le fue asignado.

—Solicitando una cita con la asistente médica en los consultorios; en muchas clínicas se puede hacer vía telefónica.

Las UMF proyectadas para resolver el 85% de los problemas de salud, se caracterizan por contar con una población adscrita a la que ofrecen servicios en turnos de seis horas, durante cinco días a la semana, donde cada usuario sólo puede ser recibido para consulta en el turno que se le ha asignado —de 8 a.m. a 2 p.m., o de 2 p.m. a 8 p.m—. De ser necesario, se puede acudir durante o después de ese horario, a los servicios de urgencias con los que cuentan algunas clínicas de medicina familiar.

Procedimiento



Los médicos familiares resuelven los problemas médicos, de diagnóstico y tratamiento poco complejos, y brindan orientación sobre higiene, alimentación y forma de vida. Son responsables de atender una población de 2 mil 400 derechohabientes (promedio con el que cuenta, según datos de la propia institución, cada unidad de medicina familiar). En caso de que el médico familiar diagnostique una enfermedad más compleja, lo canalizará a un hospital de segundo nivel.

FUNCIONES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

-Atienden la salud integral de la familia. Elaboran la historia clínica de cada uno de sus integrantes.

-Promueven acciones de medicina preventiva como el diagnóstico temprano de cáncer cérvico-uterino, diabetes melitus, cáncer de mama, etcétera. Establecido el diagnóstico, proporcionan el tratamiento.

-Deciden si un paciente requiere atención médica de urgencia y/o especializada para derivarlo al segundo o tercer nivel de atención. Continúan con el control del paciente atendido por especialistas.

-Promueven acciones de fomento a la salud, como orientación sobre nutrición, exploración de mamas, cepillado de dientes, práctica de algún tipo de ejercicio físico, aplicación de vacunas, etcétera. *Proporcionan información sobre métodos anticonceptivos.*

-El servicio de Trabajo Social ayuda a solucionar problemas entre la población derechohabiente y su relación con el IMSS.

-Los Módulos de Orientación, Información y Quejas informan sobre requisitos, trámites, prestaciones, servicios o atienden las quejas presentadas.

-Los departamentos de Control de Prestaciones certifican la afiliación del asegurado y sus beneficiarios para poder proporcionar servicios médicos y el pago de incapacidades por enfermedad, maternidad y riesgo de trabajo.

-Proporcionan, además, servicios de Odontología, Medicina del Trabajo, Dietología, Laboratorio Clínico, Rayos X, Farmacia. Algunas clínicas familiares, cuentan además, con Servicios de Urgencias.

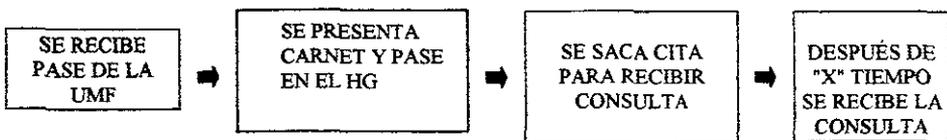
Fuente: *Cuaderno de Orientación*, IMSS.

Para enfermedades no tan comunes: Hospitales Generales

Al Segundo Nivel de Atención lo componen Hospitales Generales en todo el país. A él acuden los usuarios canalizados por las unidades de primer nivel. Se encargan de apoyar a un grupo de UMF en una zona determinada por el IMSS, proporcionan:

- Servicios de consulta externa.
- Servicios de especialidades.
- Servicios de urgencias médico-quirúrgicas.
- Servicios de rehabilitación.
- Hospitalización.

Procedimiento



SERVICIOS CON LOS QUE CUENTAN LOS HOSPITALES GENERALES

- Consulta externa de especialidades.
- Urgencias. Funciona en forma continua las 24 horas, los 365 días del año.
- Cirugía y tococirugía (ginecología).
- Medicina de rehabilitación.
- Medicina interna.
- Laboratorio clínico.
- Rayos X.
- Farmacia.
- Dietología.
- Trabajo social.
- Orientación e información.

Fuente. *Cuaderno de Orientación*, IMSS

En este nivel de atención se resuelven problemas de salud más complejos que deriva el médico familiar y que requieran de un tratamiento especializado. Cuando el médico de segundo nivel determina que el padecimiento requiere estudios y atención de alta especialización, deriva al enfermo al tercer nivel de atención, los hospitales de especialidades.

Para enfermedades "exigentes": Hospitales de Especialización

Se trata de unidades que cuentan con los recursos tanto humanos, físicos y tecnológicos para atender enfermedades poco frecuentes y de difícil manejo. Los Hospitales de Especialidades que conforman los Centros Médicos, cuentan con especialidades en:

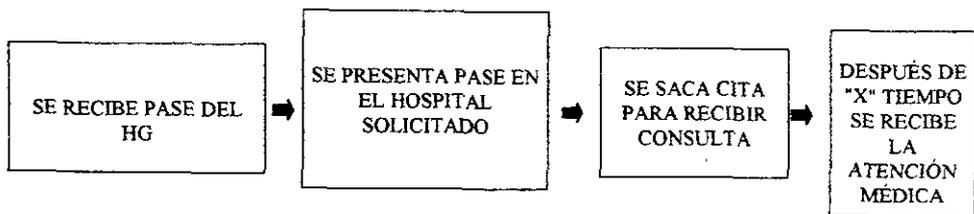
- Cardiología
- Gineco-obstetricia
- Oncología
- Pediatria
- Traumatología y ortopedia
- Infectología

Este nivel de atención se proporciona en hospitales ubicados en 10 Centros Médicos del país en:

- Distrito Federal: Centro Médico Nacional Siglo XXI y Centro Médico La Raza.
- En el interior de la República: Guadalajara, Jalisco; Ciudad Obregón, Sonora; Torreón, Coahuila; Monterrey, Nuevo León; León, Guanajuato; Puebla, Veracruz, Mérida y Yucatán (ver anexo 1).

"Entre sus actividades se encuentra el desarrollo de tecnología médica de punta y el establecimiento de las directrices de atención para el resto del sistema. Así como el segundo nivel, en este se contribuye significativamente al desarrollo de los mejores especialistas en favor de los pacientes del IMSS y del resto del sistema de salud nacional". (Documento Diagnóstico de marzo de 1995, página 48).

Procedimiento



SERVICIOS QUE PROPORCIONAN LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES

- Consulta externa de alta especialidad.
- Admisión continua
- Laboratorio clínico.
- Rayos X.
- Estudios de gabinete (medicina nuclear, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear, electroencefalografía, etcétera).
- Hospitalización
- Quirófano
- Dietología
- Trabajo Social.
- Orientación e información

Fuente *Cuaderno de Orientación*. IMSS

Prodigios médicos

Esa mañana, José Guadalupe se despidió de su esposa casi de manera automática para irse a trabajar. Había pasado toda la noche sin dormir, en la fábrica había recorte de personal.

Al llegar a su trabajo, mientras se ponía su camisola y escuchaba vagamente los saludos de sus compañeros, se colocó los goggles y, frente al torno, tomó una nueva barra de metal. Acercó la pieza de acero y casi al mismo tiempo, la vista se le nubló. Sintió un calor intenso que le recorría todo el cuerpo. Quedó paralizado, sin comprender nada.

Antonio, que se acercaba a pedirle prestado su vernier, reaccionó, y gritando llamó a sus compañeros:

—¡Vengan que a Lupe lo agarró la máquina!

Todos se arremolinaron, mirando asustados cómo la mano izquierda le colgaba, detenida apenas por unos centímetros de piel. Sujetándose la, corrieron a la calle para tomar un taxi, *“el camión siempre tarda demasiado”*.

La media hora que duró el trayecto se les hizo un siglo. Llegaron por fin al Hospital General Regional No. 1, ahí en Culiacán. Al llegar, las enfermeras de urgencias llamaron al doctor Carlos Chan Nevárez, médico especialista en cirugía plástica y reconstructiva.

Junto con el ortopedista y traumatólogo Víctor Manuel Wong, el anestesista y enfermeras especialistas —utilizando un equipo de microcirugía—, lograrían reimplantarle la mano.

“Después del proceso de lavado del tejido revitalizado, se procedió a la reestructuración y fijación ósea dañada, además de la reconexión de las arterias cúbica y radial, de las venas y la reparación de toda la articulación nerviosa. También se realizó una sutura muy fina y se procedió a la reconexión de tendones, para posteriormente, reconstruir los músculos y la piel del paciente,” —mencionó el doctor Chan.

Realizó con éxito la UTCMN del IMSS el primer trasplante de hígado en México.

Con excelentes resultados, especialistas de la Unidad de Trasplantes del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS realizaron el primer trasplante de hígado, con lo cual se inicia un ambicioso programa de implantes de víscera hepática, cuyo objetivo es alcanzar un promedio de 20 cirugías al año.

Así lo informaron la doctora Carmen García, jefa de la Unidad de Trasplantes y el doctor José Luis Melchor Ortiz, clínico de ese nosocomio, quienes señalaron que este tipo de intervención quirúrgica es de la más alta complejidad, por tratarse del órgano más grande del cuerpo humano, el cual realiza más de 500 funciones en el organismo.

La doctora Carmen Gracida explicó que la paciente transplantada, María Elena Carranza, de 55 años de edad, entró a un protocolo para implante hace más de un año, después de que le fuera diagnosticada la hepatitis C, enfermedad que le provocó una importante pérdida de peso, fuerte dolor abdominal y cansancio extremo.

Los especialistas indicaron que la paciente fue transplantada con un peso de tan sólo 33 kilogramos. Actualmente, dijeron, pesa 40 kilogramos y se espera que llegue a los 50 en dos meses, tiempo que le servirá para recuperarse del todo y poder incorporarse a su vida normal sin ningún tipo de restricción (...).

Genoveva Ortiz La Prensa, 29 de mayo de 1999, página 19.

El testimonio aparecido en el número 131 de la revista *Solidaria* del IMSS es otro ejemplo de la labor que realiza el Instituto:

Lic. Genaro Borrego Estrada

Director General del IMSS.
Presente

(...) A todos los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, mi más humilde pero muy sincero reconocimiento por la forma responsable en que se comportan, poniendo lo mejor de ellos en el desempeño de sus labores correspondientes: el médico... el segundo después de Dios, por su sabiduría; la enfermera... como la virgen María, cuidando y abogando por los pacientes; los de dietología... que nos alimentan "la panza" y el alma; los de intendencia, que no se cansan de darnos ánimos y nos confortan con su alegría y amistad; los de conservación, que mucho cuidan que no se apague la luz en piso y menos en quirófano, en fin, a todo el personal sin excepción.

En forma muy especial, al Dr. Manuel Villanueva Hernández del H.G.Z. No. 1 de la Ciudad de Oaxaca, por su honestidad al reconocer las limitaciones de ese Hospital y recomendarle a mis hijos el traslado a la Ciudad de México, ya que a pesar de que todo el mundo me decía que "todo estaba bien", ya me habían programado para amputarme mi pie el martes 31 de Diciembre del año pasado (...).

El 22 de diciembre de 1996 sufrí un accidente automovilístico en la carretera Huajuapán de León-Silacayoapan, Oaxaca; al impacto de una lámina del piso del camión me "rebanó" la parte lateral y planta del pie izquierdo, me llevaron a la Clínica de Huajuapán de León, fui trasladado rápidamente en la ambulancia a la Ciudad de Oaxaca, donde estuve internado 8 días y aunque todos los médicos me decían que todo estaba bien, el Dr. Villanueva nos recomendó mi traslado a la Ciudad de México.

El 30 de Diciembre ingresé al Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" donde los médicos, encabezados por mi médico responsable, el Dr. Castillo Torres, erradicaron la infección que traía. El día 16 de enero pasé al Servicio de Cirugía Reconstructiva, donde el caso se planteó como "valoración" por este servicio, ya que el pronóstico era sombrío para la sobrevivencia del pie debido a la severidad de la lesión.

El caso fue revisado por el doctor Romero Zárate, responsable del Módulo de Microcirugía, quien aún con pocas expectativas de éxito, planteó una reconstrucción mediante "trasplante de músculo gracilis o recto interno del muslo derecho" hacia pie izquierdo, todo ello a través de microcirugía (...), la reconexión de arterias y venas posteriormente, cubriendo este músculo con un injerto de piel, el cual, se tomó de la pierna del lado izquierdo (sic).

La operación duró 6 horas y el resultado fue completamente satisfactorio, ya que se reconstruyó toda la mitad lateral del pie, la que se encontraba amputada por la lesión y ahora tengo la capacidad de volver a apoyar mi pie, o sea, ¡VOLVER A CAMINAR! (...)

Atentamente

Sr. Rogelio Ambrosio Zacarías

Valerto Trujano N. 20 Silacayoapan, Oaxaca C.P. 69400

O bien...

EXITOSA OPERACIÓN EN LA RAZA Extraen a niña del útero para operarla

Especialistas de gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional La Raza realizaron la primer cirugía fetal abierta en México a fin de eliminar la hidrocefalia que padecía una niña de 29 semanas de gestación.

A través de un comunicado el IMSS informó que le colocaron en la cabeza una válvula que drenó el exceso de líquido cefalorraquídeo antes de que la presión de éste le dañara el cerebro en forma irreversible. La utilización de dicho instrumento nunca antes había sido ocupada en otra parte del mundo.

Tres semanas después de la intervención quirúrgica, la niña nació por cesárea la madrugada del 2 de agosto y pesó un kilo 850 gramos. Ni ella, ni en su madre registraron complicación alguna.

El neurocirujano José Reyes de la Cruz Morales encabezó el equipo multidisciplinario que realizó esta intervención el pasado 13 de julio, en la que participó el director del Hospital de Gineco-obstetricia, Enrique Téllez Gutiérrez, y el anestesiólogo Rafael Cruz.

Desde el punto de vista gineco-obstétrico, la operación de abrir el vientre y el útero para sacar la cabeza de la niña y operarla implicaba el riesgo de que se desprendiera la placenta así como que se rompieran las membranas amnióticas, con la consecuente muerte del bebé. En el postoperatorio el peligro consistía en que se desencadenara el trabajo de parto lo que obligaría a interrumpir el embarazo.

El anestesiólogo tuvo que afrontar la dificultad de anestesiar tanto a la madre como al producto a fin de mantenerlos lo más inmóvil posible para el éxito de la cirugía (...)

El neurocirujano De la Cruz Morales reportó que a la fecha la pequeña tiene un estado de salud normal, no presenta ninguna lesión neurológica y su perímetro cefálico también es normal, lográndose de este modo los objetivos de la cirugía intrauterina (...)

Novedades, 30 de agosto de 1999, página 20.

“El IMSS nos invitaba a grupos de reporteros a las jornadas médicas en Oaxaca donde se hacían cirugías reconstructivas. Veíamos operaciones de reconstrucción de paladar, y hasta formárselo a quien que no lo tenía... cosas que realmente conmueven. Son cirugías reconstructivas, la verdad, increíbles. Le cambian la vida a la persona”. — Me comentó Genoveva Ortiz, reportera del diario *La Prensa*.

Los siguientes son comentarios del Licenciado Genaro Borrego Estrada, ex Director General del IMSS, durante el programa *El Ángel de la Noche* del 19 de junio de 1998.

“Yo si podría decir que estamos muy orgullosos del servicio. Los mejores médicos de México están en el IMSS, lo digo con todo respeto para los que no lo están. Ahí se forman desde residentes — con una gran variedad de casos— teniendo acceso al mejor equipo, con muy buenos maestros y un entorno proclive para la investigación.

“Es cierto que el IMSS ha pasado por muchas etapas, lleva cincuenta y cinco años y ha tenido épocas buenas y épocas malas debido a las circunstancias del país. Ha estado saliendo de sus baches financieros en donde se comprimió el programa de inversiones, con problemas para sustituir el equipo, para hacer más clínicas y hospitales.

“Hay que tomar en cuenta que todos los días el IMSS atiende a 700 mil personas en el servicio médico, esto no sucede en ninguna otra institución del

mundo y pues, el grado de insatisfacción de los derechohabientes es aceptable”.

—¿El Seguro Social tiene futuro, los habitantes de este país deben tener por lo menos esta tranquilidad —en medio de tantas intranquilidades como vivimos todos los días—, que esa institución ahí seguirá? —Pregunta Germán Dehesa.

—Sí, sin duda alguna. El Seguro Social tiene un gran futuro, porque tiene una raíz muy fuerte, muy profunda. Está en el ánimo del pueblo de México, y por lo tanto, tiene un camino por delante muy positivo.

“Ha pasado por dificultades, han habido baches por superar, pero el IMSS por su filosofía social, por su gente, por los altos fines que persigue y por su experiencia, tiene una gran vitalidad. Estoy convencido de que tenemos IMSS para muchas décadas más, y en eso, la gente debe estar tranquila; aún más, orgullosa y optimista.

—¿Por qué cada vez se dice ‘Seguro Social’, lo hace uno con una especie de tristeza final: ‘¿pues fijate cómo estarán las cosas que ya me estoy atendiendo en el Seguro Social?’

—Se ha afectado mucho la imagen del Instituto por muy diversas razones, y algunas de ellas, lamentablemente, por intereses políticos, que es lo más triste.

“El IMSS está por encima de las cuestiones políticas, al margen de los partidos, del debate por el poder. El IMSS es una institución social de servicio, es de todos (...)”

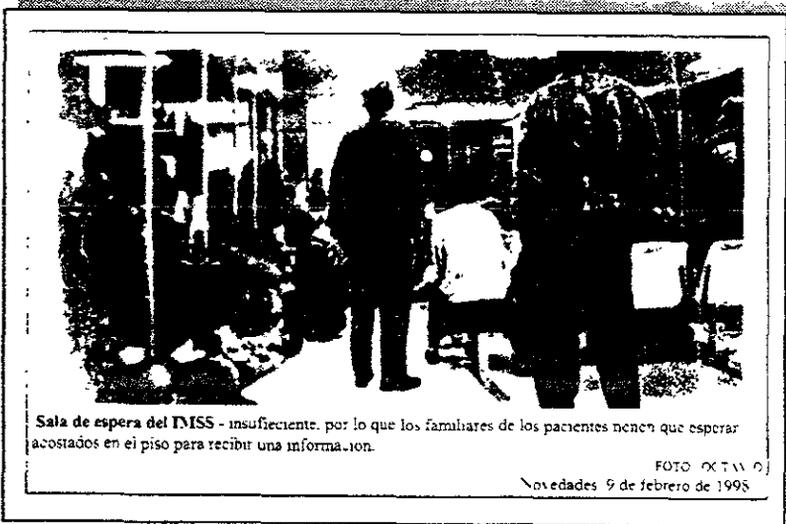
Las cifras del IMSS

- Se proporcionan servicios médicos al 57% de la población total del país
- 14 millones 559 mil asegurados, 6 7% más que en 1998.
- 555 mil jornaleros agrícolas incorporados en 1999
- 4 mil 635 millones de pesos para construcciones, cifra 164% superior a los últimos tres años
- 3 mil 800 millones de pesos para la renovación y adquisición de equipo e instrumental médico.
- 422 mil 094 consultas diarias.
- 5 mil 492 intervenciones quirúrgicas por día
- 754 mil 427 niños nacieron en el IMSS en 1999, 34% de los nacidos en todo el país.
- Ningún caso de sarampión se ha presentado en 4 años. Ningún caso de difteria en 10 años.
- En 1993 la tasa de mortalidad materna hospitalaria era de 41.7 por cada 100 mil nacidos vivos, hoy es de 38.7
- 1 millón 739 mil pensionados
- 15 millones 594 mil trabajadores afiliados a las Afores.
- Ingresos: 108 mil 233 millones de pesos.
- Egresos: 105 mil 407 millones de pesos

Novedades, 29 de febrero de 2000, página A7

Como hemos visto, para atender las distintas enfermedades de los usuarios y decidir quién es enviado a hospitales de segundo o tercer nivel, se establecen “filtros”; sin embargo, por lo que se puede observar y por comentarios recibidos, aparte de los problemas de recursos que se presentan en la institución, son factores importantes para que las personas reciban consultas especializadas: la insistencia de los pacientes o sus familiares, alguna recomendación, o de plano el azar. En todo esto, como me comentó un médico, siempre habrá que tomarse en cuenta algo muy importante para la salud del enfermo: “Errores de consultorio, llevan al sanatorio”.

Segunda parte Calidad y calidez



"Lamentablemente, pese a que en México existen muchos y bien preparados profesionales de salud, es evidente que predomina un malestar generalizado hacia la práctica médica, especialmente hacia aquella que atiende a grandes grupos humanos, como la seguridad social o las instituciones de Salud Pública"

-Carmen Martínez Díez, columnista
del periódico unomasuno-

Otros hechos

Nuevamente como ocurrió cuando la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, en este momento, las situaciones nacionales e internacionales, delimitan, y determinan en mucho, lo que sucede dentro de la institución en

los distintos niveles de atención. El sistema de salud actual en México confronta serios problemas como resultado de cambios radicales en los índices de natalidad y de una mayor expectativa de vida; pero, sobre todo, por una estructura y organización dependiente del capital extranjero, incapaz de satisfacer con calidad y eficiencia las crecientes demandas que se presentan en la actualidad y las que se pueden anticipar para el futuro.

En la situación que presenta el IMSS, el mayor problema reside en el aspecto político y económico del país. Términos como "Tercer Mundo", "Modernismo", "Deuda Externa", "Neoliberalismo", algunos aparentemente pasados de moda, describen un fenómeno presente

No por nada algunas naciones se convirtieron en ricas e industrializadas para desarrollar la tecnología que impondrían a la de los países colonizados: contaron con materia prima en abundancia y un mercado mundial seguro, mediante ejércitos fieles al desarrollo del Primer Mundo; esto ha costado hambruna, ignorancia y mortalidad, para un Tercer Mundo al que seguimos perteneciendo, el mundo de los marginados, el de los que mueren primero.

El FMI reevalúa a México. Ya no requiere vigilancia especial.

El Fondo Monetario Internacional anunció ayer que México fue eliminado de la lista de naciones sometidas a programas de ajuste, debido a su estabilidad económica en 1998 y al éxito de las reformas fiscales y disciplina financiera.

Según el reporte anual del FMI sobre la situación macroeconómica de los 130 países miembros de la institución, durante 1998-99 destacó el hecho de que México salió de la lista de naciones sometidas a programas de ajuste (...)

Novedades, 13 de septiembre de 1999, página B1

En la actualidad el modelo económico que prevalece está regido por el neoliberalismo, ¿pero qué es, en qué consiste? Originado de las ideas provenientes del liberalismo del siglo XIX, enfatizaba la utilización de las fuerzas de mercado como instrumento principal para incrementar el bienestar de la población, y ponía especial énfasis en la importancia de las libertades individuales. Desde hace varios años, sin embargo, se ha utilizado con significados muy diferentes, con una connotación negativa..

Con el tiempo ha servido como medio de dominio y control. Se empezó a utilizar en forma despectiva para describir la libre interacción de las fuerzas de mercado como un fin en sí mismo, por encima de cualquier otro objetivo. El término se asocia con alguien que piensa que la pobreza se puede abatir (o por lo menos minimizar) a través de las leyes de la oferta y la demanda, mientras que la intervención del gobierno únicamente servirá para empeorar el problema.

En el extremo de esta forma de pensar, algunos consideran que la pobreza no es un mal de la sociedad o de la economía, sino que afecta a un grupo de personas ignorantes, sin ambición, que no quieren trabajar para salir adelante, y que por lo mismo, no se deberían desviar fondos del gobierno para tratar de ayudarlos.

El movimiento derechista de los gobiernos de Margaret Thatcher (1979-90) en Inglaterra y de Ronald Reagan (1981-89) en los Estados Unidos, es visto como elemento central de la influencia neoliberal. Su "recomendación" hacia América Latina y el resto del mundo es conocida como el "consenso de Washigthon", una serie de disposiciones sobre política para países en desarrollo. Desde los gobiernos de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari se pusieron en práctica estas recomendaciones en México.

Julio Boltvinik, investigador del Colegio de México afirma que es el llamado "neoliberalismo" el generador de un retroceso de 40 años en México pues el avance que se había conseguido en las décadas de los sesenta y setenta, se ha perdido y generado una pobreza del 72 % de los mexicanos. Para el doctor en sociología del trabajo de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Enrique de la Garza, el salario mínimo mexicano es el más bajo del mundo y, además, perdió un 75% de su poder adquisitivo. Mientras que para Enrique Iglesias, presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) América Latina es la región más desigual del mundo, ya que sólo 5 por ciento de su población posee 25 por ciento de las riquezas (*La Jornada*, 3 de diciembre de 1999, páginas 6, 60, 29) Todo esto ocasiona un deterioro en las condiciones e instituciones de la población en nuestro país.

Niveles de enfermedad

En el primer nivel de atención se presentan las principales dificultades que se atiende a la mayor parte de la población derechohabiente, debido a que es el inicio del sistema hospitalario del IMSS:

"Los problemas detectados incluyen largas esperas para recibir la consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, falta de motivación del personal y despersonalización en la relación médico-paciente" (Diagnóstico del IMSS de marzo de 1995, página 42).

Una de las razones principales de inconformidad e insatisfacción de los usuarios en el primer nivel, es que no se da una adecuada relación afectiva, entre el paciente y su médico familiar (factor sumamente importante para lograr la salud del enfermo). El trato es desde lejos, mediante un breve diálogo para el diagnóstico; después, cuando el enfermo es derivado a otro nivel de atención, el médico familiar pierde aún más el contacto con el paciente, lo que agudiza el alejamiento entre ambos.

“Si hemos experimentado la satisfacción de recibir un trato digno en un servicio y si también conocemos la sensación que produce una acción afectiva, entonces podemos valorar el impacto que tienen las palabras y las acciones en otro ser humano.

“La comprensión del médico hacia el paciente, aleja el sentimiento de minusvalía y desesperanza del enfermo y aporta un componente terapéutico invaluable para su recuperación, recordemos que la confianza que inspiran los profesionales y las instituciones de servicios médicos, es lo que determina la elección y utilización de estos servicios por parte del usuario.

“Es un hecho que los enfermos estiman más la competencia de los médicos, no tanto por sus habilidades técnicas y conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus padecimientos”. —Tomado del video: “Una Comunicación Sana”, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), México, 1997. (Ver anexo 2).

La reportera Genoveva Ortiz, del diario *La Prensa* me comentó:

“Y bueno pues, ante el mal trato, es una amonestación a los trabajadores, a los médicos o a quien haya cometido la falta. Aunque después se sigue dando, es un vicio recurrente, es como un ciclo vicioso.

“En el periódico se han dado denuncias, desde que se equivocaron en la inyección, hasta que le dijeron a un paciente que estaba bien y se murió. Esto es una vivencia de diario, esto no es extraño o desconocido para nadie, ponte afuera de una clínica y haz una encuesta a ver que tal les parecieron los servicios, pregunta a la gente: ‘¿A usted la atendieron bien?, y ¡Uh, de la patada, que no sé qué, que me tuvieron horas para que me dieran un Mejoral!’ ... cosas así.

“No hay reciprocidad entre el tiempo que la gente espera para recibir una atención, porque son casi momentos de consulta: ‘¿Cómo se llama, qué tiene, qué le duele? ¡Tómese esto, ahí nos vemos, el que sigue!’”.

Marcela García empleada bancaria, recuerda su experiencia con el Seguro Social:

“Hace siete años el servicio que nos dio el Seguro Social fue muy malo, me dejó con una muy mala imagen. Mi abuelita enfermó de una parálisis intestinal.

“Comprendo que la carga de trabajo en las clínicas y hospitales es muy alta, pero eso no tiene que deshumanizar a los que ahí trabajan, En urgencias la dejaron en una camilla, de esas metálicas, con tan sólo una sabanita. Le pusieron suero y se olvidaron de ella.

Su mirada se pierde en el vacío al recordar lo sucedido...

“Cuando por fin pudimos verla, nos suplicó que la sacáramos de ahí, que no quería morir en ese lugar. Ni siquiera el cómodo le podían poner a la pobre y además no nos daban ningún informe de su estado de salud. Para cuando la vimos ya tenía una pulmonía fulminante debido al frío de la camilla.

“Bajo nuestro riesgo la sacamos, la cambiamos a una clínica particular. Pero ya era muy tarde ya estaba en sus últimos momentos, ya no se pudo hacer mucho por ella.

“Lo triste de todo es que mi abuelita quería mucho al Seguro, le tenía mucha fe, confiaba totalmente en ellos y cuando realmente los necesitó, ¡cómo la trataron! Se puede decir que aceleraron su muerte.

“Por eso les tengo un resentimiento y considero que les falta profesionalismo. Sé que no todos son así, pero me tocó una mala experiencia”. Concluye nuestra entrevistada.

Ángeles Cruz, quien también cubre como reportera la fuente del Sector Salud para *La Jornada*, sobre la atención médica en el IMSS, opina sobre este punto:

“Los servicios tienen que ver con la gran cantidad de gente que atienden y lo escaso de los recursos con los que cuentan para hacerlo, de ahí proviene la dificultad, además de una mala administración de esos recursos.

“Existe una relación humana muy escasa, mas bien nula en algunos casos. Ahí depende de quién se pueda defender mejor; si alguien no se sabe

defender para exigir sus derechos, seguramente no le harán casi ningún caso”.

En un consultorio del Hospital General de Zona 24 abordamos al doctor Rubén Chávez. El médico especialista en urgencias, opina que no siempre son los médicos los que deben cargar con la fama de la mala atención médica y ve a la carga de trabajo como el principal síntoma a tratar:

“Llevo trabajando en esta clínica unos doce años, y en ese período he visto transcurrir por aquí a varios compañeros y compañeras médicos que han llegado con muy buena voluntad de realizar su trabajo lo mejor posible; sin embargo, frecuentemente, existen muchos problemas, sobre todo de una gran cantidad de gente que acude a la unidad, con los mismos elementos casi con los que contábamos cuando entré a trabajar aquí.

“Lo común es que veamos un promedio de 25 a 30 pacientes cada uno de nosotros. Estoy hablando de que si somos tres médicos — que por lo regular lo somos, con excepción de cuando falta uno de nosotros—, vemos más de noventa pacientes de las ocho y media, aproximadamente en que hacemos el enlace y nos hacemos cargo del turno, hasta las siete de la mañana siguiente, cuando llega el personal de la mañana.

“Esa creo que es la principal dificultad, otra, es que la clínica cuenta en el servicio de urgencias, con 12 camas, o sea que deberían estar encamados doce pacientes, sin embargo, se coloca un número casi indeterminado de sillas de ruedas, de camillas, o de las sillas de las otras en donde esperan los pacientes para ser atendidos.

“En todo el hospital pasa lo mismo, la clínica fue hecha en una época en la que la cantidad de población era menor y no ha sido reformada (fue

edificada en 1963), *construyendo alguna ala nueva o algún otro hospital. No existe otro hospital de zona que nos dé apoyo. En ese sentido, solamente tenemos alrededor hospitales especializados, como el de Traumatología, o el de Ginecología en esta colonia, Magdalena de las Salinas.*

“También llegan a faltar, algunas veces, materiales de curación o medicamentos del cuadro básico, como para dar atención a tanta gente como llega. Pero las cosas se complican aún más cuando alguno de nosotros falta, ya que los que quedemos tenemos que ver cómo atendemos a los mismos noventa pacientes, puesto que es muy difícil que autoricen guardias ya que no se cuenta con el presupuesto necesario. Pero en fin, tratamos de hacer lo que mejor podemos con lo que contamos

“Es muy importante la labor que desarrolla en Seguro Social, me siento orgulloso de trabajar aquí, pero si creo que todo esto se puede mejorar con buena voluntad de parte de todos”.

Déficit de 18 mil 500 médicos en el sector salud: según trabajadores

El Sector Salud tiene un déficit de 18 mil médicos y 30 mil enfermeras, mientras que los 78 medicamentos del cuadro básico representan apenas 50 por ciento de lo que se requiere para brindar una cobertura profesional mínima, concluyeron los participantes del Encuentro Nacional de Trabajadores de Salud.

A este foro de análisis —realizado la última semana de noviembre— asistieron 200 trabajadores de las instituciones del sector salud, agrupados en diversas corrientes sociales y sindicales de carácter disidente.

Los organizadores del encuentro destacaron que los planes de ajustes económicos impulsados en esta década menguaron los sistemas de salud pública y de seguridad social mediante el desmantelamiento y la privatización de los servicios. Señalaron que el paquete básico de servicios de salud para la población abierta, en extrema pobreza, es demagógico y afirmaron que los recursos de atención son insuficientes (...). Aseguran que debido a la “reducida y mal pagada” plantilla laboral en este sector, los trabajadores “éticamente no son los culpables de la mala calidad de la atención, sino el principio inhumano de hacer más con poco” (...).

Fabiola Martínez. *La Jornada*, 11 de diciembre de 1997, página 47.

Experiencias profundas

Según dictamen del IMSS, el grado de satisfacción de los usuarios en el segundo nivel de atención es superior muchas veces al primero, dado el menor volumen de personas atendidas. La mayoría de las quejas se deben a la falta de medicamentos y de otros materiales para el diagnóstico y tratamiento, por lo que se atrasan consultas y cirugías. Además, no se suple oportunamente al personal ausente, aumentando la carga de trabajo y disminuyendo la calidad de la atención en los hospitales.

La profesora Elizabeth León, quien acudió con su madre el pasado mes de febrero al hospital de Los Venados en Municipio Libre y Dr. Vertiz, me comenta sobre cuál ha sido su experiencia. La conversación transcurre en la sala de espera donde se han dado los acontecimientos, lo que reaviva los recuerdos que narra...

“Llegamos después de las peripecias de buscar dónde dejar el coche; subimos por los elevadores hasta el primer piso; caminamos hacia la recepción, le pregunté a la señorita que estaba a la entrada del corredor, y me dijo que ahí no era.

“Caminamos entonces hasta otra recepcionista que estaba al fondo, en otro control; nos recibe el carnet, toma nota, y me dice que el consultorio era el tres —de donde habíamos venido primero—; regresamos pues, y como teníamos cita, nos sentamos para esperar a que nos llamaran y pasar a consulta.

“El doctor que estaba ahí nunca llamó a nadie, si entraron en algún momento como dos personas, no sé por qué ni para qué. Nosotras, estábamos exactamente en la puerta, de manera que el doctor al salir, podía sentirnos, si es que no nos veía, pero no fue así. Después de un tiempo, como a las cinco y cinco —la cita era a las cinco de la tarde—, salió.

“Pasé un buen tiempo tratando de ser paciente, porque sé que ahí vas a esperarte a que te llamen, porque eso es lo que siempre he visto en esos lugares. Me paro y veo a una enfermera que estaba en el consultorio contiguo y le pregunto:

—Ya se iría el doctor, porque nosotras tenemos consulta.

—¿Cómo se llama?, le di el nombre de mi mamá.

“Se mete al consultorio, busca en el listado que tienen de los pacientes, y me dice:

—Si, el doctor ya se fue... aquí puso una nota de que no se presentaron.

—¿Pero cómo si aquí hemos estado, si lo vimos cuando se fue?.

“Ya estaba muy molesta, no sabía que hacer. Le dije a mi mamá que nos fuéramos, pero fui con la recepcionista que me recibió el carnet:

—Mire señorita, le vengo a decir que no recibimos la consulta, el doctor ya se fue y puso una nota de que no nos habíamos presentado.

—¿Cómo si ustedes llegaron más o menos al veinte para las cinco?, a ver... ¡présteme su carnet y deme su pase. Voy a ir con el subdirector, espéreme aquí!

“ Después de un rato me dice: —Ahorita sube el doctor, espérela afuera de su consulta.

“Nos fuimos a sentar, a lo mejor diez o quince minutos; cuando el doctor subió, se mete a la consulta, no nos pregunta nada; después se para y nos pregunta:

—¿Ustedes son las que llegaron tarde?

“Ni tiempo le dio a mi mamá de pararse —usa un aparato ortopédico para caminar— me metí detrás de él y le dije:

—Oiga doctor, pero si nosotras estábamos aquí desde tal hora, ¿por qué dice usted eso?

La voz y los gestos se le endurecen cuando agrega:

“A mí me dio muchísimo coraje realmente; se me hizo injusto, porque nunca nos llamó y porque llegamos a tiempo, no debió haberse comportado así. Su tono de voz, la manera como nos trató, me dio mucha indignación.

—Nosotras llegamos y lo vimos salir, vimos que entraban algunas personas, vimos cuando usted se fue.

—¿Y por qué no me llamaron?, dijo en un tono...

—Porque ese no es el procedimiento, ¿no?

“No sé que más me dijo, ni el tono en que lo hizo, el caso es que me exasperé tanto, que le dije que era un negligente, que se suponía que era un profesional de la medicina, que personas como él la avergonzaban... me

seguía viendo así, como con burla. Llegó el momento que le dije que ya no quería su consulta, que ya no la aceptaba, porque no podía confiar en una persona como él... hasta le dije fachudo y traciento.

“Me paré para irnos, pero en el camino pasé a decirle a la recepcionista:

—Fíjese señorita que nos vamos, no aceptamos la consulta porque pasó esto y esto...

—¿Cómo, pero si ustedes llegaron temprano?

“Le comenté que me había indignado la mentira del doctor. Me contestó que por qué no iba a hablar con el subdirector. Cuando llegué a la subdirección, su secretaria me dijo que antes iba a pasar a un doctor, le aclaré que de él precisamente era de quien iba a hablar. No me senté junto a él porque estaba enojadísima. La señora León parece relajarse al contarnos lo que le había pasado.

“Pasé primero. El subdirector me dijo que tuviera la bondad de sentarme. Le conté a grandes rasgos lo que había pasado: que sí, que estaba molesta, que a lo mejor me había exaltado y que podía haber dicho alguna cosa que no debía haber dicho, pero que me había indignado que el doctor prácticamente nos dijera que éramos unas mentirosas, que comprendiera que venía con una anciana que tiene prótesis y que camina con gran dificultad.

—Yo le ruego que me disculpe doctor, por la parte mía de desesperarme, pero como usted puede suponer, ya no acepto la consulta del doctor. Usted debe saber que muchos de los asegurados venimos a este lugar

porque las cosas están muy difíciles, no podía pagar una consulta particular. Por necesidad estamos aquí, ¿verdad?

“Me dijo que sí, que tenía razón; me pidió los documentos, el pase, los estudios de laboratorio, el carnet: —¡Váyase usted a la consulta, ahorita la bajan a ver!

Continúa contándonos sobre lo que siguió después...

“Estuvimos esperando. Después de unos diez minutos, finalmente llega una doctora, también con ciertas ínfulas, nos hace pasar —se nota que está muy enojada—. No recuerdo que fue lo primero que le dije, pero me contesta:

—Bueno, pues ya vi sus documentos y como lo único que piden aquí es ver si los medicamentos están siendo bien administrados...

—¿Y usted doctora, cómo sabe lo que ella toma?

—¡Espérese que no he terminado!

—Mire doctora no tiene caso de que usted esté atendiéndonos de esa manera, pues así no resultan las cosas.

“Ella entonces empieza a bajar su tono de voz y comienza a decirme que el tráfico, que el banco, que todas las peripecias que vive el ciudadano. Le contesto que si es cierto, que puedo entender esas cosas pues vivo aquí, pero que de ninguna manera puedo aceptarlo porque ellos son profesionales de la medicina.

“Continuamos platicando mientras, revisaba a mi mamá, ahora muy bien. Le explicó cuál era su diagnóstico, qué tenía que hacer. Que tenía una

infección urinaria y debería de ser tratada en su clínica por su médico familiar.

“Acabamos muy amigablemente, después de haberme explicado que estaba enojada porque le habían dado otro paciente, un trabajo de más, porque no le correspondía y porque estaba cansada. Finaliza su relato la maestra León, mientras se encamina hacia los elevadores en compañía de su madre.

Carmen Moreno quien es enfermera general y cuenta entre sus virtudes con la de ser *“muy responsable en su trabajo”*, pues *“es una gran satisfacción el llegar todos los días y enfrentarse a la enfermedad, aunque se gane y se pierda”*, ve también como el principal problema la sobre carga de trabajo:

“Lo que te puedo decir es que mi trabajo me gusta, no sé si más o menos que otro, no he tenido uno diferente, siempre me he dedicado a esto, pero si sé que cuando llego a trabajar y se me asigna el lugar del hospital en que voy a estar, pues lo hago con mucho gusto.

“Es increíble que aún a pesar del tiempo que ha pasado, sigo sintiendo el miedo, o la angustia cuando sé que un paciente se encuentra tan mal que quizás no va a sobrevivir. En este hospital llega mucha gente de edad avanzada, con pocas posibilidades, sin embargo, hacemos todo lo que podemos, una vez que el médico nos indica lo que debemos suministrar y el tipo de cuidados que necesitan.

“Llega mucha gente con problemas renales que periódicamente se les cambia el catéter; o con otro tipo de problemas que necesitan una constante vigilancia, tanta gente que luego se nos carga mucho el trabajo. Cada una de nosotras ve un promedio de doce a quince pacientes, y aunque por cada

enfermera general contamos con dos enfermeras auxiliares, a veces no nos damos abasto.

“Yo creo que lo ideal sería que viéramos máximo seis pacientes entre tres enfermeras; quizás parezcan pocos, sin embargo, si tomamos en cuenta los cuidados que cada uno necesita, pues no lo es tanto. Hay que estar vigilando constantemente la temperatura, cambiando las venoclisis, los sueros, o cambiándoles muchas veces las sábanas, hay pacientes que no controlan sus esfínteres pues están inconscientes.

“El principal problema es que tenemos muchos pacientes para la capacidad del hospital y para el personal que somos. Hacen falta más enfermeras, somos casi las mismas, y si no fuera porque hay compañeras que se van a otras clínicas, además del cambio de las que se jubilan, pues casi siempre veríamos, por así decirlo, las mismas caras.

“En ocasiones, cuando falta alguna de nosotras, como las demás se tienen que hacer cargo de sus pacientes, aumenta el trabajo, por lo que en ocasiones al día siguiente, como que se desquita una y falta, o simplemente necesita descansar, esto vuelve como un círculo vicioso. Para mí, las enfermeras, junto con los médicos, es lo principal que tiene el Seguro.

Al salir de la clínica 15 del Seguro Social en la Calzada Ermita Iztapalapa, abordamos a la señora Luz Elena Ríos después de recibir curaciones en una pierna, quien nos comenta que desde hace tiempo “no ve la suya”.

“La atención en mi caso ha sido muy mala, —dice esta ama de casa de mediana edad. Yo llegué a la clínica 15 con una torcedura de tobillo, me caí en la casa de una escalera. Me pusieron una férula y me dijeron que

regresara en quince días a revisión; sin embargo, en tres días tuve que regresar porque mi pie estaba muy hinchado, no podía caminar, ni recargar el pie.

“Resulta que la férula me sangró la vena y me quedó abierta. Ya no se cerró sino hasta seis meses después. Me dijeron que la vena se había ulcerado y que no me iba a curar pronto.

“He estado en tratamiento casi un año, pero no he quedado bien, voy a curación al Hospital General de Zona 32, pues después de esa vena se me abrió otra y dicen que seguirán abriéndose”, —concluye preocupada.

Rosa María Chavarría, reportera de *El Universal* me da su opinión a través de un caso:

“A mí me tocó hablar con una chica que estaba con parálisis de más de medio cuerpo. Tenía un dolor, le dijeron que era el apéndice y la operaron de urgencia. Ni siquiera le hicieron estudios. No era el apéndice.

“Además falló el anestésico y la amolaron toda. La chica perdió el marido porque a lo largo de los años no aguantó. Perdió a su hijo, tuvo que regresar con sus padres, esto fue en un Hospital de Zona.

“La mejor atención es en el Tercer Nivel, si estás súper grave y llegas al Siglo XXI o a La Raza, te atienden bien. Ya que tienes alguna enfermedad grave, leucemia, cáncer, es cuando te ponen atención, pero antes nadie se da cuenta. La falta de cuidado de los trabajadores, se debe principalmente a que no hay sentimiento, o tal vez no hay preparación adecuada de los empleados y por eso hay prepotencia”.

La asistente médica es muchas veces la primera impresión que se recibe de la institución. Se trata de una trabajadora del Seguro Social con un gran contacto con el derechohabiente; entre otras cosas lo recibe y canaliza con el médico tratante. Por este contacto, es también quien en muchas ocasiones llega a tener conflictos con los usuarios. Conversamos con Guadalupe Rodríguez asistente médica, que nos da su visión.

“Desde que he estado en esta clínica (se refiere al Hospital de Zona Gabriel Mancera), he rodado por todos los servicios. Ahora el derechohabiente es más agresivo, viene a exigir; ¿por qué?, porque las citas se dan de dos a cuatro meses, según el turno. El derechohabiente se enoja, ya viene predispuesto, nos grita un montón de cosas, de majaderías.

—¿Cómo ves tu relación con los derechohabientes?

—*A la gente se le tiene que repetir tres o cuatro veces las instrucciones, pregunta lo mismo: la hora, la fecha, y se le vuelve a repetir. Llega descontrolada, no sabe las ubicaciones de los servicios, la traen de un lado a otro y cuando llega al servicio que tengo, está enojada porque la de Orientación e Informes, en lugar de decirles bien, los mal informa.*

“Pero, pues, agresiones así, a mí como asistente, no... verbales, muy pocas, físicas, ninguna; o sea, que el trato que se le da al paciente debe ser humano, ¿no?.

—¿Qué opinas de la atención que se proporciona?

—*Hay bastante carga de trabajo. Si falta una o dos de nosotras, sacamos el servicio, nos piden que les apoyemos de esa manera en todos los controles.*

“En observación o en urgencias la carga de trabajo es muy grande y los trabajadores son los mismos; o sea, que no hay menos en la mañana o más en la tarde; que menos en la noche, y la cantidad de consulta es la misma. Observación se maneja con los mismos pacientes o hasta con más en el turno nocturno, con menos cantidad de asistentes, médicos y enfermeras.

—Ustedes son intermediarias entre el paciente y el médico, ¿cómo se da esa relación?

—*La relación con los médicos, aunque depende de la asistente, es muchas veces difícil, porque tiene mucha carga de trabajo; se pone de malas, se irrita fácilmente y viene el reclamo, porque supuestamente tiene más consulta de la que debe tener. Pero no es culpa de nosotras, tenemos indicaciones de pasarles tantos pacientes, y tantos pacientes se les pasan.*

—¿Cuántos pacientes atiende un médico?

—*Pues depende. Por ejemplo, el neurólogo se supone debe ver 16 al día —aparte de sus interconsultas de urgencias— pero se le están pasando 17 pacientes. El otorrino debe ver normalmente 17 o 18 y cuando les toca quirófano ven menos supuestamente. Aparte, de interconsulta, llega a ver 6 o 7 pacientes diarios como emergencias, llegando a ser hasta 26 por los citados postoperados.*

—¿Cuál crees que es la actitud de los médicos con los que trabajas?

—*Ahora el médico se hizo muy inhumano por la carga de trabajo y porque ya se hizo muy ambicioso. Tiene su consultorio o trabaja en otro lado, vienen aquí a querer descansar, y la de las broncas es una.*

“Los médicos no le dedican el tiempo suficiente a sus pacientes; aunque hay excepciones, como el angiólogo, que ve bien a sus pacientes y eso que también tiene consulta privada.

El químico José Manuel Lira me comenta en un cubículo del laboratorio del Centro Médico Nacional Siglo XXI, mientras manipula muestras de orina y sangre, y el ruido de máquinas centrífugas nos interrumpen un tanto:

“En realidad tengo poca relación con el paciente, mi actividad es más un trabajo que no se ve, o se ve poco, pero que si repercute, porque muchos médicos se basan en los resultados del laboratorio para hacer su diagnóstico. Debería de ser mayor esa relación, lo que pasa es que a veces no hay tiempo suficiente para hacerlo.

—¿Tienes mucho trabajo, cómo es éste?

—Yo creo que una de las áreas que más trabajo tiene en el Seguro es laboratorio, otro sería enfermería, yo creo que son las áreas más estresantes.

“En dos días vemos un promedio de seiscientos o setecientos estudios entre dos personas —José Manuel trabaja sábados y domingos de seis cuarenta y cinco de la mañana a once de la noche en la llamada jornada acumulada o “jornada amontonada”, como él mismo le llama—. Los pacientes llegan constantemente, para ellos no hay día de guardia, nada más llegan y llegan.

—¿Se ha masificado la atención? ¿Qué diferencia ves de hace unos años a lo que pasa actualmente?

—Como que se ha perdido ese profesionalismo, se trabaja por trabajar. Nosotros sacamos los resultados lo mejor posible, lo más verídico, lo más profesional que se pueda; pero aún así, por la misma carga de trabajo, uno pierde la relación con el enfermo, con el médico.

—¿Eso que origina para el paciente?

—Pues a veces errores. Que retarden un poquito más una cirugía, porque a veces se pueden estar dando valores normales o bajos y no ser los adecuados que se requieran en una intervención, entonces el médico lo que hace es esperar, dejarlo en observación más tiempo. Después se toman más muestras y a lo mejor ya sale más acertado, más certero. También depende mucho de la evolución del paciente.

—¿Cuáles serían tus principales problemas en el laboratorio y cuáles soluciones propondrías?

—Básicamente dos, la cantidad de trabajo y a veces la falta de reactivos, falta de material.

“Se debería aumentar la plantilla de trabajadores, surtir los reactivos; tener alguien encargado de los equipos. Antes había gente muy preparada y estaban pendientes, ahora se descomponen y uno trata de hacer las cosas, trata de hacerlo manualmente.

“Eso nos causa más carga de trabajo. No es lo mismo que hacerlo en forma sistemática, porque en forma manual vas cometiendo tus propios errores que pueden variar de una a otra determinación.

—¿Has tenido problemas con los derechohabientes?

—Algunas veces sí, por ejemplo, estás trabajando y no quisieras que te molestaran, o que tienes un problema que resolver porque no te está funcionando tal equipo o el reactivo no te está dando lo que tú esperas, entonces te estás molestando.

“Más agrégale a esto la necesidad, como es un servicio de urgencias, de sacarlo lo más pronto posible, entonces si te estresas. Luego aúname a esto que a veces no hay reactivos, a veces los equipos no funcionan o a veces estamos sobresaturados. Hay veces que no estamos pensando: ‘Ay pobre

señora', estamos pensando en que tenemos que sacar esos resultados, o que no tienes sangre o que no tienes reactivos y que tratas de resolver el problema, esa es una de las grandes broncas". Comenta este trabajador del IMSS.

**Necesario aumentar la calidad de servicios:
Borrego**

Incrementar la eficiencia en la prestación de servicios médicos es el reto que aún persiste en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), luego de que se han superado las situaciones económicas adversas, admitió el director general de la dependencia, Genaro Borrego Estrada.

En entrevista, el funcionario dijo que el presupuesto del organismo para este año asciende a 121 mil 800 millones de pesos, cantidad suficiente para atender la demanda de los derechohabientes, continuar con la ampliación de infraestructura, sustituir equipo obsoleto y consolidar "el esfuerzo realizado en los últimos años".

Ángeles Cruz. *La Jornada*, 7 de enero de 2000,
página 47

Conversé con Jorge Díaz Auxiliar Universal de Oficinas, trabajador que ha visto transcurrir épocas buenas y malas del Instituto revisando los derechos de los usuarios del IMSS.

“Trabajar en el Seguro Social ha sido una buena experiencia porque conoces mucho a la gente en todos sus aspectos. No saben como los vas a tratar; sin embargo, siempre vienen con ciertos prejuicios de que va a ser mal.

“La gente es muy agresiva, sin que uno les dé motivos. Creen que el Instituto les facilita todo y el Seguro muchas veces no tiene ni papelería.

“El trabajo que realizo actualmente lo hago, entre paréntesis, bien. No hay material, los jefes siguen haciendo distinciones, mandan a curso a otras personas, y a uno, que de cierta manera quizás lo merezca, no lo mandan.

“En cuanto a la situación personal, no hay estímulos para el trabajador, sólo para los recomendados, ya que hice solicitudes para una categoría de confianza y aunque presenté todos los exámenes, se me negaron, no tuve ni siquiera acceso para revisar los resultados. Todo a pesar de mi preparación (es abogado), y un currículo nada despreciable.

“He tenido varios conflictos con derechohabientes de cierta categoría dentro o fuera del Instituto que exigen un servicio y que no tienen derecho, el cual se les niega”. Comenta Jorge Díaz quien dentro de seis meses se jubila, mientras se levanta hacia la ventanilla del archivo de la clínica 4 para atender a un derechohabiente que en ese momento llega.

En lo que se refiere al tercer nivel de atención se repiten las quejas por desabasto oportuno de medicamentos y de productos para el diagnóstico; lo que genera también, como en los casos anteriores, retrasos y mala atención de los pacientes. Se agrega a estas quejas, que para llegar hasta aquí, se requiere haber insistido por tanto tiempo, que muchas veces el padecimiento original se ve agravado o complicado con otros. Se requiere en la mayoría de los casos, de alguna recomendación.

Sobre los problemas de la institución, su director durante casi dos sexenios, el Lic. Genaro Borrego Estrada, ha mencionado:

"Claro que necesitamos superarnos, hay mucho que hacer, queremos es abrir la llave de la participación para que de abajo hacia arriba salgan las mejores soluciones.

"Que si hay muchas colas en la consulta externa, bueno... pues que se pongan el médico, la asistente médica, el director de la unidad en una mesa de trabajo, en un equipo de tú a tú, a decir: '¿Qué podemos hacer para mejorar el servicio, para sentirnos más gratificados con nuestro trabajo y que tenga más grado de satisfacción el usuario?'" (Programa de televisión El Ángel de la noche del 19 de junio de 1998).

En opinión del diputado Ricardo García Sáenz, existen otros aspectos:

“En su último informe de gobierno, el Presidente Zedillo reconoce con un tono triunfalista tradicional, que el problema ha sido resuelto, cuando en un anexo estadístico se puede acreditar que el número de camas, consultorios, rayos X, es el mismo ahora. Según las mismas cifras oficiales, tienen que servir a una población de dos millones más de asegurados”.
(Programa de televisión de Partidos Políticos del 20 de abril de 2000).

En nota aparecida en el diario *Novedades* el nuevo director del IMSS cometo:

**La reforma del IMSS en todos los niveles:
Mario Luis Fuentes**

La reforma del Seguro Social debe llegar a todos los niveles y espacios de la institución, no sólo en el área médica, por lo que “el reto es seguir trabajando” para extenderla en toda su concepción, afirmó su director general, Mario Luis Fuentes.

En un comunicado, el titular del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) recordó que la reforma debe ser un proceso continuo para mejorar la calidad en sus servicios, a fin de estar a la altura de las expectativas de las familias del trabajador (...)

Novedades, 8 de mayo de 2000, página A14

Falta de medicamentos

Durante mucho tiempo, la institución en boca de sus principales dirigentes habían negado el desabasto de medicamentos; el Dr. Ignacio Madrazo, entonces director del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, fue oficialmente pensionado, después de hacer pública la denuncia del retraso en la realización de cirugías por la falta de medicamentos y material quirúrgico en el hospital a su cargo.

Ante esto acudí a las oficinas de la Coordinación de Medición de la Calidad del IMSS en la calle de Tokio 92. Ahí se me permitió ver cifras oficiales donde se puede ver que la falta de medicamentos continúa siendo la principal queja (la segunda es el mal trato); sin embargo, no quisieron proporcionarme ninguna copia *“por el mal uso que podría darle”*

Ángeles Cruz, reportera de *La Jornada*, me confirma esta apreciación:

“Me ha tocado ir a Centro Médico y a otras clínicas a pararme a las farmacias solamente veinte minutos, media hora, y pude ver cómo de cada diez que entraban, siete salían sin los medicamentos que les habían recetado porque no había”.

Protestaron derechohabientes y trabajadores Mitin en pleno Centro Médico Siglo XXI por falta de fármacos

Roberto Ríos Ferrer, director regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), gritaban. "No se vale diputado, esto ya es un mitin político, no se vale este relajo ni que politicen al Instituto".

El aludido, el diputado perredista Gonzalo Rojas, encabezaba junto con el senador del PAN José Ángel Conchello y decenas de trabajadores y derechohabientes, una campaña informativa sobre los riesgos de la privatización de la seguridad social.

"Aquí está la realidad", explicó Rojas en medio de gritos, empujones, flashazos, y señalaba a las mujeres que se afanaban por hacer saber su coraje porque "anda uno como pelota en todas las clínicas buscando la medicina" (...).

Desesperado por el escándalo que se armó en la farmacia del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ríos Ferrer pidió a los trabajadores que con "honestidad institucional" dijeran la verdad (...)

Específicamente, ayer no había en esa farmacia, que a diario surte 3 mil recetas, medicamentos para tratamientos de quimioterapia, aerosol para alergias y asma, ni calcio en tabletas y calcitonina. Sobre este último, un derechohabiente señaló que hace mes y medio que el médico se lo prescribió, y "hasta ahora todavía estamos esperando" (...).

Ángeles Cruz *La Jornada*, 1º de julio de 1998, página 46

PACIENTES IMPACIENTES



El desabasto de medicinas en el IMSS fue la causa de una manifestación de iracundiños efectuada ayer en el Centro Médico Nacional. ■ Foto: José Antonio López

Rosa María Chavarría, quien cubre la fuente para el diario *El Universal*, me comenta:

—*“Yo una vez me quejé con Antonio Rosado y con Borrego Estrada (ex líder sindical y ex director general del Seguro Social, respectivamente) y me dijeron: ‘¡Si es gratis!, ¿de qué se queja?, deben entender que el servicio es muy bueno... si hay algún trabajador que es malo, pero es gratis’.*

—*¡Oiga, pero no es gratis!*

—*Bueno, pero es muy bajo el costo.*

—*Si ellos piensan eso, ¿qué crees que piensen otros empleados?*

Reconoce que la crisis financiera ha sido un obstáculo:

“Ya ni siquiera hay buen servicio en la consulta externa, la de primer nivel, la de la clínica familiar. Además no hay abasto de medicamentos, aunque el director diga lo contrario, no lo hay. No hay suficientes medicamentos, tan sólo para un simple dolor de cabeza, menos para enfermedades importantes como el SIDA, o el cáncer. No hay, está muy mal”.

Bajan subsidios a paraestatales

Durante el primer trimestre del año, las ayudas, subsidios y transferencias a organismos paraestatales registraron un descenso de hasta 93 %.

En total, los subsidios pasaron de 5 mil 726 millones de pesos en el primer trimestre de 1998 a 4 mil 340 millones de pesos en el mismo periodo de este año (...) Las transferencias al IMSS bajaron 12.7 por ciento(...).

Novedades, 17 de mayo de 1999, pág B1

Son muchos los factores que influyen para que el IMSS (y el sistema de salud en general) sea calificado como deficiente: la demanda del servicio; el poco presupuesto con poca inversión en instalaciones, equipo y personal; el centralismo de los sistemas de salud; el rezago de consultas y/o cirugías

Casi cualquier usuario recordará las dificultades que se presentan: para tramitar una incapacidad, para intentar asistir al dentista, para pedir una cita con el especialista, etcétera. A pesar de tales contratiempos el IMSS, sigue siendo la mejor opción para la gente afiliada a la institución (en su mayoría de la casi desaparecida "clase media"), puesto que los más pobres acuden a instalaciones de la Secretaría de Salubridad (o de plano no tienen atención médica), y los más ricos se pueden atender por su cuenta y riesgo.

Tercera parte Nuevos derroteros



“La reforma del sistema de salud en México es parte de una serie de reformas al sector público, a la vez que promueve medidas para mejorar la calidad de los servicios públicos. Lo más importante, el Gobierno, con el soporte del Banco Mundial, ha implementado una reforma mayor en el sistema de pensiones cubriendo a los trabajadores en el sector privado” (..)

Proyecto de Ley del Ejecutivo enviado a la Cámara de Diputados de la LVII Legislatura, página 2

Seguridad incierta

“La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así

como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. La misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es el hacer cumplir el objetivo de la seguridad social” (Artículo 2º de la Ley del IMSS).

Es indudable que el bienestar de muchos mexicanos ha mejorado considerablemente. Según datos de la Presidencia de la República, la expectativa de vida al momento de nacer se ha incrementado 30 años entre 1940 y 1990, y en 1994 ha alcanzado los 75 años para mujeres y 69 para hombres; la mortalidad para niños menores de 5 años cayó más del 37%. La fertilidad promedio fue de 4.1 hijos por mujer entre los 15 y los 44 años de edad en 1984, a sólo 2.9 en 1994. La tasa de crecimiento de la población creció alcanzando el 3.2% en la década de 1970, cayendo al 2.1% en 1990, y se espera alcanzar el 1.7% en el año 2000.

La población mexicana también está envejeciendo rápidamente. En 1970, 47% de los mexicanos eran menores de 15 años; en 1990, eran el 39 y, en el año 2000, se espera que sean el 35%. En el mismo período, la proporción de mexicanos mayores de 60 años se prevee del 5 al 7% y, para el año 2020, alcanzar el 12%. Oficialmente, este comportamiento ha propiciado una nueva política nacional en los servicios de salud, puesto que para el gobierno actual estos nuevos gastos requerirán de un financiamiento que el país no puede solventar.

“Contribuir de manera más efectiva al desarrollo nacional, a la generación del ahorro interno y al crecimiento de empleo, coincide con la necesidad de enfrentar las complejas circunstancias y de resolver

urgentemente la crítica situación financiera por la que atraviesa el instituto; de adecuarse al cambio demográfico, de responder a las crecientes demandas de mayor eficiencia en el uso de los cuantiosos recursos que se le confían para convertirlos en servicios y prestaciones, y de superar ineficiencias con la firme voluntad de dar plena vigencia a sus principios y filosofía originales de seguridad social” (Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León. Iniciativa de la Nueva Ley del Seguro Social, 9 de noviembre de 1995).

Recursos legales

Para garantizar la participación de los aportadores (en particular de patrones y trabajadores), el gobierno obliga, mediante el fisco, a una contribución económica. La ley en su artículo 6º, dice que para garantizar el objetivo de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social, trabaja a través de dos regímenes: uno obligatorio y otro voluntario.

El primero obliga a todos los patrones a registrarse ante el Instituto y registrar sus trabajadores (salvo aquellos que tengan otro sistema de seguridad social, como pueden ser Petróleos Mexicanos, el ISSSTE, los servicios médicos de las Fuerzas Armadas y algunos otros convenios que hay con el IMSS) A cambio, se proporcionan servicios médicos, mediante seguros establecidos en el artículo 11, veámoslos brevemente:

Riesgos de trabajo.- Como consecuencia del riesgo en el trabajo, se puede presentar invalidez parcial, invalidez permanente parcial, una incapacidad permanente, o incluso la muerte. Si el trabajador únicamente amerita una incapacidad parcial para el trabajo, tiene derecho a un pago por subsidios del 100% del salario diario registrado, a partir del primer día y hasta por 52 semanas.

Anteriormente, en caso de accidentes o enfermedades profesionales que ocasionaran una invalidez total, se daría el 60% del salario al trabajador. La ley de 1973, manejaba ese subsidio inicial y total, hasta haber logrado la total recuperación del derechohabiente.

“Eso se podía prestar para que por algún contubernio entre médico y paciente, llevaran un riesgo de trabajo durante dos o tres años, por una luxación de rodilla, por ejemplo, sin tener que esperar las 52 semanas para determinar el grado de daño”. —Luis Murillo, funcionario de control de prestaciones.

Al respecto el artículo 121 de la nueva Ley, de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, nos dice que existe invalidez:

“Cuando el asegurado se haya imposibilitado para procurarse mediante trabajo de acuerdo a su incapacidad, profesión u oficio anterior un 50% a su recuperación habitual en el lugar en que el trabajador sano de semejante capacidad, categoría y formación profesional perciba, y

“Que sea resultado de enfermedad o accidente no profesional, ya sea por defecto, agotamiento físico o material o padezca una afección que dada su naturaleza permanente le impida trabajar”.

Si un asegurado, por ejemplo, se presenta en un hospital de traumatología del IMSS porque estaba en una troqueladora y perdió un dedo, lo primero que pasa es que le dan una incapacidad temporal para el trabajo, ya que necesita algunos cuidados para recuperarse. Se le va a tramitar de inmediato una incapacidad parcial permanente, no es necesario esperar las 52 semanas para saber si se cura o no, porque el dedo no le va a retoñar jamás.

Esa incapacidad permanente parcial está valorada conforme a la Ley Federal del Trabajo, que establece que cada uno de los miembros del cuerpo tiene un porcentaje de evaluación. No es lo mismo que un trabajador administrativo sentado ante una computadora perdiera una pierna, a que le pasara a un cartero. Tampoco es lo mismo que una persona diestra pierda la mano izquierda, que a una persona zurda le pase, su valoración va a ser más alta. Tampoco es lo mismo que un trabajador sufra un riesgo de trabajo y pierda algún miembro de su organismo teniendo 20 años de edad, que si se tratara de otra persona de más de 50 años, con más dificultad para readaptarse y encontrar acomodo en otro lugar.

La ley dice que si derivado de ese riesgo de trabajo la incapacidad permanente parcial es menor al 15%, el Instituto se obliga a finiquitar, en un total de cinco anualidades, lo que le hubiera correspondido por la pensión al final de su vida laboral. Eso quiere decir que al inicio se le pagará el cien por ciento (hasta las 52 semanas, suponiendo que llegara al término de ley); después se le va a pagar el 60% del salario promedio durante las últimas 52 semanas cotizadas, que ya de ninguna manera va a ser ese 100%. Si a ese 60% le quitamos el 15%, le va a quedar una muy pequeña cantidad diaria.

Vamos a suponer que el promedio es de cien pesos, el 60% serían 60 pesos; el 15%, nueve pesos, es lo que le correspondería en este supuesto, de cuota

diaria. Entonces, ese resultado por 365, por cinco, es el finiquito que establece la ley (3 mil 285 pesos). Para determinar el monto de la compensación por efecto de una incapacidad parcial permanente, siempre se tomará el 60% de las semanas cotizadas (salario registrado), aún si se tratara del primer día de trabajo, el obrero accidentado recibiría el porcentaje correspondiente.

Es por estas razones, que siempre el médico intentará dictaminar la magnitud del accidente antes de que se cumpla el máximo de 52 semanas, debido a que trata de proteger los intereses de él y del Seguro Social (su principal empleador) y no otorgar el 100% del salario diario.

Una pensión le convendrá al Instituto, porque además ésta se puede revisar a los dos años para determinar si continúa la invalidez, o ya no existe tal incapacidad. La incapacidad total es el equivalente al 60%.

Los hijos recibirán una pensión y atención médica hasta los 16 años, o hasta los 25, siempre que estén estudiando en planteles oficiales, y por todo el tiempo que vivan, si es que tienen problemas físicos o psiquiátricos que les impida valerse con su propio trabajo.

¿Qué prestaciones en especie otorga el seguro de riesgos de trabajo? Aparatos de ortopedia y prótesis; rehabilitación; atención médica, quirúrgica, farmacéutica y atención hospitalaria.

Enfermedad y maternidad.- En el seguro de maternidad, ¿quiénes son los beneficiarios legales del seguro de enfermedad y maternidad? El asegurado, la esposa o esposo, los hijos, los padres, la concubina o el concubinario y el pensionado. En el seguro de enfermedad el concubinario o concubino no tiene derecho a una pensión por viudez, excepto si está inválido (Art. 84); para las viudas no hay restricciones.

El seguro de maternidad proporciona prestaciones en especie, de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalización. Ni rehabilitación, prótesis o aparatos de ortopedia. Las prestaciones económicas proporcionan subsidios del 60% del salario diario registrado, a partir del cuarto día y hasta por 52 semanas.

Si el criterio médico indica un tiempo más de incapacidad para que la asegurada recupere la salud, tiene derecho a una prórroga de 26 semanas más. ¿Qué debió hacer para tener derecho al cobro de esta prestación? Haber cotizado cuatro semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad. En el caso de ser una trabajadora eventual, serán seis semanas en los últimos cuatro meses anteriores al inicio de la incapacidad. El tiempo de espera es exactamente igual a lo que marcaba el artículo 105 de la ley anterior (ahora artículo 96).

En la ley de 1973 estaba considerado que si una asegurada estaba embarazada y causaba baja, podría contratar la continuación voluntaria, en el seguro de enfermedades y maternidad y tener el cobro de subsidios. En 1989 hubo una serie de modificaciones, pues a muchas señoras embarazadas su patrón las daba de baja, y luego les contrataba la continuación voluntaria.

Entonces, le regresaban su dinero al patrón, y la señora cobraba una cantidad antes, durante y después del embarazo. Además mantenía el derecho a la lactancia, a la canastilla y demás. Con las modificaciones del 89, aunque compraran la continuación voluntaria en el seguro de enfermedades y maternidad, ya no se dará el pago de subsidios en ninguna de sus coberturas, el patrón se hace cargo de pagarle a la trabajadora.

¿Qué otro requisito tuvo que haber cubierto la señora para tener derecho al pago de subsidios? Aparte de haber cotizado durante 30 semanas en los últimos 12 meses, no realizar ninguna actividad remunerada en los 42 días

antes del parto (si siguiera trabajando no se le pagaría) y estado bajo control prenatal.

Invalidez y vida.- En el seguro de invalidez y vida se dieron algunas modificaciones con respecto a la ley del 73, se incrementaron el número de cotizaciones. Para este tipo de seguro, con la ley anterior se establecía un mínimo de 150 cotizaciones semanales.

Para hacer el cálculo de la cuantía básica de la pensión, se requería el promedio de las últimas 500 semanas cotizadas, o el tiempo cotizado que tuviera ese asegurado, después de las 150. Si sólo tenía esas 150 semanas, con base al promedio de estas cotizaciones, se establecía la cuantía básica de la pensión; incluso aunque se hubieran cotizado más.

“También se podía prestar para hacer trampa, si el trabajador tenía nada más 72 semanas cotizadas, y la ley establecía que se le podía dar incapacidad por 52 semanas, entonces no hacía falta llegar con incapacidades al término de la ley para alcanzar las 150 semanas.

“Había gente muy hábil que empezaba a cotizar con un salario mínimo durante 8 semanas, por lo que tenía derecho al cobro de subsidios por enfermedad general. Después algún médico, daba una incapacidad, digamos por 30 semanas, y luego la daban de alta, para después quizás, salir embarazada.

“Aunque al inicio la paciente había sido registrada con el salario mínimo, después de 30 semanas, la registraba con 250 pesos diarios. Entonces llegaba a la etapa prenatal, le daban 84 días de incapacidad, aunque ya ganando 250 pesos (una parte para el médico, otra para el patrón y otra para la paciente), además contando con las prestaciones médicas y

daba a luz. Luego cotizaba otras semanas, y si otra vez se le incapacitaba, podía llegar hasta las 150. Entonces, la llevamos al Hospital de Ortopedia con otro doctor de confianza que le daba un pase para Salud en el Trabajo para lograr una pensión final por invalidez” —señor Luis Murillo.

Se modifica la ley y en lugar de 150 semanas, se pide 250. Aparte, el médico familiar y el de Salud en el Trabajo van a tener que firmar y poner su huella digital: el director de la unidad médica que le corresponda; el Coordinador Zonal de Salud en el Trabajo; y el Comité Delegacional.

Además, ahora se valoran las pensiones en porcentajes como se hace con las de riesgo en el trabajo; entonces, solamente que la invalidez sea grave, mayor al 60%, se aceptan 150 semanas cotizadas. Esta es la modificación que se hizo al seguro de invalidez.

El seguro de vida quedó igual, con sus 150 semanas cotizadas; no hubo modificación tampoco en los porcentajes: a la esposa le corresponde el 60% de lo que le hubiera correspondido al asegurado por una invalidez del 100%. A los hijos les corresponde el 20% de ese 100%. Cada uno de los padres, si no existe viuda o hijos, les corresponderá un 20%; pero si los hay, sólo recibirán atención médica.

El artículo 2° de la Ley del 73, no manejaba el aspecto de las pensiones, con la nueva ley, los trabajadores que ingresen al Seguro Social después del 21 de diciembre de 1995 sólo tendrán derecho a la suma que hayan reunido en el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), ya no a pensiones vitalicias por parte de la institución.

Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.- Con el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez hubo modificaciones. Para el seguro de retiro no hay edad límite, el único requisito que establece la ley es que el asegurado tenga en su cuenta individual una cantidad que sea mayor al 50% de lo que necesitaría para tener una pensión por cesantía o vejez y mantener el estatus de vida como lo tenía hasta el momento.

La única manera que tenemos para poder llegar a eso, es que el trabajador gane muy buen dinero, su patrón aporte el seguro de retiro, y aparte esté ahorrando en su fondo de retiro. De tal manera que aparte del tiempo trabajado, tenga la cantidad suficiente. La ley del 73 mencionaba que se necesitaba 60 años de edad, estar privado de trabajo y 500 semanas cotizadas, para tener derecho al seguro de cesantía.

“La verdad es que muchas personas que tenían un buen poder económico, nunca estaban registrados en el Seguro Social. Estamos hablando de, a lo mejor, pequeños o medianos empresarios y que a la mera hora, cuando tenían 50 años se registraban, se daban de alta con un salario de 25 veces el mínimo, pagando con la mano en la cintura las cuotas obrero-patronales.

“Llegaba a los 60 años, juntaba 500 semanas y entonces se daba de baja, pidiendo su pensión por cesantía. Después le cobraba al Instituto otros 15 o 20 años de una pensión muy buena, recuperaba su inversión y un poco más”
—señor Luis Murillo.

La ley del 97 tiene el mismo requisito de edad, el mismo requisito de trabajo, pero 1250 semanas cotizadas (25 años). Va a tener derecho a que se le calcule su pensión teniendo como base lo que tiene en su cuenta individual.

En este momento los trabajadores tienen opción de pensionarse con la ley del 73 o la del 97. Si se jubila con la segunda, se va a hacer un cálculo con las cotizaciones que se tengan en la cuenta individual para recibir por lo menos un salario mínimo, revisable cada mes de febrero tomando como base el índice nacional de precios al consumidor. Para que se alcancen los niveles que teníamos en el 73, va a pasar mucho tiempo.

Guarderías y Prestaciones Sociales.- Por lo que respecta al seguro de guarderías, los beneficiarios son los padres o madres que cuenten con sus derechos vigentes y con la patria potestad del hijo. Los niños que pueden ser atendidos están entre los 43 días de nacidos y los cuatro años de edad.

En el seguro de prestaciones sociales están incluidos los Centros de Seguridad Social, Centros Vacacionales (Oaxtepec, La Malinche, Metepec), Centros Culturales (teatros como el Hidalgo o Tepeyac), almacenes, velatorios, Programas de Atención y Planificación Familiar a población abierta, Programas de Salud Comunitaria o Medicina Preventiva, el Programa IMSS-Solidaridad (antes IMSS-Coplamar), Programa Niños en Solidaridad. Para tener acceso a estos servicios no se requiere de ninguna condición, se trata de prestaciones para público en general.

Continuación voluntaria- Para tener acceso a este servicio se requiere haber estado asegurado en el régimen obligatorio, cotizado 52 semanas y que a la fecha de la solicitud no hayan pasado otras 52 semanas de haber sido dado de baja.

Los ramos de aseguramiento que se pueden contratar, son los de enfermedad, maternidad (seguro de salud para la familia) y retiro cesantía y vejez. Los tres tipos de seguros se pueden contratar juntos o independientemente; o bien, hacer la combinación que se desee, según el interés y el costo.

La continuación voluntaria en enfermedades y maternidad o seguro de salud para la familia tiene un costo fijo del 22.1% de un salario mínimo actualizado. El pago de las cuotas obrero patronales de cada uno de los seguros depende del salario en que se estaba cotizando (en el caso de retiro, cesantía y vejez, cuota y cobertura puede ser mayor o menor).

Si nunca se estuvo sujeto al régimen obligatorio, se puede contratar el seguro de salud en la familia, pero se aplican restricciones. Si se fue sujeto del seguro de salud para la familia, pero de la fecha de la baja a la del contrato ya pasaron más de 52 semanas, ya no se puede contratar la continuación en invalidez y vida, ni el de retiro cesantía y vejez.

El seguro de salud de la familia, tiene restricciones. Cualquier persona que quiera contratarlo, se tiene que esperar por lo menos ocho meses para tener derecho a la pensión obstétrica. Si la beneficiaria madre se rompió la cadera y necesita una operación ortopédica, se tiene que esperar dos años; se trata de un seguro preventivo de gastos médicos, y tiene una cobertura por un año.

Seguridad privada

En las difíciles condiciones económicas, políticas y sociales que hemos vivido desde hace mucho tiempo, participan elementos internos y externos (como los financiamientos concedidos por sociedades bancarias transnacionales) que condicionan o delimitan las acciones de nuestros gobiernos.

Como un ejemplo de lo anterior, los servicios de salud marcan a la sociedad y propician que nuestra población sea dividida en cuatro segmentos: los dos más grandes lo conforman quienes tienen acceso a hospitales que dependen de la Secretaría de Salud, el IMSS o el ISSSTE. Los otros dos grupos de menor tamaño, acuden a servicios privados, o de plano no tienen acceso regular a ninguna atención médica.

En 1995 las políticas económicas justificadas públicamente por el aumento de la población jubilada, originan que el presidente Ernesto Zedillo Ponce de León realice el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (del cual se derivó el Dictamen sobre el IMSS de marzo de ese año mencionado en páginas anteriores), y lo convierta en instrumento oficial para alcanzar los principales objetivos definidos en su Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000:

“Ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia del cuidado a la población abierta mediante la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de

salud a la población actualmente no cubierta” (Citado en Siglo XXI del 7 de marzo de 2000, página 4).

El Programa está dividido en cuatro secciones: La primera, describe la evolución que ha tenido el sistema de salud en México y un diagnóstico general de la situación que se presentaba; la segunda, plantea los asuntos fundamentales de la reforma, en lo estructural y en lo funcional; la tercera parte trata de los principales programas específicos que dan contenido al Programa Sectorial y; en la última, se describe el avance de la reforma y de la reorganización del sector. Aunque la salud es un derecho, algo prioritario para cualquier gobierno, el planteamiento que está establecido da más importancia al aspecto de utilidades dentro de un sistema mundial globalizado, con la ganancia económica como prioridad.

“No obstante ese diagnóstico tan claro, el convocar a una reforma sobre la Ley del Seguro Social, determina que no haya incremento de cuotas, a pesar de reconocer el insuficiente financiamiento, y debido a ello, no ha habido inversión de cuotas. El Presidente, en su último informe, reconoce con un tono triunfalista tradicional, que el problema ha sido resuelto, cuando en su anexo estadístico se puede acreditar que el número de camas, consultorios, rayos X, es el mismo ahora y tienen que servir a una población de dos millones más de asegurados” (Diputado Ricardo García Sáenz ex director de la institución).

Otro grave problema en el país se genera por el centralismo con que ha venido operando el sistema de salud. Ni la realidad epidemiológica ni los profundos cambios políticos en el país, permiten una estructura centralista tan grande. Debido a la demanda, aunque oficialmente se ha descentralizado la atención médica, la forma en que funcionan las diversas instituciones que proporcionan servicios de salud, no satisfacen plenamente las expectativas de los usuarios.

“La descentralización empieza a partir de 1997, pero lo único que se hace es pasarle recursos a los Estados para todos los servicios de salud que ya tenían, con todos los rezagos históricos que ya traían. No hay ninguna estrategia que obedezca a compensar esos rezagos. Los recursos se transmiten con criterios históricos, con la tendencia de mantener la misma estructura, pero no para resolver dichos rezagos.

“No hay criterios tampoco para evaluar la eficiencia, lo hacen mediante indicadores de desempeño y así saber si un Estado es más eficiente en enfrentar alguna enfermedad o para gastar de manera más adecuada. Simplemente al tiradero de muchos años se le da dinero para que lo mantengan, pero no hay ninguna capacidad de inversión, ahorita ya están atados con los pocos recursos que están recibiendo” (Vicente Díaz López, Consejo General de Salud por el Partido Auténtico de la Revolución Mexicana).

¿Privatización o privación?

Desde sus inicios el proyecto de ley del Seguro Social en México, estableció una aportación tripartita de gobierno, trabajadores y patrones. En ese entonces, los dos primeros aportaban un 12%, y el patrón un 6% sobre el salario diario del trabajador.

Del aporte del patrón, 3% sería para la atención de enfermedades y maternidad y otro 3% para atender el seguro de invalidez, vejez y muerte. De la aportación de los obreros, el 1.5% era para la atención de enfermedades y maternidad; otro 1.5, para la atención del seguro de invalidez, vejez y muerte.

No obstante lo difícil de la situación, el artículo 25 de la nueva ley, establece menores aportaciones, cuyas intenciones por parte del gobierno no resultan muy claras, ya que:

“(...) Para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones, los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de 1.5% sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el 1.5%, a los trabajadores el 0,375% y al Estado el 0.075%” (Artículo 25 de la Nueva Ley del Seguro Social).

Por otro lado, en 1992 aparece una nueva figura para todos, las pensiones de los trabajadores ahora serán manejadas a través de las Administradoras de Fondos de Retiro (Afores).

Oficialmente se dice que el Instituto se fortaleció porque ya no tiene que pagar pensiones, y aunque sigue apareciendo en los recibos su nombre, el dinero ya no lo maneja el IMSS; así puede decir que actualmente se quita la carga de pagar "X" número de millones de pesos mensuales. Nada más en ese sentido es el ahorro y el beneficio, puesto que tampoco ingresan esas cuotas para apuntalarlo.

Algunas voces dentro del periodismo como la revista *Proceso*, grupos dentro del ambiente medio médico-asistencial y representantes populares no oficiales, han dado la voz de alerta sobre el riesgo de que se avecina la privatización del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La salud, en proceso de ser *mercancía*

Debido a las medidas de carácter neoliberal que el gobierno mexicano adoptó bajo la supervisión del Fondo Monetario Internacional (FMI), la seguridad social se encuentra en grave riesgo y la salud está en proceso de convertirse en una "mercancía" que sólo podrán adquirir las personas con elevados recursos económicos, denunció el diputado perredista Gonzalo Rojas Arreola.

El presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados dijo que existen pruebas sobre el inicio de la privatización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, de no poner un freno legal a esa acción, en los próximos años los servicios de esta institución quedarán en manos de la iniciativa privada (...)

Indicó que actualmente algunos servicios de laboratorio y atención externa han sido subrogados a empresas particulares a pesar de que el IMSS tiene la capacidad para otorgarlos, pero el interés principal es deteriorar la calidad de atención a grados lamentables para justificar el ingreso de capital privado (...).

Andrés T. Morales. *La Jornada*, 15 de abril de 2000, página 9.

“Viene algo muy fuerte porque el director del IMSS pidió tramitar ante la Secretaría de Hacienda un crédito por 700 millones de dólares al Banco Mundial.

“Genaro Borrego ya en sus últimas giras de trabajo por el interior de la República, ha anunciado cambios importantes para mejorar la atención. El mismo director reconoce que tiene el Seguro un rezago de veinte años en la calidad de servicios al derechohabiente; que el propio director lo reconozca, ya es algo grave”. (Me comenta Marisela Ramírez, reportera del diario Novedades).

Acudí a la oficina del diputado Gonzalo Rojas Arreola, presidente de la Comisión de Seguridad de la Cámara de Diputados, donde se me proporcionó documentos que hablan sobre las condiciones del préstamo concedido al IMSS, a través del Banco Nacional de Obras (BANOBRAS):

“La reforma de la seguridad social fue debatida durante 1995 y una Nueva Ley del Seguro Social (LSS) fue aprobada en diciembre de ese año. La nueva ley estaba planeada para entrar en vigor en enero de 1997, pero fue pospuesta después para julio de ese año. Como la mayor organización de seguridad social, el IMSS fue elegido para encabezar la reforma (Una reforma del ISSSTE y otras instituciones de seguridad social ha sido discutida, pero será únicamente siguiendo la evaluación de la reforma al IMSS) La LSS establece el marco de trabajo para la reforma al IMSS, que se basa en tres modificaciones básicas: a) la introducción de mecanismos de mercado para estimular la calidad y la eficiencia; b) cambios en los esquemas de aseguramiento; reformas en las opciones del asegurado y; c)

cambio del financiamiento a través de la modificación en la estructura de las contribuciones.

“Introducción de mecanismos de mercado Esta reforma ya ha sido probada en un programa piloto, dejando que pacientes del IMSS escojan a su médico general. La meta es separar totalmente el financiamiento y la provisión de servicios en el IMSS, incrementando así los incentivos a la calidad y la eficiencia en la provisión de los servicios. Se espera que estos mecanismos de mercado permitirán que el paciente asegure los beneficios de la competitividad en el IMSS. Establecer la competencia interna, en términos generales, requiere desarrollar una estructura que permita cierto grado de libertad en los movimientos de los pacientes, pagos de capacitación y la habilitación en parte de las Zonas Médicas y otras instituciones para controlar costos, tomando un papel activo en la contratación de profesionales de la salud. Comenzando en enero de 1998, las Zonas Médicas recibirán presupuesto basado en cierta fórmula de capitalización, ajustada por edad y género. Esto constituye un primer paso importante en la promoción de la competitividad y libre elección en el IMSS.

“Las acciones para promover la calidad y la eficiencia incluyen: a) introducción de mayor grado de elección de proveedores de salud y de opciones externas de las Zonas Médicas; b) asignación de metas claras, manejo de responsabilidades e instrumentos para los proveedores de salud pública; c) establecimientos de acreditaciones mínimas para los proveedores de salud y criterios de elegibilidad y; d) establecer un transparente sistema de gastos (...)

“(...) Otro aspecto clave en las reformas al IMSS incluyen la extensión de la cobertura bajo un esquema de aseguramiento subsidiado públicamente y la introducción de la competencia a través de un esquema de opción al

exterior en el que los asegurados del IMSS tienen opción de retirar una parte de sus contribuciones para pagar atención médica privada.

“La reforma opt-out (reversión de cuotas), representa un cambio estructural de magnitud mayor para el sistema de seguridad social, introduciendo la opción de seguros de salud para asegurados y abre la puerta para una mayor expansión de los seguros y atención privados. El elemento central de la reforma opt-out es la introducción de un derecho para los asegurados del IMSS de optar por la cobertura de la institución o una institución alternativa privada. El aseguramiento privado garantizará la provisión de servicios de salud en lugar del IMSS (...)” (Proyecto de la Presidencia de la República para la obtención del préstamo al IMSS del Banco Mundial, marzo de 1998, páginas 12 y 13).

Durante el primero y segundo Encuentro Nacional de Trabajadores de Salud realizado del 28 al 30 de noviembre de 1997 y el 6 de diciembre de 1999, en la Ciudad de México, médicos, enfermeras y personal del sector, al analizar este documento, concluyeron:

“Con la Reforma a la Ley del Seguro Social, vigente a partir del primero de julio de 1997, se prepara un Paquete Básico de Servicios de Salud para la Familia y la Privatización de las Pensiones y Jubilaciones para llevar a cabo de manera gradual la Subrogación de Servicios integral y generalizada.

“Con la Reversión de Cuotas (devolución de las cuotas del Seguro de Enfermedad General y de Maternidad a empresas privadas), la atención será para los asegurados que ganen de CUATRO SALARIOS MÍNIMOS EN ADELANTE, que son una minoría (el 25%), el resto, los asegurados que

ganen menos de tres salarios mínimos (30 millones de personas pobres), el IMSS las atenderá con la mitad del presupuesto mediante un miserable Paquete de Servicios de Salud, de mala calidad, restringido a tratamientos baratos, ambulatorios y no de enfermedades crónicas o que requieran terapia de alto costo, caras o prolongadas”.

Los trabajadores del Seguro Social también han percibido señales sobre la privatización:

La IP busca la subrogación de servicios médicos del IMSS

Prominentes hombres de negocios del país, entre ellos Carlos Slim Helú, Alfonso Romo y la familia Hank Rhon, han manifestado interés en obtener subrogación de los servicios médicos que actualmente presta el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y que representan ganancias por más de 320 mil millones de pesos anuales, reveló ayer el secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), Antonio Rosado.

En la lista de potenciales concesionarios del servicio de seguridad social se encuentran también inversionistas de esta ciudad y de los estados de Jalisco y Nuevo León, así como dos corporaciones de seguros médicos de Estados Unidos —una de ellas, la Medicare, que atiende a personas de bajos recursos— interesadas en coptar a los trabajadores que cotizan más de seis salarios mínimos al IMSS,

En esta situación se encuentra casi 20 por ciento de todos los trabajadores registrados y cuyas cuotas tienen un peso significativo para la subsistencia de esa institución, ya que en caso de aprobarse la reversión de éstas, el IMSS se descapitalizaría (...).

Elizabeth Velasco C.. *La Jornada*, 24 de junio de 1998, página 47.

La revista *Proceso* lo interpreta así:

Negocia el gobierno a espaldas del Congreso, un crédito por 700 millones de dólares para financiar la 'reforma' de la seguridad social

“El proyecto de reforma –que incluye la remoción de la burocracia innecesaria-formaliza las Organizaciones de Administradoras de los Servicios de Atención a la Salud –equivalente a las Afores en el caso de las pensiones y lo que se llama Proveedores de Servicios de Salud, que podrán ser médicos en lo individual o empresas dedicadas a la medicina, de dentro o fuera del país-, como ejes del nuevo modelo.

En la misma lógica del mercado, cada una de las 139 zonas médicas existentes (son un conjunto de uno a tres hospitales, con sus clínicas respectivas en una zona geográfica determinada) contarán con presupuesto autónomo y competirán entre sí por la adscripción de derechohabientes.

En consecuencia, patrones y trabajadores podrán acceder a niveles diferenciados de calidad en la atención de su salud, de acuerdo con su capacidad económica (...).”

Carlos Acosta Córdova y Guillermo Correa. *Proceso* No. 1117, marzo de 1998, páginas 6-10.

Muchas de las directrices que sigue el país, están basadas en instrucciones provenientes del extranjero. El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo dictan la política de abandonar el llamado “paternalismo” del Estado Benefactor (aunque en el discurso de las campañas políticas aún se siga escuchando que el gobierno está preocupado por el futuro de la salud y la atención médica); esto, encaminado a proteger sus intereses económicos, lo que influye de manera definitiva, en la vida de sus habitantes.

“México tiene sólo 25% de democracia”

Preocupan al BID signos de ingobernabilidad en AL

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) está preocupado por la multiplicación de señales de ingobernabilidad en países de América Latina, admitió el presidente del instituto, Enrique Iglesias, al presentar su informe anual sobre Proceso Económico y Social de la región. (...) Recordó, al efecto, que el BID es parte del sistema interamericano y no puede ignorar las decisiones de la Organización de Estados Americanos (OEA) en materia de defensa de la democracia del hemisferio (...) Evitó, sin embargo, emitir juicios sobre las insurrecciones indígenas en México y Ecuador o las protestas y marchas ocurridas las últimas semanas en países como Brasil, Bolivia, Costa Rica, El Salvador o Venezuela, para presionar cambios en políticas gubernamentales.

Iglesias indicó que “la situación social (...) está detrás de buena parte de esos movimientos”, pero reconoció que “hay otros temas”, por lo cual no se puede atribuir su origen a “temas exclusivamente sociales”.

De acuerdo con el informe del BID, América Latina se puso a la cabeza del mundo al hacer de la democracia la forma universal de Gobierno durante los 80, pero mientras más del 60% de sus habitantes apoyan dicho sistema, apenas un 35% está satisfecho con sus resultados.

El porcentaje de satisfacción más alto con la democracia es Uruguay y Costa Rica, con más del 60%, mientras en Paraguay no llega al 20% y en Perú, Brasil, México y Colombia es de alrededor del 25%.

Con pocas excepciones, el panorama de América Latina se caracteriza por partidos políticos débiles, apatía respecto de la democracia, un sistema jurídico débil, bajos niveles de interés político y bloqueo político (sic) entre los poderes Legislativo y Ejecutivo, según el informe.

“En términos del imperio de la ley y el control de la corrupción, América Latina se sitúa en un nivel inferior a cualquier otro grupo de países, con excepción de África”, dice el documento (...).

Novedades, 8 de mayo de 2000, pág. B5.

La privatización de las pensiones, aunque las declaraciones oficiales sean en contra, mediante las Afores, descapitaliza a la institución. Antes de su implantación, las aportaciones de los trabajadores financiaban directamente al Seguro Social, ahora pasan a manos de instituciones bancarias supuestamente especializadas en este tipo de manejo de dinero.

Habrá que esperar para ver si el programa llega a beneficiar a trabajadores que inician sus labores a partir de 1997, ya que para aquellos con diez, quince o veinte años de trabajo, lo que se logre acumular es casi ridículo puesto que por ley no existe una obligación de establecer alguna cantidad fija de intereses sobre el capital acumulado, sino que está sujeto a la inflación y a los manejos de inversión que realicen las compañías administradoras de las Afores. Un trabajador con sueldo mínimo (si es que no guarda una cantidad por cuenta propia en su cuenta individual), al cabo de 30 años ahorrará un poco más de 14 mil pesos más intereses.

“Dos años y medio después de haber entrado en vigor el esquema privado de pensiones en México, los beneficios que recibirán los trabajadores en el futuro son inciertos todavía, mientras que para algunos grupos financieros, el negocio no les ha sido tan redituable como esperaban.

“Las expectativas de las instituciones financieras al crear una Administradora de Fondos de Retiro (Afore) a través de sus bancos, era generar tal cantidad de recursos con el cobro de comisiones (1.7 %, en promedio, sobre el saldo de las cuentas individuales de los trabajadores), que les permitiera capitalizarse (...)

“Además, quienes tienen que soportar toda la carga fiscal de ese sistema son injustamente los trabajadores que cotizaban en el Seguro Social hasta antes del primero de julio de 1997, pues los beneficios del nuevo

sistema no se verán antes del año 2040, si es que aún están con vida y si tienen la capacidad económica para hacer aportaciones voluntarias en cuentas individuales” (Revista Proceso. 30 de enero del 2000, página 22).

El licenciado José Ángel Conchello, autor de varios libros de economía política y senador, mencionó en una columna, a la que tituló “¡Afores... otra mentira!” (*El Financiero* del 9 de abril de 1997, página 48):

“Ese gran atraco de las Administradoras de Fondos de Retiro, están llenas de mentiras que uno no puede creer que el gobierno las haya perpetrado por ignorancia, sino por maldad.

“Cuando el presidente patrio dijo que los obreros podrían saber cuánto tienen ahorrado, pidiendo sus cuentas cuantas veces quisieran, se le olvidó decirles que la cuenta se la darían gratis una vez al año y que si quieren saberlo otra vez, tienen que pagar un salario mínimo, es decir, el equivalente a 20 cotizaciones. Si fuera un banco diríamos que es un blindaje, pero como es una afore decimos que es una modernidad.

“Cuando dijo que las Afores garantizaban un buen rendimiento, se le pasó decir que la primera cláusula de los contratos exige al obrero aceptar que no hay rendimientos seguros y que sus ahorros se pueden perder ‘por fluctuaciones de mercado’, ¿se imagina la incertidumbre durante 25 años de tropiezos económicos?

“Cuando dijo que las Afores garantizaban una pensión vitalicia más segura, se faltó a la verdad pues las Afores lo que hacen es devolverle su dinero, cautivo durante 25 años, para que se vaya con sus centavitos a ver cuánto le dan en alguna compañía de seguros. Ellos sólo manejan sus

centavos cobrándole la cuarta parte de lo que ahorre ¡pero sin garantizar nada!

“Pero de todas las mentiras, la más cruel, la más despiadada, es aquella que nos dice que los trabajadores que actualmente están en el Seguro Social, pueden optar por el sistema actual y no por el nuevo.

“En efecto, el artículo 11 transitorio de la Ley del Seguro Social dice a la letra: ‘Los asegurados inscritos con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta ley (es decir, el primero de julio de ese año) al momento de cumplirse los supuestos legales o el siniestro respectivo que, para el disfrute de las pensiones de vejez, cesantía en edad avanzada o riesgos de trabajo, se encontraban previstos por la Ley del Seguro Social que se deroga, podrán optar por acogerse a los beneficios en ella contemplados o a los establecidos en la presente Ley (...)’

“El texto parece claro, pero es tan general que es una mentira despiadada del presidente patrio (...) Además, los supuestos para la pensión son dos: el tener 65 años de edad y un mínimo de 500 cotizaciones. En el momento en que ambas circunstancias se junten, el trabajador tiene derecho a la pensión vitalicia, no a que le hagan una cotización, no a que lo manden a una compañía de seguros, tiene derecho, y así se dice en la ley y en el contrato, a su pensión vitalicia... ¡y punto!

“Negarle esa pensión es negarle un derecho al que se obligó el Seguro y se obligó el Estado mexicano, cuando no había claudicado. Hoy con esa redacción tortuosa, pérfida, ¡el Estado mexicano está faltando a su palabra y violando un compromiso sagrado por culpa de sus gobernantes!”

Sociedades compartidas

También las reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas y de Seguros, parecen encaminar hacia la privatización de la seguridad social, diputado Gonzalo Rojas Arreola, Presidente de la Comisión de Seguridad Social de la LVII Legislatura en la Cámara de Diputados, comentó:

“Con relación al campo de las pensiones, se propone la adición de un régimen especial para la constitución de las reservas de riesgos en curso en materia de seguro de pensiones o de supervivencia relacionados con la edad, jubilación o retiro de las personas, bajo esquemas privados complementarios a la seguridad social, con el objeto de complementar el régimen de reserva.

*“Sin duda el tema central y más controvertido que motiva esta Iniciativa del Ejecutivo Federal es el relativo a la **prestación de servicios de salud**. El Ejecutivo Federal propone ‘elevar la prestación de los servicios de salud, aún cuando se realice con recursos e instalaciones propias, como operación activa de seguros, autorizando la práctica del ramo respectivo a instituciones de seguros’ (...)*

Astillero
Julio Hernández López

El precoz pensionado, José Ángel Gurria Treviño, está a punto de entregar, nuevamente, buenas cuentas a los grandes capitales extranjeros asociados con los nacionales. El nuevo negocio es la salud de los mexicanos.

Se trata, ahora, de obligar a los contratantes de seguros médicos privados a que sean atendidos no por los facultativos o los hospitales que dentro de su rango de aseguramiento prefieran, sino sólo por aquellos que les sean asignados por los grandes consorcios beneficiados con esta reforma legal que se pretende hacer.

El negocio es tan atractivo, que en él desean participar firmas y personajes de gran poder. El llamado seguro de salud manejaría en México unos 12 mil millones de dólares al año. Los usuarios de servicios médicos privados atendidos por compañías de seguros y asociaciones médicas, son cinco millones.

Tan importante segmento de mercado, por ello, ha provocado una lucha de intereses en la que participan, además del citado secretario Gurria, otros nombres, firmas y personajes bien conocidos en la cúspide donde se hermanan los intereses políticos con los económicos: el presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Manuel Aguilera Verduzco (hijo del ex regente que actualmente es diputado y presidente del PRI en el Distrito Federal); el presidente de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, Tomás Ruiz (padre de uno de los subsecretarios de Hacienda), y firmas como Bancomer, Inbursa y personajes como Olegario Vázquez Raña, Pedro Aspe Armella, Alberto Bailleres, Alfonso Romo y Marco Antonio Slim (...).

La Jornada, 26 de noviembre de 1999, página 4.

“Para dar mayor protección a los usuarios de servicios de salud se propone la ‘posibilidad’ de que la autoridad supervisora y reguladora de las instituciones de seguros actúe de manera coordinada, con la Secretaría de Salud, para lograr una vigilancia integral de las instituciones que cuenten con la autorización para operar el ramo de salud. En este orden, se propone

a la Secretaría de Salud como entidad responsable y exclusiva para 'emitir dictámenes que hagan constar que la institución autorizada cuenta con los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos respectivos y que mantiene dichos elementos, así como la inspección exclusivamente sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones autorizadas'.

“Esta iniciativa del Ejecutivo Federal, se inscribe más allá de la necesaria y conveniente regulación y supervisión de las empresas e instituciones de seguros que prestan servicios de salud privados en nuestro país. Sin embargo, sus propósitos ocultos, detrás de este velo legal-normativo, son en realidad ordenar, promover, impulsar y consolidar la participación de los consorcios médicos en la economía de mercado, porque para los grandes grupos financieros nacionales y extranjeros la salud es vista como un negocio y no como un derecho básico humano y social.

“Para los grandes consorcios financieros el fin no es atender las necesidades de salud de la gente, ni mejorar la equidad en salud, sino ampliar el ámbito de sus negocios para romper lo que ellos, junto con los núcleos duros de Hacienda, denominan: ‘monopolio estatal en la prestación de servicios médicos representado por el IMSS y el ISSSTE’” —Continuaron los comentarios del diputado Rojas Arreola.

Comparado con los inicios de la institución que ahora pueden parecer románticos, el panorama se ve gris. La actual economía globalizadora de mercado en donde se busca, como máximo anhelo, la utilidad de los que controlan la economía mundial, propician situaciones de crisis económica y los subsidios a instituciones como el IMSS son frecuentes.

Antes de desaparecer como paraestatales les redujeron el subsidio a la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo) en un 93% entre enero y marzo de 1999; a Ferrocarriles Nacionales de México, en un 54.4%. Para el IMSS, la reducción hasta fines de ese año fue del 12.7% (Finanzas de *Novedades*, página 1, sección B).

Por otro lado, el rescate bancario de 1994, trae aparejado para el presupuesto del año 2001, el pago de 50 mil millones de pesos como una parte de intereses adeudados por el Fondo Bancario de Protección al Ahorro (FOBAPROA) y que ahora cubre el Instituto de Protección al Ahorro Bancario (IPAB). Mientras que para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se asignan 2800 millones, el rescate de BANCRECER, como otro ejemplo, significó el presupuesto de la Secretaría de Salud en toda la República (110 mil millones de pesos); para el rescate de SERFIN se emplearon 77 mil millones y el presupuesto global para la Ciudad de México es de 45 mil millones.

Afirmar categóricamente que se va a privatizar el IMSS, es muy aventurado con los datos con los que cuento en este momento; sin embargo, una menor aportación de patrones y trabajadores, la privatización de las pensiones, la subrogación de algunos servicios que proporciona el IMSS, las directrices del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial, así como una legislación siempre a expensas de ser modificada a favor de los dueños del capital, lo debilitan y propician en mucho las deficiencias de las prestaciones que otorga.

Resulta necesario, pues, estar atentos y tener en cuenta una posible privatización, que para muchos es una certeza. En contra, hay que buscar tener un proyecto de nación en donde lo fundamental sea el pueblo, la necesidad de la gente; donde el presupuesto se oriente a impulsar actividades productivas, a

crear empleos, a garantizar el derecho a la salud, a la educación, a la vivienda y donde recuperemos una dignidad nacional por tanto tiempo escondida detrás de la mezquindad.

“No olvidemos que nuestros ideales de justicia colectiva están muy lejos de haberse logrado. El desempleo y los bajos salarios que existen en nuestro país reclaman las oportunidades de vivir dignamente. El hombre que tiene trabajo necesita la certidumbre de que los beneficios de sus contratos colectivos sean permanentes.

“Y por otra parte, todos debemos asumir, desde luego, el propósito que yo desplegaré con todas mis fuerzas, de que en un día próximo, las leyes de seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, en la vejez. Para sustituir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir” (Protesta del general Manuel Ávila Camacho como Presidente de la República, 1° de diciembre de 1940).

Epílogo

“Atención, estimado derechohabiente, ¿sabe usted qué es una urgencia?; una urgencia es todo estado patológico o lesión orgánica que puede poner en peligro la vida. Por favor ayúdenos a utilizar este servicio de manera adecuada y lo le quitamos la oportunidad a quien más lo necesita”.

José Guadalupe Rodríguez, se había sentido mal durante bastante tiempo. Decide ir a la clínica 10 del Seguro Social... *“ya no importa que el “maestro” me castigue por haber faltado”.*

A través de una ventanilla en el servicio de urgencias, una señorita con uniforme azul y blanco, le atiende. Mientras, puede ver un letrero que dice: *“Servicio de urgencias, favor de traer receta, medicamentos y jeringa”.*

—¿Qué le pasa?

—Me duele mucho la “panza”.

—Un momento, ahorita le llaman.

José se resigna un tanto, no tiene ánimo para ponerse a discutir. Después de un rato, un lugar se desocupa y se puede sentar. Se agacha tratando de comprimir el dolor.

Un médico aparece por la puerta de un cubículo y dice su nombre:

—*¡Señor José Rodríguez!*

—*¡Sí doctor, soy yo!*

—*¿Qué le pasa?*

—*Todo el día me ha dolido mucho la barriga.*

—*¿Desde cuándo está así?*

—*No sé... desde hace mucho. ¿Por qué me duele tanto doctor?*

—*Probablemente sea una infección. Se va a tomar estas pastillas, una cada 8 horas. Su médico familiar le va a dar todo el tratamiento. ¿Es alérgico a la penicilina? Que le pongan esta inyección. José se echa en la bolsa del pantalón una tira con seis pastillas.*

Al día siguiente se sigue sintiendo mal y regresa a consulta. Una señora con bolsa del mandado y pelo a medio peinar le manda poner su carnet debajo del suyo, mientras algunas miradas parecen reprocharle su llegada.

—*¡Señor José Guadalupe Rodríguez!* —dice la asistente del consultorio. *¡Quítese los zapatos! Súbase a la báscula, lo voy a pesar!*

Una fila de personas que a él le parece llegaron después, entran al consultorio. Como a las diez de la mañana, el doctor le pregunta:

—*Dígame, ¿qué es lo que tiene?*

—*Ayer vine a urgencias, me ha dolido mucho el estómago y me dieron estas pastillas.*

—*A ver, déjeme ver... ¿Ha tenido vómito y temperatura?*

—*Sí doctor.*

—*Se va a tomar estas pastillas, dos cada doce horas. Pase al laboratorio para que le hagan unos análisis. Eso es todo, llame por favor a la señora Rosa María García.*

Los problemas más importantes observados, debido principalmente a políticas económicas gubernamentales, son una gran demanda de servicios con una limitada capacidad para otorgarlos; condiciones de trabajo no adecuadas por falta de material, de personal y del equipo necesarios; una mala imagen de la institución ante la opinión pública, pues no existe un acercamiento entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y sus derechohabientes, lo que agranda la importancia de los comentarios negativos que de él se dicen y se tienen.

El objetivo de este trabajo fue presentar la atención médica que se proporciona en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En el primer capítulo abordé los puntos de vista y las prestaciones que proporciona la institución, tratando de hacer énfasis en la labor y la importancia que ésta tiene.

En el segundo capítulo presenté otra cara de la moneda, las carencias, la necesidad de tener un Seguro Social más fortalecido ante las necesidades de la población, ya que se calcula entre 10 o 15 millones los que no tienen acceso a ningún tipo de atención médica.

El haber partido de la premisa de que existe una crisis en el IMSS y realizado un reportaje, permitió recorrer los puntos de vista de los diarios, de sus periodistas; la postura del Seguro Social; la de sus trabajadores (que no siempre son las mismas); así como las experiencias, en la realidad, de los derechohabientes, lo que nos sirvió para profundizar, no sólo en los aspectos

teóricos de la comunicación, sino en el importante aspecto humano de la misma.

Como hemos mencionado, el artículo 2° de la actual Ley del Seguro Social establece que la misión del IMSS es la de hacer cumplir el objetivo de la seguridad social al garantizar la salud, brindar atención médica, proteger los medios de subsistencia, procurar el bienestar individual y colectivo de la población y garantizar una atención otorgada por el Estado, ¿esto ocurre en la realidad cotidiana?

Por lo que respecta a las deficiencias que observé en el terreno de la comunicación que impide un mejor entendimiento y recuperación de los pacientes por la falta de acercamiento, es que no existe un vínculo real entre los trabajadores de la institución y los usuarios, debido a:

a) Masificación en la atención médica, lo que propicia la burocratización de sus servicios, dificultando en mucho una buena comunicación y un mejor tratamiento. Esto aumenta aún más la hostilidad, y la sensación de separación; se da entonces un círculo vicioso recurrente que oscurece el lado bueno de la luna, la excelencia a la que se llega sobre todo en los Centros Médicos Nacionales del IMSS.

b) Otro problema importante es que no existe una publicación, un boletín, una especie de diario o semanario a la que tenga acceso el grueso de la población usuaria de los servicios. Se llegan a realizar trípticos; sin embargo, éstos escasamente están a disposición de los derechohabientes, porque como se me llegó a comentar, no existe el presupuesto para imprimirlos en la cantidad suficiente y a que la gente sólo los tira casi sin leerlos.

c) Existen publicaciones como la revista *Solidaria* editada trimestralmente, o con un cartel mensual que se coloca en oficinas

administrativas del Instituto llamado *Si. Periódico mural de los trabajadores*, que sólo informa a los empleados del Seguro Social cuando acuden a dichas oficinas. Lo mismo pasa con una especie de boletín denominado *Parte de ti*, que incluso sólo ocasionalmente llega a manos de los empleados (se trata de publicaciones para una comunicación meramente interna). Los trípticos que en este momento se pueden encontrar con más facilidad son los que informan sobre la Afore que maneja el IMSS.

d) En instalaciones administrativas y unidades médicas existen módulos de orientación y quejas que cuentan con buzones donde las personas que no se animan a exponer directamente sus inconformidades o reconocimientos para con la atención recibida pueden hacerlo de manera casi anónima, ya que aunque deban anotar sus datos personales, éstos pueden ser falseados. Casi no son utilizadas pues no se les informa del uso para el que están destinados o por algunas otras razones personales.

e) En algunas unidades de medicina familiar se presentan regularmente películas explicando temas de medicina preventiva o acerca del proceso y cuidado durante el embarazo, por ejemplo. Tienen un público más bien escaso porque la gente está esperando su consulta y si se distrae en otras cosas la puede perder.

f) Mención aparte constituye el poco acercamiento del servicio de trabajo social con los derechohabientes, pues usualmente hasta que se da el internamiento del paciente se acercan a él o a sus familiares para saber sobre las condiciones en las que viven y que inciden directa o indirectamente en su salud. Es pues necesario ampliar este servicio para que el personal acuda a los domicilios y constate las necesidades del núcleo familiar, esto mejorará en mucho el entendimiento vía este lazo comunicativo.

Deseo reconocer la existencia del Centro de Información "Ignacio García Téllez" ubicado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI que cuenta con servicios de biblioteca, hemeroteca, archivo histórico, videoteca, etcétera, a la que pueden acudir personas interesadas en saber más sobre la institución, aunque a éste centro también le falta más promoción.

Durante mi servicio social en el área de comunicación externa de la Delegación 1 Noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social, sugerí a mi jefe inmediato el licenciado Francisco Miranda García la conveniencia de tener una publicación regular que llegara a todos los derechohabientes; la grabación de "cápsulas" informativas de los servicios, medicina preventiva, derechos, trámites administrativos, etcétera, para que fueran escuchados en los altoparlantes de las unidades médicas y administrativas de la institución.

Dada la importancia de ese acercamiento humano que mencioné anteriormente, también comentamos sobre algunas alternativas para no tener que esperar hasta que se presenten los problemas y lograr mejorar la actitud de autoridades y demás empleados del IMSS, pero no encontré mayor respuesta.

Para finalizar deseo remarcar que debe existir un fomento a la comunicación entre el médico y su paciente dada la enorme importancia que tiene. En la actualidad y como producto de lo que hemos venido comentando, la comunicación se realiza de manera inadecuada, o no se da en lo absoluto.

"Es un hecho que los enfermos estiman más la competencia de los médicos, no tanto por sus habilidades técnicas y conocimientos, sino por su voluntad de dedicarles tiempo y escuchar sus padecimientos. Para contar con la confianza del paciente, el médico debe dar la información suficiente y precisa, tanto a él como a sus familiares sobre el diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico de su enfermedad, de tal manera que esto le permita

satisfacer sus inquietudes y ubique sus expectativas en la realidad. El paciente requiere precisión y claridad en la información para elegir el tratamiento más conveniente cuando existen varias alternativas, así como para conocer y valorar los riesgos y los beneficios de dicho tratamiento. En esta comunicación, el médico también debe decirle al enfermo los límites de su capacidad de competencia, lo que permite el cuidado de la integridad del paciente y garantiza una percepción óptima de sus servicios (...)” (Tomado del video “Una comunicación sana” de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico).

Anexo 1:

Centros Médicos Nacionales

OCCIDENTE	MONTERREY	PUEBLA	LA RAZA	SIGLO XXI
COLIMA	NUEVO LEÓN	OAXACA	HIDALGO	CHIAPAS
NAYARIT	COAHUILA	TLAXCALA	NAUCALPAN	GUERRERO
MICHOACÁN	SAN LUIS POTOSÍ	PUEBLA	DF 36	MORELOS
JALISCO	TAMAULIPAS	DF 35	DF 37	
		QUERÉTARO	DF 38	
		MÉXICO		
LEÓN	OBREGÓN	TORREÓN	VERACRUZ	MÉRIDA
AGUAS CAL.	BAJA CALIF. NOR.	COAHUILA	TABASCO	CAMPECHE
GUANAJUATO	BAJA CALIF. SUR	CHIHUAHUA	VER. NOR.	Q. ROO
	SINALOA	DURANGO	VER. SUR	YUCATÁN
	SONORA	ZACATECAS		

Anexo 2:

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

El Gobierno Federal instituyó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), con capacidad técnica para recibir y atender las quejas de los usuarios de los servicios médicos. La Conamed interviene en la resolución de las controversias entre médicos y pacientes.

La Conamed recibe la queja del usuario de servicios médicos por un médico y un abogado, para asegurar que los hechos planteados por el quejoso sean valorados de manera integral y para permitir entender completamente los aspectos específicos de la atención brindada y no sólo las posibles consecuencias jurídicas del acto médico.

Si del análisis de la información y documentos presentados por el usuario, se determina la procedencia de la queja, se le notifica al prestador del servicio los términos de la inconformidad y se le solicita que rinda un informe al respecto. En caso de que no proceda, se le explica al quejoso las razones, y se concluye el asunto.

Los servidores públicos de la Conamed evalúan la queja y el informe bajo una estricta confidencialidad y determinan la existencia o no de posibles irregularidades en la prestación del servicio.

Posteriormente, se convoca al médico y al usuario del servicio a una audiencia de conciliación, en donde los conciliadores (un médico y un abogado) les presentan alternativas viables para que resuelvan su controversia en la Comisión, sin necesidad de acudir a los tribunales del Estado en un juicio que además de costoso, por lo general se resuelve después de mucho tiempo.

Si ambos acceden a terminar la disputa mediante la conciliación, se firma el convenio correspondiente, en el que tanto el médico como el paciente se comprometen a cumplir los compromisos pactados, de tal manera que el usuario al darse por satisfecho en sus pretensiones no se reserva ninguna acción legal en contra del médico.

Si alguna de las partes no accede a la conciliación se les propone que la Conamed funja como árbitro, de tal manera que dejen a su cargo la resolución de la controversia mediante la emisión de un laudo. El arbitraje es en realidad un juicio, con la diferencia que no se lleva ante los tribunales. Además tiene la ventaja de que el conflicto lo va a conocer y a resolver personal especializado. En caso de que las partes tampoco accedan a someterse al arbitraje de la Comisión, se dejan a salvo sus derechos para que los hagan valer ante quien corresponda.

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250. Colonia Narvarte

Bibliografía:

- Fernández Osorio, Jorge R. *La lucha de los trabajadores por su salud. Arma de lucha política en manos de los trabajadores*. Universidad Obrera de México, 1999. 150 págs.
- Galido, Carmen, Magdalena Galindo y Armando Torres-Michúa. *Manual de redacción e investigación. Guía para el estudiante y el profesionista*. México. Ed. Grijalbo, 2000. 365 págs.
- García Márquez, Gabriel. *Crónicas y reportajes*. Colombia. Ed. Oveja Negra, 1982. 398 págs.
- García Márquez, Gabriel. *Noticia de un secuestro*. México. Ed. Diana, 1997. 346 págs.
- Gomiz, Lorenzo. *Teoría del periodismo. Cómo se forma el presente*. México. Paidós Comunicación, 1991. 300 págs.
- González Reyna, Susana. *Manual de redacción e investigación documental*. México. Ed. Trillas, 1991. 204 págs.
- González Reyna, Susana. *Periodismo de opinión y discurso*. México. Ed. Trillas, 1991. 179 págs.
- Ibarrola, Javier. *El reportaje*. México. Ediciones Gernika, 1994. 135 págs.
- Martín Vivaldi, Gonzalo. *Géneros periodísticos*. México. Ed. Prisma, 1973. 210 págs.
- Leñero, Vicente. *Asesinato. El doble crimen de los Flores Muñoz*. México. Plaza y Valdés, 1995. 455 págs.
- Leñero, Vicente y Carlos Marín. *Manual de periodismo*. México. Editorial Grijalbo, 1998. 315 págs.
- Río Reynaga, Julio del. *Periodismo interpretativo. El reportaje*. México. Ed. Trillas, 1994, 195 págs.

Torre Villar, Ernesto de la y Ramiro Navarro de Anda. *Metodología de la investigación bibliográfica, archivista y documental* México. McGraw-Hill, 1993. 298 págs.

Ulibarri, Eduardo. *Idea y vida del reportaje*. México Ed Trillas, 1994. 281 págs.

Zamora, Guillermo. *Caso Conasupo: La leche radiactiva. El crimen más atroz ... contra el pueblo mexicano*. México. Ed Planeta, 1997. 175 págs.

Zertuche Muñoz, Fernando y otros. *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social; los primeros años 1943-1944*. México. IMSS, 1980. 227 págs.

Hemerografía:

Acosta Córdoba, Carlos y Guillermo Correa. "Negocia el gobierno a espaldas del Congreso, un crédito por 700 millones de dólares para financiar la 'reforma' de la seguridad social". *Proceso* núm. 1117, marzo de 1998. Págs. 6-10.

Calvimontes y C., Jorge. "Lenguaje periodístico -primicia fantástica al modo de las mujeres desnudas-". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 23, núm. 86-87, 1977. Págs. 153-171.

Cruz, Ángeles. "Necesario aumentar la calidad de servicios: Borrego". *La Jornada*. México. 7 de enero de 2000. Pág. 47.

Cruz, Ángeles. "Protestaron derechohabientes y trabajadores, Mitin en pleno Centro Médico Siglo XXI por falta de fármacos" (texto y foto). *La Jornada*. México. 1º de julio de 1998. Pág. 46.

Conchello, José Ángel. "¡Afores... otra mentira!". *El Financiero*. México. 9 de abril de 1997. Pág. 48.

Coordinación General de Comunicación Social del IMSS. "Agradece la atención médica recibida". *Solidaria* núm. 131, julio-agosto de 1997. Pág. 39.

Coordinación General de Comunicación Social del IMSS. "Niveles de Atención Médica". *Cuadernos de ORIENTACIÓN*, 1995. Págs. 5-17.

- Díez Martínez, Carmen. "La calidad de la atención médica" *Unomasuno*. México. 6 de marzo de 1998. Pág. 4.
- Economía. "Latinoamérica creció menos que el resto del mundo". *La Jornada*. México. 3 de diciembre de 1999. Pág. 29.
- "El FMI reevalúa a México. Ya no requiere vigilancia especial". *Novedades*. México. 13 de septiembre de 1999. Pág. 1-B.
- "Exitosa operación en la Raza. Extraen a niña de útero para operarla". *Novedades*. México. 30 de agosto de 1999. Pág. 20.
- "Exitoso reimplante de mano en Sinaloa". *Solidaria* No. 131, julio-agosto de 1997. Pág. 27.
- Fariás, Juan José. "Ese día en la historia: el 19 de enero de 1943". *Solidaria*, abril-junio de 1993. Págs. 7-9.
- Finanzas. "Bajan subsidios a paraestatales". *Novedades*. México. 17 de mayo de 1999. Pág. 1-B.
- Finanzas. "México tiene sólo 25% de democracia. Preocupan al BID signos de ingobernabilidad en AL". *Novedades*. México. 8 de mayo de 2000. Pág. B5.
- Gil Olmos, José. "En México existe un retroceso social de 40 años: Boltvinik". *La Jornada*. México. 3 de diciembre de 1999. Pág. 6.
- Hernández López, Julio. "Astillero". *La Jornada*. México. 26 de noviembre de 1999. Pág. 4.
- "IMSS, un ejemplo" (imagen). *La Prensa*. México. 29 de febrero de 2000. Pág. 1.
- "Las cifras del IMSS". *Novedades*. México. 29 de febrero de 2000. Pág. 7-A.
- "La reforma del IMSS en todos los niveles: Mario Luis Fuentes". *Novedades*. México. 8 de mayo de 2000. Pág. 14-A.
- Martínez, Fabiola. "Déficit de 18,500 médicos en el sector salud, según trabajadores". *La Jornada*. México. 11 de diciembre de 1997. Pág. 47.
- Morales, T. Andrés. "La salud en proceso de mercancía". *La Jornada*. México. 15 de abril de 2000. Pág. 9.

Ortiz, Genoveva. "Realizó con éxito la UTCMN del IMSS el primer trasplante de hígado en México". *La Prensa*. México. 29 de mayo de 1999. Pág. 19.

Rocha. "El águila descalza" (caricatura). *La Jornada*. México. 26 de febrero de 1995. Pág. 7.

Romero Álvarez, María de Lourdes. "Anacronías: el orden temporal en el relato periodístico". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Año XXI, núm. 169. Julio-septiembre, 1997. Págs. 63-92.

Romero Álvarez, María de Lourdes. "El futuro del periodismo en el mundo globalizado. Tendencias actuales". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Año XLIII, núm. 171. Enero-marzo de 1998. Págs. 157-191.

Romero S., Gabriela y Javier Ortiz. "Servicio irregular en el sector salud, reporte especial". *Novedades*. México. 9 de febrero de 1998. Págs. 1 y 10-A.

"Sala de espera en el IMSS (foto). *Novedades*. México. 9 de febrero de 1998. Pág. 1.

Segoviano García, Jenny. "La reforma del sector salud: Lo desconocido... nadie sabe, nadie supo". *Siglo XXI*. México. 7 de marzo de 2000. Pág. 4.

Simpson, Máximo. "Reportaje, objetividad y crítica social (el presente como historia)". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Vol. 23. Núm. 86-87, 1977. Págs. 143-151.

Uribe O., Hernán. "Sobre el periodismo de opinión y su técnica redaccional". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Vol. 23. Núm. 86-87, 1977. Págs. 131-141.

Vargas Medina, Agustín "Las Afores: la incertidumbre". *Proceso*. Número 1213. Enero de 2000. Pág. 22.

Velasco C., Elizabeth. "El salario mexicano, el más bajo del mundo: Enrique de la Garza". *La Jornada*. México. 3 de diciembre de 1999. Pág. 60.

Velasco C., Elizabeth. "La IP busca la subrogación de servicios médicos del IMSS". *La Jornada*. México. 24 de junio de 1998. Pág. 47.

Documentos:

México. Instituto Mexicano del Seguro Social. *55 años. El IMSS Hacia el Siglo XXI, Hechos y Perspectivas*. 1997. 47 págs.

México. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diagnóstico*. 1995. 151 Págs.

México. Presidencia de la República. *Iniciativa de la Nueva Ley del Seguro Social. Exposición de motivos*. 1995. 71 págs.

México. Diario Oficial de la Federación. *Nueva Ley del Seguro Social*. 21 de diciembre de 1995. Págs. 54, 59, 65, 92, 98, 106.

México. Presidencia de la República. *Proyecto para la obtención de préstamo al IMSS dirigido al Banco Mundial*. marzo de 1998. Págs. 12-13.

Entrevistas:

Chargoy Valdés, Martha Araceli. Secretaria técnica del diputado Gonzalo Rojas Arreola, Presidente de la Comisión de Seguridad de la Cámara de Diputados de la LVII Legislatura. Entrevista personal. 16 de mayo de 2000.

Chavaria, Rosa María. Reportera del periódico El Universal. Entrevista personal. 25 de junio de 1998.

Chávez, Rubén. Médico del IMSS. Entrevista personal. 21 de junio de 1999.

Cruz, Ángeles. Reportera del periódico La Jornada. Entrevista personal. 19 de junio de 1998.

Díaz, Jorge. Auxiliar universal de oficinas en el IMSS. Entrevista personal. 12 de agosto de 1999.

García, Marcela. Derechohabiente del IMSS. Entrevista personal. 2 de abril de 1999.

Lira, José Manuel. Químico laboratorista del IMSS. Entrevista personal. 16 de junio de 1998.

León, Elizabeth. Derechohabiente del IMSS. Entrevista personal. 17 de noviembre de 1997.

Murillo, Luis. Coordinador del servicio de archivo en el IMSS. Entrevista personal. 21 de febrero de 2000.

Ramírez, Maricela. Reportera del diario Novedades. Entrevista personal. 8 de diciembre de 1998.

Ríos, Luz Elena. Derechohabiente del IMSS. Entrevista personal 12 de mayo de 1998.

Robledo, Josefina. Exempleada del IMSS. Entrevista personal. 20 de marzo de 1998.

Rodríguez, Guadalupe. Asistente médica del IMSS. Entrevista personal. 8 de diciembre de 1997.

Ortiz, Genoveva. Reportera del periódico La Prensa. Entrevista personal. 27 de mayo de 1998.

Audiovisuales:

El Ángel de la Noche. XHCNI Canal 40. 19 de junio de 1998 Germán Dehesa, conductor.

México. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). *"Video una comunicación sana"*. 1996.

Partidos Políticos. XHIMT Canal 7 de televisión, 20 de abril de 2000, Carmen Aristegui, conductora.