

200662



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

**“LA REFORMA DEL I.M.S.S. EN MEXICO”
(1998 - 2000)**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION
MEDICA Y HOSPITALES**

PRESENTA:

MARTHA RAMIREZ ROJAS

DIRECTOR DE LA TESIS:

MTRD. JESUS TRAPAGA REYES

ASESOR DE APOYO:

MTRA. CAROLINA SALINAS OVIEDO



MEXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/EG/2002

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente

At'n: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Martha Ramírez Rojas**, presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales, toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Dr. Sergio Javier Jasso Villazul, Coordinador del Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dr. Jorge Ruíz de Esparza García	Presidente
Dr. Luis Berruecos Villalobos	Vocal
Dr. Antonio Gómez Bautista	Secretario
M. en I.S.S. Carolina Salinas Oviedo	Suplente
M. en D. Jesús Trapaga Reyes	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria, D.F., 17 de abril del 2002
El Coordinador del Programa


Dr. Sergio Javier Jasso Villazul



“LA REFORMA DEL I.M.S.S. EN MÉXICO”

(1998-2000)

Presenta: Martha Ramírez Rojas.

AGRADECIMIENTOS

Al Maestro. Dr. Jorge Ruíz de Esparza García.

Con cariño, respeto y admiración.

*A mis Padres: Maria Elena y Octavio.
Por impulsarme a ser cada día la mejor.*

Al Dr. Antonio Chavarría Morales.

Por sus enseñanzas y apoyo incondicional.

INDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO	5
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.4 SUSTENTO TEÓRICO CIENTÍFICO QUE DIO PAUTA AL ESTUDIO	6
II. MATERIAL Y MÉTODO	
2.1 TIPO DE ESTUDIO	14
2.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	15
2.3 PROCEDIMIENTOS	15
III. MARCO NORMATIVO	
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	18
3.2 LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	23
3.3 FUNDACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	25
IV. RESULTADOS	
PRIMERA ETAPA:	
4.1 PROBLEMÁTICA CONTEMPORÁNEA DEL IMSS	30
4.2 PROYECTO DE REFORMA DEL IMSS	40
4.3 NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL	61
SEGUNDA ETAPA:	69
V. DISCUSIÓN	72
VI. PROPUESTAS	78
ANEXOS	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

“LA REFORMA DEL I.M.S.S. EN MÉXICO” (1998-2000)

I. INTRODUCCIÓN

La idea de proteger y dignificar el trabajo humano estuvo presente en el pensamiento de los iniciadores de nuestra independencia nacional y se impone vigorosamente con la Revolución de 1910; pero es hasta 1917 con la promulgación de la Constitución que establece el marco que permite a los trabajadores la defensa de sus intereses y obliga al Estado a velar por su dignidad y por su bienestar.

Los mandatos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, referente a las relaciones entre el capital, el trabajo y las prestaciones a favor de los obreros como el salario mínimo, descanso obligatorio, higiene en las fabricas, indemnización por riesgos profesionales, prohibición del trabajo a menores, jornada máxima, limitaciones del trabajo de las mujeres, garantía de asociación profesional y a las prestaciones sociales en favor de los obreros y a cargo de los patronos, constituyen el marco teórico y jurídico de referencia del sistema mexicano de Seguridad Social.

El Gobierno de la República, en el año de 1942 establece el Seguro Social, dando testimonio fehaciente de su preocupación por la clase trabajadora. Se trataba de organizar a partir del Estado y no de hábitos individuales o gremiales un sistema permanente, estable y progresivo de bienestar social que habría de favorecer a todos los mexicanos sujetos a una relación de trabajo; pero que estaba destinado -como se dijo entonces- a “evitar que la miseria y la angustia” azotaran a los “grandes sectores de la población nacional”¹

Al protestar su cargo como Presidente de la República, el General Manuel Ávila Camacho se fijó el compromiso con el pueblo de México: “en un día próximo las leyes de la Seguridad Social protegerán a todos los mexicanos en las horas de adversidad”. Durante su mandato este compromiso quedó saldado con la promulgación de la Ley del Seguro Social el 19 de enero de 1943.²

El presidente Ávila Camacho afirmó entonces que dicha ley era la culminación de un largo proceso de reivindicaciones proletarias, ya que venía a darle carácter permanente a los beneficios obtenidos en los contratos colectivos y a extenderlos a los grupos de trabajadores que no gozaban de esas prestaciones. Anunció asimismo, que se trataba del inicio de una nueva era de la Revolución Mexicana, donde a la lucha de los sectores desposeídos por obtener mejores condiciones de vida, debía venir una época de progreso constante y de solidaridad nacional para la distribución de la riqueza.

En México se promulgó la Ley del Seguro Social, tomando en cuenta los sistemas más avanzados de la seguridad social en el mundo e inspirándose en los principios

¹ El nacimiento del seguro social Dr Ignacio Morones Prieto Tesis Mexicanas de Seguridad Social. Pág. 25

² El nacimiento del seguro social Dr Ignacio Morones Prieto Tesis Mexicanas de Seguridad Social. Pág. 26

sociales que han impulsado nuestra vida como nación independiente y dentro de la ideología y marco jurídico que los compendia: la Constitución de 1917.

A 59 años de su creación da cobertura a casi 37 millones de mexicanos, cuenta con una infraestructura superior a 1,700 unidades médicas, da asistencia médica diaria a más de 700,000 personas, recibe a cerca de 61,000 niños en sus guarderías y nacen en ella uno de cada tres mexicanos. A pesar de sus realizaciones el IMSS atraviesa una difícil situación financiera, misma que es necesario resolver para dar cumplimiento a sus principios y filosofía de seguridad social.

Para subsanar ésta problemática el IMSS accedió al Financiamiento de Organismos Internacionales, entre los que destaca el Banco Mundial, quién durante el período 1998-2000 proporcionó financiamiento y asistencia técnica al Instituto para desarrollar su Proyecto de Reforma Estructural.

Considerando que el IMSS nace de los postulados sociales de la Constitución y tiene como principio garantizar el bienestar social de la población derechohabiente, la inquietud por realizar esta tesis es con el objetivo de responder a tres preguntas: ¿Este proyecto responde a la filosofía, teoría y praxis de la seguridad social mexicana?, ¿Hacia donde se debe orientar la Reforma Estructural del IMSS sin perder de vista los fundamentos éticos y de igualdad social, que incrementen el nivel de salud de los derechohabientes? ¿El Proyecto de Reforma resolverá la problemática que tiene el IMSS?.

La investigación se llevó a cabo en dos etapas, la primera fue a través de un estudio retrospectivo, documental, donde se revisaron libros, revistas, documentos oficiales, ponencias, así como el documento base titulado Proyecto de Reforma del IMSS, versión para evaluación del Banco Mundial. Donde nos permitió ver la situación real

que guarda el Instituto. La segunda etapa consistió en la aplicación de un cuestionario de opinión a 30 directivos del propio IMSS, para conocer los cambios que ha tenido la Institución con la aplicación del Proyecto de Reforma.

Del estudio realizado se desprende un hecho real que es la necesidad de llevar a cabo Reformas en el IMSS, pero sin perder de vista los principios universales de la seguridad social; así mismo se deben buscar los mecanismos para obtener recursos financieros que ayuden a tener la mejor Institución de seguridad social.

1.1 PRÓPOSITO DEL ESTUDIO:

El interés de este trabajo de investigación, nace del concepto de la Seguridad Social en México, que es una necesidad de impartir servicios de salud para el pueblo y, dado que el Instituto Mexicano del Seguro Social es la Institución más importante en éste ámbito, la propuesta es determinar si dicha Institución cumple y/o ha cumplido con los objetivos para los cuales fue creada, considerando sus diferentes etapas durante su devenir histórico, y en base al análisis, si es que fuera necesario presentar alternativas de reforma.

1.2 JUSTIFICACION:

Considerando que el IMSS nace de los postulados sociales de la Constitución y tiene como principio garantizar el bienestar social de la población, existe la necesidad de llevar a cabo un estudio documental y aplicado que nos muestre la situación real del Instituto y determinar la realidad sobre una privatización silenciosa.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Banco Mundial durante el período 1998-2000 autorizó financiamiento al Instituto Mexicano del Seguro Social para desarrollar el Proyecto de Reforma Estructural.

El objetivo de ésta tesis será responder a tres preguntas:

¿ Este proyecto responde a la Filosofía, Teoría y Praxis de la Seguridad Social Mexicana?..

¿ Hacia donde se debe orientar la Reforma Estructural del Instituto Mexicano del Seguro Social ?, sin perder los fundamentos éticos y de igualdad social, que incrementen el nivel de salud en los derechohabientes.

¿ El Proyecto de Reforma resolverá la problemática que tiene el IMSS?

1.4 SUSTENTO TEÓRICO CIENTÍFICO QUE DIÓ PAUTA AL ESTUDIO:

En la revisión documental sobre la Reforma Estructural del Instituto Mexicano del Seguro Social se encontraron importantes estudios sobre: La nueva ley del Seguro Social, la privatización silenciosa del Instituto Mexicano del Seguro Social y diversas tesis mexicanas sobre la seguridad social, sin embargo ningún trabajo muestra un panorama general sobre el Instituto, su situación actual y su proyecto de reforma; por lo que se consideró necesaria esta revisión.

A continuación se describen algunos estudios en los que se basa el sustento teórico científico de la presente investigación.

Uno de ellos, La privatización de la seguridad social, nos habla sobre las reformas pendientes que dejó la pasada administración Federal, y que pertenece al subsistema de salud, particularmente la del Instituto Mexicano del Seguro Social; dos evaluaciones efectuadas por la dirección del Instituto, señalan un cambio que conduce a la privatización de áreas “no esenciales”, como son los servicios clínicos de segundo y tercer nivel de atención.

“En la reforma de los subsistemas de salud y seguridad social no esta, el propósito de garantizar estos derechos a todos los mexicanos , ni de mejorar cualitativamente y cuantitativamente los servicios, ni de ampliar la cobertura como fin primario de justicia social, la estrategia está orientada hacia la imposición de un proceso gradual selectivo de privatización de los servicios públicos en estos campos, ello se traducirá, en corto plazo en el desmantelamiento del régimen público, solidario y de reparto de la seguridad social vigente en nuestro país desde 1942.”³

*Los servicios de salud representan actualmente una actividad económica muy importante, su privatización es muy compleja, se requieren implementar mecanismos para destinar al sector privado lo rentable y retener hacia el sector público lo no rentable. “Esto se logra pasando del principio solidario (beneficios según necesidad y contribución según capacidad económica), al principio de equivalencia (beneficios equivalentes al pago realizado). La privatización en salud se da selectivamente y sobre la base de la constitución de dos sistemas paralelos, el privado y el público”.*⁴

*En materia de salud, las estrategias fueron dictadas por el Banco Mundial en 1993. “Invertir en salud”.*⁵ *El organismo internacional recomienda a los gobiernos de los países en desarrollo:*

Inversiones en Salud, orientadas hacia una participación mayor del sector privado y políticas de promoción de la diversidad y la competencia.

De ésta manera lo social se vuelve viable en función de sus costos y el nivel de rentabilidad, y no en función del bienestar colectivo que expresa en si misma la practica social. Esta visión y compromiso del IMSS con el Banco Mundial confirma

³ Ulloa Padilla Odilia y Escobar Toledo Saul La privatización de la seguridad social Pág. 18

⁴ Laurell Asa Cristina Tesis sobre el IMSS y la (contra) reforma neoliberal. Pág. 24

la sospecha de que el sistema de Seguridad Social, cuyo instrumento básico es el Instituto, se convierte en un gran mercado de salud, en el que los que mas tengan mas reciben.

Sin embargo recordemos que el artículo 4º de la Constitución garantiza que “Toda persona tiene derecho a la salud. La ley definirá y establecerá el acceso a las bases y modalidades para los servicios de salud”.⁶

“Debe analizarse la privatización de los servicios médicos mediante la reversión de cuotas como se pretende establecer, ya que favorece la subrogación de servicios médicos, generando la desigualdad de un derecho que actualmente es el mismo para todos”⁷

El sistema de reversión de cuotas consiste en devolver parte o la totalidad de la cuota que aporta el trabajador al IMSS, para que los patrones de acuerdo con sus trabajadores contraten seguros médicos privados con las grandes aseguradoras, esto puede determinar una fractura del sistema médico nacional de la seguridad social, porque se le sustraerían derechohabientes y se originaría la disminución de la protección, se perdería la solidaridad creándose formas de cobertura aislada, de costo elevado y dudoso resultado. Actualmente los costos de los servicios médicos que contratan los bancos es el triple de los costos institucionales, ésta opción se concentra en grupos de alto ingreso, con lo cual se debilita la seguridad social. La reforma de la Ley del IMSS debe darse bajo el principio de fortalecer la seguridad social y no para lesionar derechos adquiridos de los trabajadores.

⁵ Arquez Cabrera Ma Rosa y Ulloa Padilla Odilia El derecho a la salud: razón de Estado Pág 43

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Sista, S A DE C V. pág 3

⁷ Rosado García Antonio Observaciones a la iniciativa de reforma de la Ley del Seguro Social Pág 145

El Instituto Mexicano del Seguro Social a presentado una permanente apertura a la revisión y actualización de sus responsabilidades y de su funcionamiento. “En este momento es evidente la necesidad de revisar y fortalecer al Instituto por la caída del salario real, que representa la caída del ingreso institucional de manera ininterrumpida durante más de 12 años; por el menor crecimiento en la generación de empleos, factor fundamental para la estabilidad institucional; por razones demográficas debidas a los cambios en la expectativa de vida y en las tasas de crecimiento de la población; y por cambios en la morbilidad y en las estructuras familiares”⁸

Existe una gran confusión informativa, la negación de que el seguro social se privatizará. ¿Por qué no tener el valor de manifestar que se considera indispensable transformar todo este sistema y convertir la seguridad social en un seguro privado?⁹

La literatura reciente sobre la privatización de los servicios de salud establecen diferentes conceptos de lo que esto significa. En particular Bennett (1991) analiza dos conceptos alternativos. En primera instancia estudia la definición de Paul (1988), que resalta que hay diferentes grados de privatización, para éste autor privatización comprende:

- 1.-Venta de todos o algunos de los activos de empresas públicas u otros organismos públicos.*
- 2.-Alquiler de éstos activos.*
- 3.-Transferencia de la gestión de entidades públicas (sin transferir la propiedad) y contratación de servicios públicos con el sector privado.¹⁰*

⁸ García Sainz Ricardo De la seguridad social pública y privada al seguro privado y de equivalencia. Pág 155.

⁹ De Buen Lozano Néstor. La reforma chilena de la seguridad social mexicana. Pág. 168

*El IMSS es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional. “De acuerdo con la doctrina y filosofía de la seguridad social mexicana, expuesta por diversos tratadistas, la tarea de las instituciones, su razón misma de ser, es la de mejorar la calidad de vida de la población amparada, lograr amplias y generosas expresiones de solidaridad humana, ser un poderoso instrumento redistribuidor de la riqueza, del bienestar que busca preservar los valores esenciales de los mexicanos”.*¹¹

Para lograr que el Seguro Social cumpla con sus objetivos, es fundamental ampliar la cobertura, elevar la calidad y calidez de los servicios, mejorar las prestaciones y consolidar su autonomía financiera.

*Cualquier iniciativa que se aparte de éstas premisas y permita que la seguridad social se aleje de sus fines, otorgándole preeminencia al mercado de los particulares, irá en detrimento de su población beneficiaria, “así como de la calidad de vida de los mexicanos y será motivo de perturbación social”.*¹²

*La (contra) reforma de la salud y de la seguridad social iniciada en 1982, vive su profundización a través de la aprobación de la nueva “Ley del Seguro Social” y de la reglamentación de la ley de Administradoras de Fondos de Retiro, que no permiten resolver los actuales problemas de las Instituciones de Seguridad Social ni mejorar sus beneficios, y si sustituyen su concepción constitucional, pública, solidaria, integral e igualitaria por otra, de carácter individualista y con una fuerte tendencia privatizadora”.*¹³

¹⁰ Redota Zúñiga G. Esthela. Reestructuración y cambio de los servicios de salud CIDE. 1993 Pàg 7

¹¹ Gpo Parlamentario del PRD. Iniciativa presentada el 7 de nov de 1995 en la LVI Legislatura de la Càmara Diputados

¹² Gpo Parlamentario del PRD. Iniciativa presentada el 7 de nov de 1995 en la LVI Legislatura de la Càmara Diputados

¹³ Marquez Cabrera Ma. Rosa. La Seguridad Social Mexicana en la ruta de la privatizacion Pàg XXI

*El Instituto en los convenios de subrogación contrata un hospital privado para que otorgue el servicio médico, y en los de subrogación con reversión de cuotas, el patrón conviene con el IMSS en prestar los médicos con instalaciones propias o contratadas, a cambio de la reversión de una parte de las cuotas, en ambos casos conserva responsabilidad subsidiaria para el caso de que la persona o entidad con quien ha celebrado el convenio no preste los servicios o lo haga con negligencia. “Esto es un derecho innegable e irrenunciable, que no debe permitirse que se arrebate a los asegurados”.*¹⁴

La subrogación estuvo presente desde 1943 como un importante apoyo en aquellas áreas paramédicas que no formaban parte del Instituto, sin embargo en el IMSS desde hace algún tiempo se suspendió la celebración de los convenios de subrogación, al estimar que tenía la suficiente infraestructura para satisfacer los servicios a su cargo.

*Sin embargo, un grupo neoliberal apoyado en las deficiencias que ha venido presentando el IMSS, establece que debe prevalecer la subrogación dándole realmente otro enfoque,- la desincorporación de la medicina pública, un arma para el lucro y desmantelamiento de la seguridad social.- “La utilización del artículo 89 sin antes reformarlo, responde a una táctica política, neutralizar al máximo la oposición de los sindicalizados del IMSS y del pueblo en general, así la subrogación entre otros efectos, implicará el despido de más trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social”.*¹⁵

De ésta manera el IMSS cumple su compromiso con el Banco Mundial, y confirma la sospecha que el sistema de seguridad social cuyo instrumento básico es el Instituto

¹⁴ Amescua Ornelas Norahemid Privatización de los Servicios Médicos. SICCO. Pág. 20

¹⁵ Idem. Pág. 29

Mexicano del Seguro Social se convierte en un gran mercado de salud, en el que los que más tienen más reciben.

El sistema que se pretende implantar tendrá una competencia de mercado, y ante la necesidad de estimular el mercado de salud, se propone que el IMSS proporcione servicios de salud a través de un paquete básico, en caso necesario el trabajador podrá contratar un seguro complementario, para cubrir los servicios que no estén en el paquete básico, ésto significa que los Hospitales Regionales del IMSS podrán ofrecer a los derechohabientes un seguro privado de salud complementario con servicios especiales, sería el caso de un pre – pago o co- pago.

Según los administradores de salud, estas opciones darán oportunidades a aquellos asegurados que busquen comodidades y beneficios extras que pueden obtener junto con su paquete básico y el financiamiento público.

Esta propuesta resulta injusta, debido a que sería imposible que los trabajadores con menos de dos salarios mínimos puedan adquirir el seguro medico privado, pues las cuotas resultarían mayores que sus salarios; para los que ganan entre 200 y 300 dólares mensuales el seguro médico privado les representaría la mayor parte de su salario. Solo los que ganen mas de cuatro o al menos tres salarios mínimos podrán comprar un seguro de salud con cuotas accesibles”¹⁶

“En efecto hoy día el 19% de los cotizantes del IMSS ganan hasta un salario mínimo (110 dólares mensuales); el 35% gana entre uno y dos salarios mínimos (110 y 220 dólares mensuales), y el 16% entre dos y tres salarios mínimos (menos de 330 dólares mensuales)”¹⁷. En éstas circunstancias, la reforma privatizadora esta pensada en

¹⁶ Conchello Dávila José Angel De la medicina social al mercado de salud . 28 de mayo de 1998

¹⁷ Conchello Dávila José Angel Da la medicina social al mercado de salud. 28 de mayo de 1998

beneficios de los que cotizan más de cuatro salarios mínimos, o sea, menos del 20% de la población asegurada, para las cuatro quintas partes de los asegurados significa una oportunidad que no van a poder aprovechar, pero también significa una pérdida de los derechos que tienen adquiridos constitucionalmente frente al seguro social y al estado mexicano.

*Simultáneamente, éstas opciones proporcionan incentivos para que nuevos gerentes de la salud entren al mercado, posiblemente con financiamiento privado y ofrezcan una variedad de servicios junto con el paquete básico, a la vez que sirva para estimular una competencia de precios entre esos gerentes. Así se reconoce que se trata de convertir a la Medicina Social en un Mercado de la Salud estimulando la competencia de precios y una mayor participación de empresas lucrativas privadas en la salud”.*¹⁸

¹⁸ Conchello Dávila José Angel De la Medicina Social al Mercado de la Salud 28 de mayo de 1998.

II MATERIAL Y MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en dos etapas, en la primera se llevó a cabo un estudio sociomédico, cualitativo, exploratoria, por medio de investigación documental. La segunda etapa correspondió a una investigación transversal, aplicada cuantitativa a través de la aplicación de un cuestionario a personal directivo.

Es una investigación sociomédica porque se estudian las repercusiones que ha tenido el IMSS sobre la salud de la sociedad mexicana, a través del mejoramiento de las condiciones de nutrición, del mejoramiento del medio ambiente, del control de natalidad, del estímulo al deporte y en la solución de los problemas de salud.

Cualitativa, porque permite que se revisen cada una de las circunstancias o caracteres adquiridos, que distinguen en este caso a la Reforma del IMSS y porque el tipo de análisis no es estadístico.

Es Exploratoria, porque se analiza al IMSS en su funcionamiento, en sus proyectos, en sus cualidades y en sus defectos.

Es Transversal porque se revisó la documentación desde sus inicios hasta la implementación de la Reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.2 UNIVERSO DE ESTUDIO:

Se basa en la revisión de libros, documentos oficiales y revistas, los más importantes son:

Proyecto de Reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Seguridad Social Mexicana en la ruta de la privatización.

Constitución, Seguridad Social y Solidaridad.

Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943 – 1993.

La Seguridad Social y el Estado Moderno.

Reestructuración de los Servicios de Salud: Cambio de la mezcla Público – Privada.

Privatización de los Servicios Médicos (Subrogación).

Economía y Salud.

Durante la segunda etapa del estudio se aplicaron 30 cuestionarios de opinión a directivos de las Unidades Médicas del IMSS (Anexo 1).

2.3 PROCEDIMIENTOS:

En la primera etapa se realizó un estudio retrospectivo con la revisión de las ponencias presentadas en los Foros: “La Seguridad Social hoy” y “El I.M.S.S.

hoy” los cuales se llevaron a cabo en el Palacio Legislativo en mayo y junio de 1998.

La información de este trabajo procede de la revisión y análisis del documento titulado: “Proyecto de Reforma del IMSS”, versión para evaluación del Banco Mundial, elaborado por autoridades del propio Instituto, en enero de 1998 y de la lectura de obras sobre la Seguridad Social y el IMSS.

Se revisó la documentación relacionada con el estudio, para conocer los puntos de vista de los expertos en el tema. Los documentos revisados fueron escritos de 1994 a la fecha tratando la problemática actual del IMSS; se excluyeron documentos con opiniones extranjeras porque se consideró que no corresponden al desarrollo demográfico, histórico e idiosincrásico del pueblo mexicano.

Posterior a la revisión se identificaron los diferentes puntos de vista, y en mesa redonda con especialistas en la materia de la seguridad social y el IMSS bajo la coordinación del Maestro Jesús Trápaga Reyes se realizó un análisis de la Problemática que presenta el Instituto, con las alternativas de solución dadas por las autoridades del propio Instituto, y las necesidades del Proyecto de Reforma encaminado hacia el bienestar social del pueblo de México.

En la segunda etapa del estudio se aplicó un cuestionario de opinión sobre el Proyecto de Reforma a 30 directivos del Instituto, con la finalidad de conocer si los directivos conocían el Proyecto, habían tenido participación y si éste sería la solución a la problemática que enfrenta el IMSS.

En ésta parte del estudio se eligieron aleatoriamente a 25 Unidades Médicas del Instituto cada una de ellas con 3 directivos, todas ubicadas en el D.F., 18 de ellas

correspondieron al primer nivel de atención y 7 al segundo; se seleccionaron inicialmente 48 directivos que conocían el Proyecto de Reforma y de ellos aleatoriamente se seleccionaron a 30, que además de conocer el Proyecto tuvieran como mínimo 3 años de experiencia en el cargo; de ésta selección 15 corresponden a Directores y 15 a Subdirectores. A los directivos seleccionados se les aplicó el cuestionario de opinión, garantizándoles confidencialidad de la información proporcionada, de la información proporcionada se obtuvieron los resultados enunciados en el capítulo correspondiente.

III. MARCO NORMATIVO

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO:

La búsqueda de la seguridad social es, y ha sido, el objetivo de la humanidad en todos los tiempos y es con la Constitución Mexicana de 1917 que se inician los derechos sociales.

En la evolución de los pueblos siempre ha estado presente el interés por establecer modos que les proporcionen seguridad para el futuro, garanticen su bienestar presente y reivindiquen sus anhelos de justicia. De esta manera se llegó a la creación de los primeros seguros sociales, cuya objetivo era resolver los problemas de inseguridad de la clase trabajadora, como consecuencia del desarrollo industrial y la presencia de enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y desempleo.

Se redactó y aprobó la carta magna de 1917, elevándose a rango constitucional las garantías sociales. Manuel Aguirre propuso que el Congreso de la Unión quedara facultado para expedir leyes respecto al trabajo, cristalizando su idea en la expedición de seguros para los casos de "enfermedad y de vejez".

En 1929 Emilio Portes Gil modificó la fracción XXIX, y se estableció que, "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social", y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes; a partir de 1974 el Presidente Luis Echeverría incluye la Ley sobre Guarderías.

El mandato constitucional ha venido estableciendo reformas a la Ley del IMSS, al promulgar el “bienestar de los trabajadores”, manteniendo una concepción adecuada de justicia social, creando los principios fundamentales que inspirarían esa seguridad social, mismos que aparecen en la Ley del Seguro Social del año 1943.

Lo que en la Constitución era un simple proyecto, se convirtió en realidad en la Ley del Seguro Social, porque la Seguridad Social se basa en principios generales de carácter político-social, que tienen aplicación universal; se trata de dinanismos que impulsan la Seguridad Social, a la par que sirven de guía y meta a la acción legislativa. Estos principios son: el de solidaridad, subsidiariedad, universalidad, Integralidad, igualdad, inmediatez, irrenunciabilidad y eficacia.

Principio de Solidaridad:

El primer principio, esencial e insustituible, fué el de solidaridad, es el elemento esencial en la Ley del Seguro Social. Todos los recursos del sistema de la seguridad social se aplican a la constitución de un fondo común del que derivan los especiales de cada seguro específico, así los de mayor aportación sirven a los de menores ingresos.

Principio de Subsidiariedad:

El principio de subsidiariedad responde a la idea de que los servicios de la seguridad social se apliquen, de manera preferente, a las clases más necesitadas, incapacitadas para enfrentar por si mismas las emergencias.

Principio de Universalidad.

El principio de universalidad pretende que la seguridad social atienda a toda la población. En la Ley del Seguro Social esa es la tendencia como se desprende del artículo 2º, que destaca “tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”. Por ello se establecen tanto el régimen obligatorio como el voluntario, en la inteligencia de que éste es el vehículo que intenta extender los beneficios a toda la población.

Universalidad, no significa que la Seguridad Social deba considerar a la sociedad como simple suma de individuos en iguales condiciones; por el contrario, su gestión obliga a especificar las necesidades propias de cada grupo social (niños, jóvenes, amas de casa, ancianos, etc) como también las que emanan de cada contingencia (invalidez, enfermedad, vejez, etc), pues de éstos supuestos depende el tipo de instrumento a adoptar, las bases de su financiamiento, la clase de prestaciones, etc.

Principio de Integralidad:

Integralidad significa que la Seguridad Social buscará que la cobertura se extienda al mayor número de situaciones que puede enfrentar el hombre, así:

1.- Desarrolla una acción preventiva encaminada a evitar que acaezcan eventos dañosos, en lo que atañe a enfermedades y accidentes.

2.- Se recomienda que todo sistema de seguros sociales tendrá la finalidad de prevenir la pérdida prematura de la capacidad de trabajo.

3.- Cuando la prevención no ha dado sus frutos, la Seguridad Social se dirige a la eliminación de los efectos mediante la acción recuperadora que tiende al restablecimiento de la situación anterior al evento: asistencia médica, farmacéutica al enfermo y nueva ocupación al discapacitado.

4.- En el aspecto económico persigue una función resarcitoria que tiende a suplir la pérdida o disminución de los ingresos cuando éstos se pierden o disminuyen transitoria o definitivamente (jubilaciones, pensiones, subsidios en casos de enfermedad o maternidad). También a remediar mayores cargas -aunque no haya disminución de ingresos- como en los supuestos de nacimiento y crianza de los hijos e inclusive por gastos funerarios.

5.- Cuando la prevención y la eliminación de los efectos no ha dado los resultados esperados, se debe realizar una acción readaptadora y rehabilitadora.

Principio de igualdad:

La igualdad, es el principio supremo de la justicia social y, tal vez, el más difícil de respetar, éste se debe traducir en igualdad de trato en la atención médica, hospitalaria, sin olvidar los instrumentos de prevención, los aparatos de prótesis y ortopedia y otros servicios, entre ellos el de guardería.

Principio de Inmediatez.

Este principio compromete que los servicios lleguen oportunamente, deben operar justo en el momento necesario.

Principio de Irrenunciabilidad.

Este principio impide que los beneficiarios puedan renunciar a las prestaciones, pero no es un obstáculo para dejar de pedir los servicios o, inclusive, para dejar de reclamar los pagos.

Principio de Participación de los Interesados.

Este principio intenta la intervención de los obligados y beneficiarios en la administración de los órganos competentes. No excluye al Estado como gestor principal, lo que induce al peligroso centralismo, pero si compromete la presencia, en lo esencial, de representantes de trabajadores y de los empleadores.

Principio de Eficacia.

Las prestaciones de la seguridad social deben basarse en la certeza y oportunidad de las prestaciones en el sentido de que el interesado debe conocer concretamente cuáles son sus derechos y obligaciones y satisfacerse aquéllas en tiempo útil.

En su primer discurso como Presidente de la República, Manuel Ávila Camacho afirmó: “Es imprescindible aumentar la riqueza nacional para que algún día todos los Mexicanos puedan estar protegidos por las leyes de la seguridad social.... Los trabajadores necesitan la certidumbre de que los beneficios de sus contratos los protegerán en las horas de adversidad,...en la enfermedad y en la vejez”.

3.2. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

La Constitución es la Ley fundamental de un Estado; está compuesta por un conjunto de normas supremas que dirigen la estructura y las relaciones entre los poderes públicos y la situación de los individuos frente al Estado. Está integrada por dos partes:

- a. Dogmática: trata de los derechos fundamentales del hombre y contiene limitaciones del Estado frente a los particulares y,*
- b. Orgánica: organiza el poder público, estableciendo las facultades de sus órganos.*

La vida institucional de la República Mexicana tiene su origen en la Constitución de 1917, sin embargo año con año se han venido promulgando nuevas Leyes que hacen efectivos los principios de libertad, orden, progreso, justicia, moralidad y solidaridad que el gobierno proclamó; se ha establecido el Derecho a la Salud y se decretó la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social.

Para analizar si el Proyecto de Reforma Estructural del IMSS, responde a la Filosofía, Teoría y Práxis de la Seguridad Social, es importante destacar los antecedentes más sobresalientes así como los artículos 3º, 4º, 25, 27 y 123 "A" y "B" (XI), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Resultó importante la inclusión del artículo 123 porque abrió las puertas para legislar en favor de los trabajadores y creó así las bases para implantar desde el 19 de enero de 1943 el régimen del Seguro Social y que comenzó a extenderse a sectores más

*amplios de la población hasta integrarse en 1988 al Programa Nacional de Solidaridad.*¹⁹

El artículo 123 establece derechos a la clase obrera, e instituye el salario mínimo, la jornada máxima de 8 horas, el descanso dominical obligatorio, la reglamentación del trabajo doméstico a domicilio y a destajo, la prohibición del trabajo a menores, la igualdad salarial entre mexicanos y extranjeros, el derecho a la huelga y a pagar indemnizaciones por accidentes de trabajo.

*La idea de crear el Seguro Social estuvo presente desde los discursos de Ricardo Flores Magón y de Francisco I. Madero, y en Querétaro se inició la búsqueda de los mexicanos que la llevarían a la práctica, y fué en 1943 cuando el presidente Manuel Ávila Camacho y un grupo de mexicanos sobresalientes hicieron posible la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social.*²⁰

*La Constitución de 1917 respetó los derechos individuales consagrados en la Carta Magna que la había antecedido; pero generó garantías sociales e impuso obligaciones activas al estado, observándose que sus “principios sociales rebasaban con creces las legislaciones de Estados Unidos, Inglaterra, Bélgica, Francia y Alemania, consideradas hasta entonces como las más avanzadas del orbe”.*²¹

Su influencia fue decisiva para las actas “Constitutivas de América Latina” catalogándose a la Constitución de 1917 como la primera “Declaración de los Derechos Sociales del siglo XX”.

¹⁹ Ruiz Naufal Victor. Constitución. Seguridad Social y Solidaridad. Pág. 11

²⁰ Gamboa Patrón Emilio. Constitución. Seguridad Social y Solidaridad. I M S S. pág. 8

La nueva Carta Magna afectó intereses poderosos y rompió vicios arraigados por siglos y para hacerla valer requirió de grandes esfuerzos y de mucho tiempo. En julio de 1929, Emilio Portes Gil en su calidad de Presidente interino presentó un “Proyecto de Código Federal del Trabajo” y la idea de expedición de una “Ley del Seguro Social”.²²

Con éste preámbulo, en 1931 Pascual Ortiz Rubio promulgó la “Ley Federal del Trabajo” e hizo eco a la Reforma Constitucional con la promulgación de una Ley de Seguridad Social, que comprendiera los rubros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria, de enfermedad y accidente y otros de fines análogos, cumpliendo así su promesa de elaborar un proyecto de “Ley del Seguro Social Obligatorio”, de entre éstos documentos cabe destacar el elaborado durante el gobierno de Abelardo L. Rodríguez donde se insistió en lo indispensable que resultaba el funcionamiento tripartita y fue presentado al Congreso de la Unión durante la administración del General Lázaro Cárdenas. El Ingeniero García Tellez envió un proyecto al Congreso el 27 de diciembre de 1938 cristalizando los objetivos que abordaban los riesgos y enfermedades del trabajo, enfermedades generales, desocupación involuntaria, además de proponer la creación de un organismo que se denominaría Instituto Nacional de Seguros Sociales que sería administrado por representantes del Estado, de los Patrones y de los Trabajadores.

3.3 FUNDACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL:

“La Ley apareció en el diario oficial y el Presidente Manuel Ávila Camacho nombró a Vicente Santos Guajardo como director de la Institución. Después de

²¹ Ruiz Naufal Victor. Constitución Seguridad Social y Solidaridad. Pág. 42

*acuciosas investigaciones en la 2ª quincena de marzo se anunció que el Seguro Social comenzaría a prestar sus servicios en el Distrito Federal a partir del 1º de enero de 1944, fecha en que fue ratificado por decreto de Ávila Camacho, aparecido en el Diario Oficial el 15 de mayo de 1943.*²³

Una vez establecida esa meta se promovió la inscripción de los patrones que se calculaba en 15,000 en el Distrito Federal.

El día 3 de enero de 1944 el Ing. García Tellez asumió la dirección del Instituto y elaboró el Proyecto de Ley que Lázaro Cárdenas presentó en las cámaras; fué además Secretario del Trabajo y Previsión Social en la ejecución de la Ley del Seguro Social Definitiva. En su toma de posesión el nuevo Director se dirigió a los sectores Obrero y Patronal a fin de pedirles su colaboración en la promoción del oportuno pago de sus respectivas cotizaciones.

“Pese a los oscuros pronósticos sobre el retraso en el inicio de los servicios del Seguro Social, García Tellez, se comprometió a abrir oportunamente las puertas de la Institución y así el 6 de enero de 1944 tres días después de tomar posesión del cargo, apareció en los periódicos el desplegado en el que se anunció que habían entrado en vigor en el D.F., los seguros de “Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales; Enfermedades No Profesionales y Maternidad; Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte”, así como los Seguros Adicionales y Facultativos.”²⁴

²² Ruiz Naufal Víctor Proyecto de Ley que Reforma las fracciones VI, IX, y XXX del artículo 123 en el I M S S. Vol 1 Pág 461

²³ Ruiz Naufal Víctor La Federalización de las Normas de Trabajo y los Proyectos de Seguridad Social Pág 60

²⁴ Ruiz Naufal Víctor Fundación del I M S S. Pág 84

El recién creado Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, presidido por el Doctor Miguel Troncoso Tamayo firmó un Convenio para el establecimiento de “Centros de Alfabetización” apoyando la iniciativa del Secretario de Educación Pública Jaime Torres Bodet, y la Ley Federal de Alfabetización para acabar con el analfabetismo en nuestro país dando así el IMSS muestras de las actividades que podría realizar en favor de la Sociedad Mexicana en su conjunto.

Asimismo, el “25 de febrero de 1946 en el Palacio de las Bellas Artes se inauguraron los cursos de la Escuela de Perfeccionamiento para empleados del IMSS”.²⁵ Estos centros de enseñanza tuvieron rápidos y excelentes resultados y en ellos el alumno aprendió lo que es el Seguro Social, su Ley y su organización. Además se impartieron enseñanzas adjuntas sobre higiene y seguridad industrial, prevención de enfermedades generales, educación a las madres sobre puericultura, educación doméstica y recreación deportiva.

El Director García Tellez gestionó la expropiación en aras de “Utilidad Pública”, de muchos terrenos pagados a precios razonables para financiar la construcción de colonias obreras cómodas e higiénicas para resolver el grave problema de la carencia de habitaciones.

De la misma manera, tales disposiciones legales facilitaron la adquisición en los primeros años, de los terrenos ubicados en Xola y Niño Perdido, La Raza, Paseo de la Reforma entre otros. En dichos predios se construyeron casas para los afiliados y para los trabajadores del Instituto, Hospitales, Clínicas y Oficinas administrativas, así como Centros de fomento deportivo, que serían otros medios utilizados por el Instituto para irradiar sus beneficios a la colectividad.

En dicho contexto se dio un acelerado desarrollo del IMSS entre 1945 y 1952; durante éstos años se extendió la inscripción de patrones, trabajadores y beneficiarios tanto en el D.F. como en Puebla, Tlaxcala, Guadalajara y Monterrey; la industrialización dio sus primeros frutos al absorber las manos desempleadas que provenían del campo o bien que ya deambulaban por las ciudades y sus cinturones de miseria. Los salarios eran bajos pero los rigores laborales fueron sobrellevados con la meta de construir hoy para disfrutar mañana.

“Su administración permitió que la Institución incrementara sus ingresos de 150,000 000 en 1948 a 174,000 000 en 1949 y 2,269 millones en 1952. Tales percepciones le permitieron comenzar a otorgar las pensiones del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.”²⁶

Si las reformas jurídico - administrativas dieron pie a que el Seguro acrecentara sus ingresos y extendiera sus servicios a varios Estados de la República; por otra parte hasta el año de 1955, se sucedieron una serie de declaraciones de derechos sociales emitidas por múltiples organizaciones internacionales, a la que el Instituto se adhirió en forma individual o; por extensión, al ser firmados por el Gobierno Mexicano. “De entre ellas cabe destacar la Declaración de Filadelfia del 10 de mayo de 1944; la Carta de Río de Janeiro del 21 de noviembre de 1947; la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre del 2 de mayo de 1948; la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales firmada en la

²⁵ Ruiz Naufal Víctor. Las Prestaciones Sociales como Germen de la Solidaridad I.M.S.S. Pág 93

²⁶ García Cruz. La Seguridad Social. Op Cit Pág 19

misma fecha que la anterior; la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948 y otros muchos más.”²⁷

Fincado en tales documentos, el Instituto fue forjando lo que sería su doctrina de Solidaridad Social “Todos los seres humanos sin distinción de raza, credo o sexo, tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades”²⁸

Por otra parte el otorgamiento de algunos servicios a la población abierta dio como resultado una nueva cultura médica y es la de la prevención, al imperar éste nuevo punto de vista, no solo se tomaron en cuenta las campañas de vacunación, de higiene, o de prácticas deportivas, sino también aquellas tendientes a elevar las condiciones materiales de vida, como el drenaje, agua potable, vivienda, alimentación, contaminación ambiental y educación de la población.

En 1956 se hizo del conocimiento público un programa “para el mejoramiento del hogar mexicano y de la Salud Familiar, habiéndose establecido los primeros clubes pilotos para la enseñanza de la dietética, prácticas de higiene, primeros auxilios, corte y confección, música, danza regional, danza moderna, teatro guiñol, cultura de belleza, educación física, juguetería y cocina. Pronto la realidad rebasó a la Ley y se descubrió que las prestaciones no debían constreñirse a la población asegurada y se extendió este beneficio inclusive al ámbito rural.

²⁷ Textos Fundamentales en Declaraciones de Derechos Op Cit Pág. 15 y textos íntegros en seguro social Op Cit Vol 3 Pág. 792

IV RESULTADOS

4.1 LA PROBLEMÁTICA CONTEMPORÁNEA DEL IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la Institución de seguridad social más grande de México. A 59 años de su creación da cobertura a casi 37 millones de mexicanos, cuenta con una infraestructura superior a 1,700 unidades medicas, cubre 1,500 000 pensiones mensualmente, recibe cerca de 61,000 niños en sus guarderías, asisten a sus instalaciones medicas más de 700,000 personas y nacen en ella 1 de cada 3 mexicanos.²⁹

Hoy el Instituto vive una época de fuerte crecimiento demográfico; en 1985 la población nacional llegó a 77.9 millones de habitantes y para 1995 alcanzó 91.6 millones, lo que significa una tasa de crecimiento medio anual de 1.63%, es ese mismo lapso, la población derechohabiente ascendió de 31.5 a 34.3 millones con un crecimiento medio anual de 0.85%.³⁰

Sin embargo, en años recientes el gasto en inversión del Instituto ha sido apenas superior al 2% de sus ingresos, y si bien para 1998 se alcanza un nivel de aproximadamente 3%, este se considera insuficiente para cubrir las necesidades más urgentes, para subsanar esta problemática el Instituto ha desarrollado un Programa de Inversión 1998-2000, teniendo como fin un fuerte crecimiento del

²⁸ Declaraciones de Derechos. Op Cit. Pág. 17

²⁹ Ley del Seguro Social Instituto Mexicano del Seguro Social. Noviembre 1996

Instituto, que debe mantenerse hasta la próxima década para ampliar en forma importante la red de protección social para las familias mexicanas.

La dinámica demográfica se refleja en mayor demanda y requerimientos de salud de la población derechohabiente, en mayor ritmo de crecimiento, cambios en la distribución geográfica y aumento de la esperanza de vida.

El crecimiento demográfico ha sido importante, ya que a medida que disminuye la fecundidad, se invierte la pirámide poblacional aumentando la población de 60 años en adelante repercutiendo en el incremento de los padecimientos crónico degenerativos y por lo tanto en los gastos requeridos, sin dejar de presentarse los problemas transmisibles en los jóvenes.

“El crecimiento demográfico y la migración del campo hacia grandes ciudades, ha generado un proceso urbano rural dual, con aumento de la concentración de la población en una cuantas ciudades, sin embargo existen aproximadamente 140 mil localidades con menos de 500 habitantes, en las que sólo vive el 12.3% de la población y que es imposible atender en sus necesidades de salud.”³¹

Después de varias décadas de crecimiento, circunstancias internas y externas llevaron al país a la crisis económica, que aunado a las devaluaciones de 1976, 1987 y 1994, originaron una disminución importante en la planta productiva del país, disminuyendo por consiguiente las posibilidades de las empresas para:

- a) Incrementar la oferta de puestos de trabajo y*
- b) Otorgar incrementos salariales que restituyeran la pérdida del poder*

³⁰ Los datos demográficos son estimaciones desarrolladas por CONAPO y el I M S S con relación a la población derechohabiente

adquisitivo causada por la inflación.

Todo lo anterior generó en el I.M.S.S. una crítica situación financiera debido a que su operación depende de: 1) Aumento del empleo, 2) De los salarios de los trabajadores y 3) De las formas de organización del trabajo y de la familia. Así mismo la inflación provocó elevado crecimiento de los precios de los insumos (medicamentos, material de curación, ropa, alimentos, etc), de igual manera la devaluación de la moneda incremento los costos de los productos que el Instituto adquiere del extranjero (reactivos, biológicos y equipo e instrumental médico-quirúrgico).

A los problemas económicos del país se ha sumado la insuficiencia financiera crónica que ha enfrentado desde su creación el IMSS al dar servicio a los trabajadores y sus familias sin recuperar las cuotas, originando así un déficit; y éste déficit está provocado por los gastos de Enfermedad y Maternidad que hasta junio de 1997 fue subsanado con recursos destinados a los ramos de Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad avanzada y Muerte; así como el Seguro de Guarderías. Sin embargo con la nueva Ley del Seguro Social se impide que se transfieran recursos de uno a otro ramo, lo que obliga al Instituto a implementar cambios para continuar la cobertura en todas las áreas, sin incrementar las cuotas a los obreros y patronos.

A éstos factores se añadieron: Un aumento de la población pensionada, un aumento de la demanda de servicios, ocasionada por la pérdida del poder adquisitivo, aumento de inscripciones de población derechohabiente con reducida capacidad contributiva, brindar atención médica sin pago de cuotas por 6 meses a los asegurados y a sus familiares habiendo perdido su empleo, y brindar atención

³¹ Proyecto de Reforma del I M S S. Archivo Documento Integral. Enero 1998

médica de urgencias a población no derechohabiente de escasos recursos que lo soliciten.

Se debe reconocer que para dar paso a la nueva “Seguridad Social” que demandan los trabajadores y que necesita el país en los albores del siglo XXI, es indispensable fortalecerla para corregir deficiencias, superar limitaciones y sentar bases sólidas en los diversos niveles de organización; a efecto de lograr que la seguridad social mexicana sea, la vía por la cuál se avance hacia la justicia social que reclama la población.

El I.M.S.S. ha puesto en práctica una organización de servicios médicos en 3 niveles:

PRIMARIO. Orientado a la prevención de enfermedades y a la atención de los problemas más comunes de salud que no requieren tecnología compleja ni hospitalización.

SECUNDARIO. Basado en la Consulta externa o de Hospitalización a cargo de especialistas clínicos básicos (Cirugía General, Pediatría, Ginecobstetricia y Medicina Interna) y los especialistas de apoyo (Anestesiólogo, Patólogo, Laboratorista y Radiólogo).

TERCIARIO. De muy alta especialidad, que además sirve de apoyo a la Enseñanza e Investigación biomédica y sus aplicaciones.

Los niveles de atención se han ligado al proceso de regionalización. El tipo de Unidad, El tamaño y recursos dependen del nivel de los servicios otorgados y del número de personas a cubrir.

El primer nivel ocurre en consultorios instalados en Unidades de Medicina Familiar localizadas cerca del sitio donde viven las personas ó bien el primer nivel se da con acciones extramuros.

La Atención Secundaria presta servicios a grupos de población referidos de una zona de influencia mas amplia y se imparte en Hospitales Generales Regionales ó Zonales con recursos especializados de personal, equipo e instalaciones.

La Atención Terciaria se ubica en algunas ciudades, se imparte en Centros Médicos o en Hospitales de Especialidad que funcionan como concentración.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Los principales problemas detectados en este nivel son:

- Largas esperas para recibir consulta.*
- Diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico.*
- Falta de medicamentos por abastecimiento insuficiente, debido a la baja capacidad de gestión y rigidez del sistema actual.*
- Escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de las Unidades, por elevados costos de las nuevas tecnologías.*
- Falta de motivación del personal.*
- Despersonalización de la relación médico-paciente.*
- Insatisfacción del usuario y quejas por la imposibilidad de establecer una relación médico-paciente confiable y efectiva.*
- Insatisfacción de trabajadores y empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades.*

-Ausencia de controles efectivos que impidan abusos, sobre todo en la expedición de recetas y ordenes de estudios de laboratorio y gabinete.

-Los Directivos de Unidades muestran bajo nivel de capacidad en materia de efectividad gerencial y administración.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

Desde hace algún tiempo, este nivel de atención se ha visto afectado por la obsolescencia del equipo Médico que se utiliza. Numerosos problemas han dado origen a esta situación, entre los que destacan:

- 1.- La insuficiencia presupuestal para resolver los problemas que representan la obsolescencia y el deterioro de los equipos en operación.*
- 2.- La falta de concreción de un programa anual para la adquisición de bienes de inversión que responda a las necesidades planteadas.*
- 3.- La acumulación de requerimientos durante años, con probable duplicación por falta de una respuesta adecuada.*
- 4.- La triangulación en la autorización de solicitudes de los requerimientos y los métodos manuales que se utilizan para el registro de la adquisición de los recursos.*

A nivel Institucional se han realizado algunos esfuerzos aislados, que han sido exitosos, para mejorar la operación de las unidades médicas, sin embargo prevalece una concepción limitada acerca de los beneficios que puede traer un mejor uso de la nueva tecnología médica, en términos de productividad más elevada, mejores servicios y aumento del bienestar.

La elevación de los costos hospitalarios por la alta tecnificación que se alcanza en este tipo de Unidades Médicas ha inducido al uso de técnicas médicas como la cirugía ambulatoria , la atención del embarazo de bajo riesgo y la cirugía laparoscópica, lo que se facilita con el avance tecnológico de métodos auxiliares de diagnóstico más rápidos y precisos.

La atención que se brinda en este nivel se enfrenta con los siguientes problemas:

1.- Los cuerpos de gobierno en los hospitales se limitan a la instrumentación de los programas administrativos y médicos establecidos a nivel central, sin tener capacidad de asignar sus recursos presupuestales a la satisfacción de sus necesidades.

2.- La administración y presupuestación de los hospitales son sumamente dependientes del centralismo institucional y la rigidez en las relaciones laborales.

En algunas áreas donde existe Unidad de Medicina Familiar con Hospital se da una desviación indiscriminada de pacientes, lo que ocasiona largas filas de espera, saturando la estructura del hospital.

El grado de insatisfacción del usuario tiene su origen en problemas relacionados con el abasto inoportuno de medicamentos e insumos relacionados con el diagnóstico, la saturación de las áreas de urgencias y el diferimiento de consulta de especialidades e intervenciones quirúrgicas.

Los auxiliares de diagnóstico tienen un costo muy elevado, lo que reduce los márgenes de inversión que permitirían aumentar la oportunidad de la atención. Existen además serios problemas de obsolescencia de equipo.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN:

De manera similar al segundo nivel, los problemas básicos que generan insatisfacción están directamente vinculados a la estructura administrativa del sistema.

La limitada capacidad de gestión de los cuerpos de gobierno de las unidades inhibe su propia experiencia administrativa y de visión para implantar mejores condiciones de servicios. Es así como se repiten las quejas por:

a) Abasto inoportuno de medicamentos e insumos de diagnóstico, generando atrasos significativos en la atención de los pacientes.

b) Diferimiento en consulta de especialidad e intervenciones quirúrgicas.

Los elevados costos de los auxiliares de diagnóstico reducen significativamente los márgenes de reinversión en equipo necesarios para incrementar la calidad del servicio prestado. Esta situación se agudizó más en la década pasada, cuando por falta de recursos no se renovó el instrumental y equipo, generándose un rezago que hasta la fecha no se supera completamente.

Las unidades de Medicina Familiar como los Hospitales de 2° y 3er. Nivel se financiaron a través de las cuotas del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

El financiamiento del SEM presenta crónicamente insuficiencia financiera desde su origen. Al ser creado este ramo en 1943 sus cuota fueron calculadas sólo para dar protección al trabajador, se tomó una decisión favorable para la “seguridad social” dando desde el principio protección a los familiares directos, generándose así su desfinanciamiento; por esta razón “desde hace 5 décadas, los remanentes del seguro de ICBM fueron dedicados a subsanar dicho déficit. De igual forma desde 1973 el SEM se ha financiado complementariamente con recursos provenientes del ramo de guarderías, lo que es igualmente erróneo e insuficiente.”³²

Existen otros factores que han contribuido al desfinanciamiento del ramo:

- 1.- Expansión de los beneficios.*
- 2.- Aumento en el costo de los servicios y*
- 3.- Aseguramiento a grupos de trabajadores con salario mínimo, los cuales no cuentan con bases que los haga autofinanciables.*

Cabe señalar que la “Ley del Seguro Social que entró en vigor el 1º de julio de 1997, no permite la transferencia de recursos de un ramo de aseguramiento a otro”,³³ por lo que los subsidios que se presentaron anteriormente ya no se podrán seguir practicando.

Para financiar las prestaciones en dinero, la nueva ley condiciona que debe ser bajo una contribución tripartita de la siguiente manera:

- 1.- Una cuota fija gubernamental.*
- 2.- Una cuota fija patronal de 84 pesos mensuales, la cual se incrementará conforme los incrementos del salario mínimo.*

³² Proyecto de Reforma del I M S S Aspectos Financieros Pág 28

³³ Proyecto de Reforma del I M S S Aspectos Financieros. Pág 28

3.- Una cuota del trabajador del 1% del salario base de cotización, sin embargo, para aquellos trabajadores que perciben de 3 salarios mínimos en adelante, irá con un 8% adicional (El patrón aportará el 75% de esa cuota y el trabajador el 25% restante).

Asimismo, se incluye la creación de un Seguro de Salud para la Familia en el cual, a través de una cuota de 135 pesos mensuales, cualquier trabajador que no sea sujeto del régimen obligatorio podrá establecer un contrato con el Instituto para que él y su familia tengan derecho a las prestaciones médicas que otorga el I.M.S.S.

El sistema de cuotas busca garantizar que la situación financiera del Seguro de Enfermedad y Maternidad no vuelva a sufrir los desequilibrios financieros por los que atravesó en las décadas anteriores y que éste mantenga un desarrollo sostenido, garantizando a los derechohabientes servicios de calidad.

Para subsanar la problemática por la que se encuentra el Instituto, éste emprendió una Planeación a largo plazo que puede anticipar “resultados significativos” si se “asocian a recursos financieros complementarios” que combinen un alto impacto con una recuperación, producto de la competitividad en el mercado de provisión de servicios y economías en diversos rubros de gasto.

Una opción viable es acceder al Financiamiento de Organismos Internacionales que apoyen el proceso evolutivo del I.M.S.S., entre los cuales destaca el Banco Mundial, que en su calidad de agente promotor del desarrollo económico y social, vincula la asistencia técnica con aportaciones monetarias para inversiones sustentables y cambios estructurales, como los que se plantean en el Proyecto de Reforma del Instituto.

4.2. PROYECTO DE REFORMA DEL I.M.S.S.

El Sistema de Salud Pública conformado por los Institutos de Seguridad Social y la Secretaría de Salud está rezagado tanto organizacional como tecnológicamente, lo que se traduce en problemas de:

- 1) Incoordinación entre unidades proveedoras.*
- 2) Duplicidad e insuficiente cobertura y*
- 3) Baja productividad y calidad deficiente.*

El Sistema además es altamente inequitativo, ya que la cobertura está fragmentada por grupos de población, lo cual conduce a una diversificación incompleta de riesgos de salud, más grave aún, las aportaciones federales al sistema no siempre obedecen a una metodología sustentada en necesidades clínicas, lo que se traduce en un servicio heterogéneo y en ocasiones regresivo.

La Reforma del Sector Salud de México, se dirige a tres grandes propósitos:

- 1.- Aumento de la eficiencia y la calidad de la prestación médica mediante mayor competencia con el sector privado y el fortalecimiento de la gestión pública.*
- 2.-La descentralización del sistema.*
- 3.- La ampliación de la cobertura.*

Para llevar a cabo estos propósitos, el IMSS ha implementado sus respectivas estrategias a efectos de introducir una serie de transformaciones que sustenten la búsqueda de una cobertura universal bajo esquemas de financiamiento y prestación de servicios novedosos que permitan aumentar la eficacia y la calidad

en la prestación, mejorando la distribución equitativa de los recursos federales entre regiones y grupos sociales, así como la implantación de elementos de competencia interna que faculten incorporar incentivos a la calidad y eficiencia y una reestructuración organizacional que oriente al sistema hacia una operación por línea de producto que satisfaga las necesidades de salud de la población.

El Banco Mundial ha expresado su interés en participar en la reforma de salud en México con apoyo técnico y económico. El apoyo técnico guiará el proceso de reforma, tomando en consideración las experiencias de otros países que presentan obstáculos y alternativas de solución comunes al caso mexicano.

“Para llevar a cabo este proceso de cambio se ha formulado un proyecto global denominado “Proyecto de Reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social” a financiarse con recursos del Gobierno Federal y del Banco Mundial, bajo los siguientes objetivos generales.”³⁴

- 1.- Fortalecer la capacidad institucional de respuesta para enfrentar los retos futuros.*
- 2.- Ampliar la cobertura y proporcionar a la población derechohabiente servicios resolutivos con calidad y eficiencia.*
- 3.- Propiciar la igualdad de oportunidades y de condiciones que aseguren a la población derechohabiente “El Disfrute del Derecho a la Salud”.*
- 4.- Asegurar la viabilidad financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante: La separación clara del financiamiento y la provisión del servicio y, las asignaciones presupuestales equitativas y no discrecionales.*
- 5.- Aumentar la eficiencia del sistema para mejorar la satisfacción de los usuarios mediante el desarrollo de incentivos de eficiencia y calidad.*

6.- Minimizar el impacto fiscal de las reformas jurídicas a la “Seguridad Social” y asegurar la transparencia en la gestión de los recursos de la misma.

A efecto de apoyar el proceso de reforma, el Gobierno y el Banco Mundial han acordado que dentro del mismo marco de referencia habrá dos subproyectos interligados con objetivos y condiciones que contribuirán al alcance de los objetivos generales del Proyecto de Reforma del IMSS.

A) SUBPROYECTO MÉDICO-FINANCIERO.

Se define como la incorporación de nuevas políticas de separación de servicios y de financiamiento, que propician una elevación de calidad, una mayor cobertura y un equipamiento de las Unidades Medicas. “El costo de este subproyecto es de 594.7 millones de dólares más un 10%, lo que significa un monto de 654.17 millones de dólares que representa el 93% del costo total del Proyecto de Reforma.”³⁵

El subproyecto se relaciona con los aspectos medulares de la Reforma del I.M.S.S. y está estructurado por tres componentes:

- 1. Políticas Financieras.*
- 2. Cambios Estructurales.*
- 3. Fortalecimiento de las Unidades.*

³⁴ Proyecto de Reforma del I M S S Pág. 32

³⁵ Proyecto de Reforma del I.M.S.S Subproyecto Médico Financiero Pág.34

Los dos primeros están orientados a desarrollar mecanismos innovadores de presupuestación y políticas acordes con el entorno macroeconómico del país, en los cuales se reconoce la necesidad de adecuar los marcos de regulación que limitan el accionar Institucional en cuanto a la prestación de servicios. El tercer componente está dirigido a financiar equipo, mobiliario, instrumental médico y consumibles asociados a ellos, vinculados a proyectos de modernización de la gestión, con el propósito de racionalizar los costos de operación y mantenimiento, ofrecer servicios de salud en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios en condiciones de eficacia.

1.- COMPONENTE DE POLÍTICAS FINANCIERAS:

Incluye la creación de un fondo solidario de salud que defina la separación del financiamiento y la provisión de servicios. Este fondo deberá estar regulado de tal forma que la inversión de las ganancias identifiquen claramente cómo se administraron y qué tipos de reportes y criterios de contabilidad serán aplicados.

La reglamentación de la inversión deberá ser valorada satisfactoriamente por el Banco Mundial, y la S.H.C.P. presentará en el primer año de ejecución del proyecto los documentos respectivos.

Bajo la nueva estructura corporativa del I.M.S.S. se contempla el desarrollo de un plan de acción e instrumentación del sistema de capitación que contenga criterios de equidad, estrategias para la ubicación de recursos entre regiones y zonas médicas, bajo un mecanismo per cápita y de reembolso por servicios de alto

costo y uso de alta tecnología para la contratación de servicios en zonas médicas y hospitales de 3er nivel con instrumentos de pago prospectivo.

Una alternativa ideal para la renovación del equipo biomédico sería generar un fondo de reserva con recursos equivalentes a la amortización contable anual, misma que regularmente se hace en los estados financieros. Si esta provisión real se sigue ortodoxamente, ésta permitirá renovar el equipo adquirido al final de su vida útil. Se requiere generar una secuencia de trabajo que permita:

1.- Asegurar que la amortización del bien coincida realmente con la pérdida de vida útil del bien, (incorporando los conceptos de vida útil teórica del equipo en función de su carga de trabajo y nivel de mantenimiento preventivo y correctivo y de obsolescencia tecnológica).

2.- Construir la correspondiente reserva de capital.

3.- Lograr un manejo diferenciado y eficiente de las cuentas generales de los fondos de capitalización.

Con esto, se habrán dado los pasos para que la Institución cuente con los fondos necesarios para la renovación del equipo.

Los mecanismos para instrumentar la elegibilidad de los servicios deberán incluir el desarrollo de un sistema informático que incorpore la base de datos de afiliación al Seguro de Salud, que tendrá su expresión en la ampliación de cobertura al facilitar la incorporación voluntaria; asimismo se requiere de un sistema de clasificación de pacientes en relación a grupos relacionados de diagnóstico y como mecanismo de gestión clínica y de pago. Esta estrategia pretende incorporar esquemas de contratación de servicios entre los diferentes niveles de organización de la red, por lo que será necesario desarrollar modelos

de contratos entre el fondo solidario de Salud y las zonas médicas; el Fondo Solidario de Salud y los Hospitales de Especialidad; las zonas médicas y las Unidades aplicativas y, las de éstas últimas entre sí.

La orientación validada de recursos derivados de las fórmulas de capitación, tendrán su reflejo en la asignación de presupuestos específicos para cada zona médica, los cuales implicaran además, un fuerte apoyo a la desconcentración operativa de la Institución.

Finalmente en este componente se incluye el desarrollo de un plan de acción para fortalecer la capacidad de supervisión de los mecanismos de control existentes, entre los cuales se valoraran los aspectos de regulación financiera y de provisión de servicios, así como la utilización de contratos entre zonas médicas.

2.- COMPONENTE DE CAMBIOS ESTRUCTURALES:

A efecto de ejecutar los nuevos procesos que se conciben en el desarrollo institucional, será necesario adecuar la estructura corporativa del Sistema de Servicios de Salud del I.M.S.S, la cual contempla una clara separación del financiamiento y la provisión de servicios, incorporando nuevos controles financieros y de soporte técnico que permitan agilidad en los registros y en la toma de decisiones a nivel local, facilitando la desconcentración de servicios sin menoscabo del control normativo de las áreas centrales.

La organización de los servicios bajo el control regional incorpora la modalidad de operar los servicios con un área que funcione como eje de referencia y

contrarreferencia de pacientes, y que adquiriendo independencia operativa propicie: una mayor cobertura, una mejor utilización de servicios financieros y, un franco desarrollo de las unidades menos complejas.

Como consecuencia de los ajustes de los cambios estructurales se conciben estudios tendientes a asegurar la calidad de atención, en este contexto el Instituto ha desarrollado un modelo de encuestas rápidas para medir la percepción de la calidad del servicio, que se espera genere con su aplicación una retroalimentación en los procedimientos de oferta.

Se concibe con todo esto, que el componente de cambios estructurales desemboque en importantes modificaciones de la gestión, ya que incluyen implícitamente mecanismos de simplificación y sistematización en las acciones que se emprendan.

3.- COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DE LAS UNIDADES MEDICAS

Se define como la Constitución innovadora de una reserva de dinero a través de la cual las unidades médicas del sistema realizarán inversiones en equipamiento estrechamente vinculadas a modernización de la gestión, con el objeto de ofrecer Servicios de Salud de calidad en cantidad suficiente, para cubrir la demanda de servicios a la población derechohabiente en condiciones de eficacia y eficiencia.

El componente financiará: equipo médico que incluye el contenido de los cuadros básicos de equipamiento en los tres niveles de atención. Así como elementos de informática que incluyen: Microcomputadoras, impresoras, accesorios y software.

Ante la perspectiva inmediata de que el Instituto asuma un papel de proveedor y comprador de servicios como consecuencia de una legislación y de la subrogación integral de servicios, resulta indispensable que la infraestructura en equipo sea suficiente y de calidad, para garantizar un grado de competencia aceptable y que se introduzcan vigorosos instrumentos y capacidades de gestión para generar una mejor estructura administrativa, que sea notoriamente orientada a la satisfacción de las necesidades y demandas de los usuarios de los Servicios de Salud.

Estudios recientes efectuados por las coordinaciones de atención médica y de construcción, conservación y equipo mostraron que las condiciones de operación y obsolescencia del equipo eran muy graves, concluyéndose que la infraestructura del Instituto en equipo e instrumental tiene un promedio de vida cercano a los 20 años, lo que representa una cifra mayor que la vida útil estimada para los mismos; hay problemas de sub o sobreutilización, ya que se observa una limitada capacidad de los recursos humanos para dar mantenimiento; siendo frecuentes la escasez de insumos y refacciones y además hay una ausencia casi absoluta de registro sobre su efectividad.

“Con el fin de sustituir el equipo obsoleto de las Unidades y equiparlas con tecnología de alta efectividad, se ha diseñado un fondo innovativo de inversión para fortalecer la capacidad resolutive de las unidades médicas, el cual será el mecanismo que sobre la base de subproyectos específicos jerarquice la orientación del gasto y tenga repercusión en el abatimiento de los altos costos de

*conservación y mantenimiento, que en el transcurso de los últimos años han significado una elevada proporción del gasto de operación del Instituto.*³⁶

Para asegurar que las inversiones sean compatibles a las políticas de Reforma del I.M.S.S, el Fondo Innovativo de Inversión financiará Subproyectos que estén vinculados con la modernización en la gestión y que cumplan con los requisitos de elegibilidad y los lineamiento de operación.

La gestión y organización del Instituto descansan hoy fundamentalmente en un modelo que podría caracterizarse como de una planificación normativa, lo que se agrava por su enorme tamaño y por una historia y cultura que han concentrado en gran manera la toma de decisiones. Este modelo está siendo transformado desde hace ya algunos años por la propia Institución, mediante la mejora y desconcentración de los procesos administrativos y la regionalización del sistema.

Es fundamental para el I.M.S.S. introducir en sus primeras fases de modernización instrumentos y capacidades de gestión de manera que sea posible una mejoría de la oferta existente, ello implica la incorporación de incentivos institucionales alineados con la mejora de la productividad, calidad y contención del costo de los servicios; una presupuestación prospectiva; planes de servicio que permitan reestructurar la oferta; prevención de la prevención y resolución de los problemas de salud en los niveles primarios de atención, aprovechamiento de las nuevas tecnologías no invasivas, esquemas de provisión indirecta de servicios (subrogación); modelos de gestión clínica que impliquen a los profesionales médicos en el uso adecuado de los recursos y nuevas formas de gestión de salud basadas en capacitación metodológica y gerencial de las autoridades zonales, delegacionales y regionales.

³⁶ Proyecto de Reforma del I.M.S.S. Componente Financiero Pág. 38

El Fondo Innovativo de inversión tendrá un comité técnico central constituido por personal experimentado de las áreas médicas, de infraestructura y financiera, que delegará responsabilidad para la evaluación y aprobación de subproyectos a nivel delegacional, con la excepción de algunas categorías de equipo.

Con el propósito de fomentar la competencia entre las Unidades Medicas, zonas delegacionales y regiones, el diseño del fondo innovativo de inversión contempla dos categorías de gasto:

- a) Un fondo básico y*
- b) Un fondo complementario.*

“Al fondo básico le serán destinados 80% de los recursos para ser atribuidos a la totalidad de las Unidades Medicas y Administrativas del sistema”.³⁷ A efecto de lograr una asignación presupuestal eficiente y equitativa, la distribución del fondo se realizará por un mecanismo a través del cuál los recursos se orienten en función directa de la población derechohabiente usuaria y de la enfermedad que se enfrenta.

Los recursos de éste fondo innovativo de inversión serán asignados por la zona médica. Las Unidades de salud de cada zona presentarán subproyectos que incluyan:

- A) Inversión en equipos y obras civiles de adecuación.*
- B) Aceptación que el personal directivo de la Unidad seguirá un curso básico de gestión, organizado por las áreas de nivel central del I.M.S.S.*

C) Propuesta de modelos de gestión asistenciales, tales como: Atención en unidades de corta estancia, internación domiciliaria y modelos de atención en banda continua en la consulta externa de los hospitales.

La inversión en equipo deberá ser relacionada a 10 ó 15 problemas principales de salud en la población derechohabiente usuaria del Instituto, sobre la base de una combinación de: años de vida perdidos, prioridades estratégicas de salud del I.M.S.S. y una opinión de expertos.

Además, se diseñarán pre-proyectos que ligen la inversión en equipo con la introducción de cambios en el modelo de atención, para permitir que la producción de los servicios pueda llevarse a cabo de manera más eficiente y ordenada, con mayor calidad y satisfacción de los usuarios.

Los recursos para el Fondo Complementario alcanzarán el 20% de la bolsa asignada al componente y serán dotados a nivel regional de manera capitada y según el peso de la enfermedad que se enfrenta. Las Unidades médicas de cada región competirán con propuestas bien estructuradas que incluyan:

A) Inversión en equipo y obras civiles de adecuación que dada su especificidad no pueda ni deba ser implementada en el fondo básico.

B) Propuesta de optimización de la tecnología solicitada, asociada a mejoramiento de gestión específica.

C) Propuesta de capacitación específica.

La asignación global de los recursos de fondo concursable de inversiones se realizará con la siguiente distribución:

³⁷ Proyecto de Reforma del I M S S Componente Financiero Pág. 39

	FONDO BÁSICO (80% MÁXIMO)	FONDO COMPLEMENTARIO (20% MÍNIMO)	TOTAL 100%
EN MILES DE US.	470,960	117,740	588,700
DLS.			
%	80%	20%	100%

En los casos en los cuales los subproyectos de inversión básica no eroguen los montos atribuidos, dichos montos al pertenecer a las Unidades pueden servir para desarrollar proyectos competitivos u otros básicos, complementados con recursos del proyecto o del presupuesto normal. El límite de recursos propios de la Unidad estará sujeto al factor tiempo, que se especificará en la convocatoria anual que emita el nivel central normativo.

La calendarización y programas de inversión durante el trienio de ejecución del proyecto, así como los montos a asignar por nivel de atención, guardarán las siguientes proporciones:

	1998	1999	2000	TOTAL
PRIMER NIVEL	4.7%	1-6%	1.6%	7.9%
SEGUNDO NIVEL	24.5%	19.9%	21.8%	66.2%
TERCER NIVEL	14.8%	6.6%	4.6%	25.9%
TOTAL	44.0%	28.0%	28.0%	100.0%

La razón de la gradualidad presentada en los cuadros expuestos es asegurar un mayor impacto de beneficios sobre la población derechohabiente, a través de la instrumentación de acciones más costo-efectivas y con mayor impacto sobre las enfermedades más frecuentes, además de prever una contención de los costos de la atención.

El programa de inversiones para el trienio 1998-2000 se establece en el documento denominado "Proyección Financiera 1998-2000".

Para contribuir al fortalecimiento de desconcentración del IMSS, las propuestas de inversión del primer nivel serán evaluadas y aprobadas por las zonas médicas; las de segundo nivel por las delegaciones y las de tercer nivel serán evaluadas y aprobadas por nivel central.

Con la finalidad de asegurar un acceso ágil a las dos categorías de gasto, el Fondo Innovativo de Inversión contempla mecanismos apropiados para la gestión financiera y administrativa que permitan garantizar rapidez en la aprobación de los subproyectos que se presenten, en el desembolso ágil de los recursos y en la equidad de su asignación.

Por otra parte, para asegurar la sustentabilidad de la inversión, existe la necesidad de construir un fondo de amortización que garantice a largo plazo el reemplazo del equipo financiado por el proyecto. El principio para la conformación del fondo se basa en que el instituto invertirá un porcentaje del costo del equipo que adquiera como fondo de reserva a ser gestionado centralmente, el que administrado con adecuadas tasas de interés se vaya

incrementando gradualmente, de forma tal que al término de la vida útil del equipo se cuente con recursos suficientes para su reposición.

En consecuencia, será importante que las Unidades de salud beneficiarias del fondo de amortización reciban periódicamente un balance del dinero acumulado a su nombre, para propiciar su ejercicio de manera desconcentrada en lo futuro.

Los recursos para la integración del fondo de amortización pudieran provenir en principio de las economías que se tengan en el rubro de conservación o bien de los ahorros que se generen ante la introducción de equipo nuevo por el proyecto, como pudieran ser aquellos para el establecimiento del programa de cirugía laparoscópica o ambulatoria de litotripsia, montos que pueden ser potencializados sensiblemente por otros programas en desarrollo como laboratorios y cirugía oftalmológica; sin embargo, existe la necesidad de que sea el propio Instituto quien defina su origen.

Por otra parte, se reconoce que la introducción de equipo nuevo en las Unidades Médicas, generaría costos recurrentes asociados a la operación, los cuáles serán absorbidos en el presupuesto normal.

B) SUBPROYECTO DE ASISTENCIA TÉCNICA.

“Este Subproyecto facilitará las actividades operacionales del subproyecto financiero antes enunciado. Propicia estudios y consultorías que son fundamentales para el desarrollo del fortalecimiento Institucional. El costo de

*este componente asciende a 41.67 millones de dólares, más 4 millones de contingencias de precio, que representan aproximadamente el 7% del costo total del Proyecto de Reforma del IMSS y que se desagregarán en los diversos niveles organizativos para garantizar también equidad y calidad técnica homogénea.*³⁸

Su conceptualización supone:

- 1.-La generación de estudios de apoyo en materia de modelos presupustales.*
- 2.-Modificación de esquemas de compra y venta de servicios.*
- 3.-Estratificación de padecimientos y de costos de atención.*
- 4.-Desarrollo de esquemas de simplificación administrativa y en materia de evaluación tecnológica.*
- 5.-Modelos alternos de gestión.*
- 6.-Consultorías permanentes de soporte en materia de capacitación gerencial.*
- 7.-Control de procesos y auditorías.*
- 8.-Asignación de recursos para la creación de plazas de ingenieros biomédicos.*
- 9.-Asignación de recursos para la conformación de la Unidad Coordinadora del Proyecto.*

Esta categoría de gasto permite al Instituto la flexibilidad necesaria para que las Unidades de Salud u otros organismos del Instituto Mexicano del Seguro Social puedan satisfacer necesidades de asistencia técnica o de capacitación que puedan surgir de la Reforma, pero que dada su especificidad no pueden ser especificadas en esta etapa del proyecto.

La asistencia técnica del Banco Mundial será básica y deberá incrementarse notablemente a lo largo de la planeación y ejecución del Proyecto de Reforma.

³⁸ Proyecto de Reforma del I.M.S.S. Subproyecto de Asistencia Técnica Pág 43

Este subproyecto está estructurado por dos componentes:

1. COMPONENTE DE APOYO TÉCNICO:

En lo que atañe a consultorías permanentes de soporte al desarrollo de la capacidad gerencial, éstas se dirigirán a realizar estudios de fortalecimiento de la autonomía de la gestión de los prestadores de servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para:

- Mejorar su rendimiento.

- Desarrollar un modelo de incentivos, ligado a mejoras substanciales de gestión.

- Potencializar la productividad de las Unidades Médicas y

- Establecer un control de procesos.

Todo esto con la finalidad de llevar a cabo la búsqueda de mecanismos eficientes que permitan esquemas simplificados de operación que serán utilizados:

Durante la ejecución de desembolsos contra la comprobación de gastos que se generen.

Mediante el desarrollo de un inventario permanente de las condiciones en las que se encuentra el mobiliario, instrumental y equipo médico.

A través del análisis comparativo de los costos de la atención médica tanto a nivel Institucional como Extrainstitucional.

Con la determinación del Costo-Impacto por el empleo del equipamiento en Unidades Médicas.

En general a estudios técnico-administrativos que se reconozcan como necesarios para mejorar la gestión o simplifiquen procesos vitales para la operación.

Para el financiamiento de auditorías que reflejen los recursos y gastos completos, en conexión con la ejecución de los componentes del subproyecto financiero.

Con relación a incentivos al desempeño, éstos representan una estrategia destinada a promover la competencia y a premiar a los prestadores de servicio que tengan el mejor rendimiento.

La estrategia está concebida para abordar los problemas que enfrenta en la actualidad el sistema institucional de servicios médicos, que se manifiestan fundamentalmente en:

- a) Diferimiento de la atención.*
- b) Baja productividad.*
- c) Insatisfacción del derechohabiente y del prestador de servicios.*
- d) Inadecuada utilización de los recursos.*
- e) Altos costos de operación y*
- f) Falta de insumos.*

Para resolver la problemática relatada, se diseñó una propuesta para establecer un “Sistema Integral de Incentivos al Desempeño” que favorezca conductas en los trabajadores que mejoren la Calidad y la Productividad de los servicios y que permita establecer atractivos reconocimientos en dinero y en especie de acuerdo al desempeño diferenciado individual y colectivo.

Los bonos económicos al desempeño se otorgarían en forma individual o a grupos de trabajo, en función del establecimiento y aplicación de indicadores objetivos dirigidos a:

- 1- Medir la oportunidad del servicio*
- 2- La calidad técnica de la atención*
- 3- La calidad del servicio percibido por el usuario*
- 4- La productividad y*
- 5- La continuidad de la atención.*

Los bonos no económicos se otorgarán en función de la puntuación más alta que alcancen los trabajadores y/o grupos de trabajo y se expresarán en:

- 1.- Reconocimientos al mérito.*
- 2.- Apoyo al desarrollo profesional.*
- 3.- Becas nacionales y al extranjero.*
- 4.- Investigación clínica.*
- 5.- Financiamiento para la adquisición de casa, vehículos, equipo y libros.*

Asimismo, existe la necesidad de establecer un modelo institucional alternativo de gestión que permita establecer una línea rectora sustentada en el desarrollo de una lógica contractual donde el financiador define, en función del diagnóstico de salud local y del diagnóstico situacional de la capacidad instalada, las necesidades para la atención de la población y determina en su caso, los servicios y los estándares de productividad y calidad que comprará al proveedor.

La visión del proveedor será el cumplimiento con los servicios contratados, metas de producción y estándares de calidad establecidas por el IMSS, asumir ésta

nueva relación requiere la introducción de cambios en la gestión tanto del Instituto a nivel corporativo como a nivel de los proveedores.

En virtud de la competencia que despertará la subrogación de servicios, se fijarán normas para el plan de salud de la zona o región, se definirá un conjunto de servicios a adquirir y el esquema de contrato a establecer con los proveedores admisibles en relación con ese conjunto de servicios.

Durante un período previamente planificado, la Institución proporcionará información acerca de la calidad y precio del conjunto de servicios a adquirir a los diversos proveedores, mejorando la equidad al abrirse la inscripción de todos los proveedores de la zona o región y orientando el mejor costo-eficiencia en la compra de los servicios.

Bajo otra perspectiva, la propuesta de Reforma al Sistema de Atención Médica del Instituto para ofrecer servicios de salud requiere de información actualizada, veraz y oportuna respecto a la percepción que tengan usuarios y prestadores sobre los servicios que se reciben y se otorgan.

Entre las prioridades de información a examinar, en especial en Instituciones a las que se les subrogarán servicios de salud, cabe mencionar la necesidad apremiante de contar con información que permita:

El análisis de la eficiencia en función de los costos de las intervenciones;

Evaluaciones del ejercicio de la medicina;

Estudios relativos al uso de medicamentos;

*Equidad en la prestación de servicios y
Grado de satisfacción de la población usuaria.*

Con relación a los recursos humanos que actualmente realizan actividades de conservación y mantenimiento a los bienes de capital del Instituto, se observa una limitada capacidad de operación y eficiencia para garantizar la óptima funcionalidad de los bienes de inversión; por ello, se requerirán recursos del componente para contar con Ingenieros Biomédicos a nivel central, regional y de las Unidades del segundo nivel de atención, para llenar los requerimientos que implica el aumento de la base técnico-material costo-efectiva en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Asimismo, la creación de la Unidad Coordinadora del Proyecto con autosuficiencia técnica y administrativa para la conducción y evaluación del proyecto, demandará recursos para la creación de plazas de mandos medios para conformar las estructuras sugeridas.

De manera inicial, entre las actividades relevantes se deberán:

- a) Desarrollar el inventario físico y funcional de los recursos tecnológicos existentes y un modelo continuo de equipamiento por Unidad.*
- b) Desarrollar el sistema de incentivos fundamentado en el establecimiento de criterios, estándares e indicadores del desempeño gerencial y operativo.*
- c) Establecer un sistema de información flexible y dinámico que sea útil para la toma de decisiones y para la operación cotidiana de los servicios.*
- d) Crear un nuevo modelo de gestión Institucional que permita establecer una lógica contractual donde el Instituto Mexicano del Seguro Social aprovechando la disponibilidad y oferta de bienes y servicios, defina, en función de las necesidades de la población, cuáles son los servicios a subrogar, los estándares*

de productividad esperada, la calidad que comprará al proveedor y el sistema de pago prospectivo a realizar.

Desarrollar estudios de impacto de aplicación del nuevo modelo de operación de los servicios subrogados de salud, alineando a los objetivos de capacidad resolutive, calidad de la atención, contención del costo de los servicios, imagen Institucional y uso adecuado de recursos.

2.- COMPONENTE DE CAPACITACIÓN:

Con el fin de mejorar la eficiencia y calidad de los servicios Institucionales de Salud, así como para preparar para una mayor competencia en la provisión de los servicios, se estimulará el desarrollo de un proceso de educación continua que permita la readaptación y la actualización del personal en servicio, lo que favorecería una estrategia de reasignación de funciones claras para los distintos tipos de personal.

Por otra parte, será necesario instrumentar un plan de capacitación específico para el personal responsable de la coordinación del proyecto, que permita tener desde el inicio una visión integradora de las acciones y responsabilidades de las áreas.

4.3 NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

El IMSS es patrimonio del pueblo mexicano, surge como uno de los medios para llevar a cabo los objetivos de política social y económica del gobierno y satisfacer así las legítimas demandas y aspiraciones de la población.

El Instituto se ha destacado por los grandes beneficios proporcionados a los trabajadores, sus familias y a las empresas, así como la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad; ha sido instrumento redistribuidor del ingreso, expresión de solidaridad social y baluarte auténtico de la equidad y la estabilidad de nuestro país.

La legislación vigente establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Para cumplir con tales propósitos, el IMSS cuenta con cuatro ramos de aseguramiento:

- 1.- Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte;*
- 2.- Riesgos de Trabajo;*
- 3.- Enfermedades y Maternidad y*
- 4.- Guarderías.*

A pesar de sus realizaciones, el Instituto atraviesa una difícil situación financiera, que de no tomar las medidas necesarias con oportunidad, lo llevará, a poner en peligro el cumplimiento de sus obligaciones. Propone la constitución

del ahorro interno, como indispensable para incrementar la inversión, orientándolo a la generación creciente de empleos sobre bases sólidas para hacer posible el bienestar social; refiere la estabilidad y el crecimiento económico sostenido como condición indispensable para el progreso social y establece la articulación de la política social con la fiscal y financiera para hacer posible el bienestar social perdurable.

El Instituto necesita resolver la situación financiera por la que atraviesa para dar plena vigencia a sus "principios y filosofía" de la Seguridad Social.

Para fortalecer al Instituto se han propuesto Reformas a la vigente Ley de esta Institución exponiendo los siguientes motivos: México ha presenciado importantes cambios en las formas de interdependencia económica, junto con ello vivimos un proceso de transición demográfica consistente: en el aumento de la esperanza de vida, disminución de las tasas de natalidad y mortalidad;, teniendo como resultado el crecimiento de la población y de la edad promedio de esta, por otra parte, deben hacerse notar las consecuencias que para este ramo ha tenido la transición epidemiológica y que consiste en la disminución proporcional de enfermedades infecciosas, en tanto que las enfermedades crónico degenerativas aumentan.

El aumento en la esperanza de vida implica que más gente llega a la edad de retiro incrementándose por tanto el número de años durante los cuales se paga una pensión; prolongándose el tiempo en que se ofrece la atención medica, edad en la que resulta más necesaria y más costosa.

Derivado de lo anterior existe un incremento de pensionados (7% en promedio) en contraposición con la de asegurados "razón por la cuál el ramo de invalidez,

vejez, cesantía en edad avanzada y muerte enfrenta serios problemas de desfinanciamiento”.

Cabe señalar que desde 1944 a través de distintas modificaciones a la Ley, los beneficios del ramo se han aumentado sustancialmente tales como:

- a) Pensiones a familiares ascendientes,*
- b) Reducción de las semanas necesarias para tener derecho a los beneficios,*
- c) Gastos médicos a pensionados y sus derechohabientes,*
- d) Ayuda asistencial,*
- e) Extensión de la edad límite para la pensión de orfandad,*
- f) Asignaciones familiares,*
- h) Incremento de los montos de las pensiones,*
- i) Indización de las mismas al salario mínimo.*

En cambio las cuotas de él seguro solo se han incrementado en dos ocasiones: En 1991, cuando se aumentaron del 6% al 7% sobre los salarios cotizables, además de un aumento anual del 0.2% hasta llegar al 8% en 1996; y el 0.5% que se agregó en las reformas a la Ley en 1993. No obstante, esto ha resultado insuficiente para cubrir las prestaciones que otorga el ramo.

Más aún, por mandato legal, los remanentes de este ramo se invirtieron en la construcción de una amplia red de infraestructura para la atención médica y las prestaciones sociales en beneficio de los derechohabientes y la población en general. Durante la trayectoria Institucional de cinco décadas , se han efectuado transferencias de recursos entre los distintos ramos de aseguramiento, muy especialmente de los ramos de I.V.C.M. y Guarderías para apoyar el de Enfermedades y Maternidad, el cuál ha operado prácticamente desde su inicio con déficit financiero.

Por otra parte, la insuficiencia financiera en el ramo de Enfermedades y Maternidad se originó debido a que su cuota fue calculada sólo para dar protección al trabajador y desde un principio se protegió a los familiares directos generándose así el desfinanciamiento. De igual forma desde 1973, se ha financiado con recursos provenientes del ramo de Guarderías; lo que ha limitado considerablemente a éste su capacidad de crecimiento.

Cabe recordar, que a pesar de la evolución de la cuota de Enfermedades y Maternidad, ésta también ha sido insuficiente. Lo anterior se explica por la expansión de los beneficios y el incremento en los costos del servicio. La cuota inicial fue de 6% y en 1948 aumentó a 8%; en 1959 se colocó en 9%. Después de 30 años, en 1989 se elevó a 12% hasta su más reciente actualización en julio de 1993 a 12.5% de los salarios base de cotización y el tope máximo se elevó de 10 a 25 salarios mínimos.

Por otra parte se hacen notar las consecuencias que para este ramo ha tenido la transición epidemiológica, la que ha consistido en una disminución proporcional de las enfermedades infecciosas, en tanto existe un aumento de las enfermedades crónico degenerativas, característica de sociedades más avanzadas.

Otro factor que ha contribuido son las malas administraciones que el Instituto ha tenido, asimismo la recaudación al estar ligada a los salarios y no al costo de los servicios.

La iniciativa que propone el Ejecutivo Federal es una nueva Ley del IMSS que permita al Instituto transformarse brindando mayor protección, elevando la

calidad de los servicios, ampliando su cobertura y mejorando las condiciones en que se otorgan las prestaciones a un costo muy elevado, que puede llevar a la privatización del Instituto, a terminar con la seguridad social y con los principios básicos que la rigen.

INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE:

Uno de los ramos de mayor trascendencia del IMSS por la cantidad de recursos que maneja y el impacto social que tiene, es el relativo a Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (I.V.C.M.) que comprende lo referente a las pensiones de estos rubros. En la actualidad este ramo beneficia a más de 1'200,000 mexicanos y el 90% de ellos reciben la cuantía mínima presentando esquemas de inequidad.

Por lo anteriormente expuesto se propone que el seguro de (I.V.C.M.) se divida en dos grupos: Invalidez y Vida (I.V.); y Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (R.C.V.). Asimismo se establece una reserva específica para financiar los gastos médicos de todos los pensionados.

El seguro de Invalidez y Vida cubrirá 2 riesgos: 1) Accidentes o enfermedades no profesionales que le impidan al trabajador desempeñar su labor y, 2) Protección a los familiares y beneficiarios en caso de muerte del asegurado.

ENFERMEDADES Y MATERNIDAD.

En este ramo, se plantea la necesidad de reformar su sistema de financiamiento, eliminando el déficit financiero que desde hace 5 décadas existe en este ramo, por ello se hace indispensable, sin recurrir al aumento de cuotas, realizar cambios de fondo que garanticen suficiencia permanente, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para un mayor porcentaje de la población, sentando bases más equitativas en beneficio de los trabajadores de México. Estos objetivos son alcanzables, separando el financiamiento de las prestaciones en especie de las del financiamiento y de las prestaciones en dinero.

Para financiar las prestaciones en dinero, se propone una contribución tripartita equivalente al 1% del salario base de cotización, lo que es indispensable, ya que dichas prestaciones se vinculan directamente al nivel salarial del trabajador.

En lo que respecta a las prestaciones en especie la aportación se integrará por 3 componentes:

- a) Una cuota fija gubernamental de \$ 84 mensuales;*
- b) Una cuota fija patronal y*
- c) Una contribución adicional obrero-patronal proporcional al salario a aquellos trabajadores que perciben de 3 salarios mínimos en adelante.*

Lo anterior tendrá un carácter más redistributivo, beneficiando más a los que menos tienen, ya que el 69% de los trabajadores que cotizan al IMSS, perciben entre 1 y 3 salarios mínimos.

El financiamiento al SEM tendrá una transformación gradual y concluirá en un plazo de 10 años, propiciando un ajuste ordenado en el empleo y llegando a una estructura de contribuciones que acerque el valor de la cuota pagada al valor del servicio.

Además se propone implementar un Seguro de Salud para la Familia, con una cuota fija de \$ 135 mensuales, para los trabajadores no sujetos al régimen obligatorio, avanzando de esta manera hacia la universalización de la cobertura.

RIESGO DE TRABAJO.

La iniciativa pretende proteger al trabajador de los riesgos que conlleva realizar su actividad laboral, estimulando la modernización de las empresas al reconocer su esfuerzo en cuanto a prevención de accidentes y enfermedades de trabajo; se termina con la injusticia donde empresas que han invertido en la disminución de su siniestridad pagan lo mismo que aquellas industrias que no lo han hecho.

Para calcular la prima del seguro de riesgo de trabajo, se propone una fórmula que tiene 2 componentes: Una prima mínima (es aquella que cubre los gastos de administración correspondiente a este seguro) y El grado de siniestridad (toma en cuenta frecuencia y gravedad de los accidentes y enfermedades de trabajo así como un factor de prima que garantiza el equilibrio financiero del ramo.

Las modificaciones plantean cambios en la forma de pagar las prestaciones en dinero. La pensión por Riesgos de Trabajo será del 70% del último salario

cotizado, lo que representa un gran beneficio para aquellos trabajadores que sufren un percance en su vida laboral.

GUARDERIAS.

Se proponen modificaciones al actual seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, con esto, se eleva de rango a tan importante función del Instituto, se precisa su fuente de financiamiento y evita utilizar los fondos para otros fines.

ESQUEMAS DE ASEGURAMIENTO.

La iniciativa propone redefinir el régimen obligatorio y el voluntario del Seguro Social con el propósito de ampliar la cobertura al facilitar la incorporación de grupos, individuos o familias que no tienen una relación obrero-patronal, esto da certidumbre al asegurado, quien podrá conocer con precisión a cuáles derechos tendrá acceso derivados de su incorporación voluntaria el régimen obligatorio; como para el Instituto, que contará con los recursos suficientes para financiar los servicios que se obligará a otorgar.

Asimismo, se preserva la facultad del Ejecutivo Federal para incorporar por decreto, al régimen obligatorio, a los sujetos que éste considere necesarios.

Los resultados de la segunda etapa se obtuvieron de los Cuestionarios de opinión aplicados a 30 directivos del IMSS. Cabe destacar que para la selección de éstos directivos se visitaron 25 Unidades del IMSS cada una de ellas con 3 directivos, todas ubicadas en el D.F., de éstas Unidades 18 pertenecen al primer nivel de atención y 7 al segundo, de los 75 directivos que conforman las Unidades, como requisito para ser seleccionado se pidió que conocieran el Proyecto de Reforma y que tuvieran una experiencia mínima en el cargo de 3 años, resultando 30 y 48 directivos respectivamente, por lo que se aplicó el cuestionario a los 30 directivos que cumplieron con ambos requisitos.

De los seleccionados 15 de ellos son directores y 15 subdirectores, 25 de ellos cuentan con licenciatura y sólo 5 de ellos con maestría en diversas áreas.

El total de los entrevistados conocía el Proyecto de Reforma Estructural del IMSS elaborado por el propio Instituto, sin embargo ninguno de los directivos tuvo participación en la elaboración del Proyecto.

Sólo 20 de ellos (66.6%) conoce los principios universales que rigen la seguridad social y de éste porcentaje el 40% (12) considera que el Proyecto de Reforma si cumple con estos principios.

Todos los directivos coinciden en decir que el Proyecto de Reforma si afecta los intereses de los derechohabientes y sólo 10 de ellos (33.3%) ve el Proyecto encaminado hacia la privatización de la Institución.

El 100% (30) de los entrevistados saben que el Banco Mundial tuvo participación directa dentro del Instituto, el 76.6% (23) asegura que éste Proyecto no resolvió la problemática de la Institución; sin embargo sólo 5 de ellos (16.6%) considera necesario realizar nuevo Proyecto de Reforma.

Los directivos consideran que las causas que dieron origen al Proyecto de Reforma son:

<i>CAUSA</i>	<i>DIRECTIVOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>1.- Descapitalización</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>
<i>2.- Insatisfacción del derechohabiente</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>
<i>3.- Políticas externas del IMSS</i>	<i>12</i>	<i>40%</i>
<i>4.- Insatisfacción del prestador del servicio</i>	<i>10</i>	<i>33.3%</i>
<i>5.- Privatización del IMSS</i>	<i>8</i>	<i>26.6%</i>

V DISCUSIÓN

La Salud es en sentido estricto una necesidad humana y sin ella las personas carecen de las condiciones necesarias para desarrollarse individual y colectivamente. La salud no debe estar condicionada a modas o intereses personales, percepciones clasistas, étnicas o circunstancias de cualquier otra índole.

La seguridad social ha sido una de las piezas claves del bienestar en México y el Instituto Mexicano del Seguro Social es el instrumento fundamental de la misma. A 59 de su creación ha extendido sus beneficios a una población creciente, estableciendo un prestigio en atención a la salud, la enseñanza y la investigación. Sin embargo a pesar de sus realizaciones, el Instituto atraviesa una difícil situación financiera, por lo que es necesario reformarlo sin lesionar logros adquiridos.

Existen diversas causas que originaron ese deterioro, entre las que se encuentran: las malas administraciones que ha tenido y las inversiones que realizó fuera del área de la salud, tales como la compra de un equipo de fútbol, la construcción de centros vacacionales, deportivos y teatros; donde se utilizaron recursos económicos destinados a la salud, sin obtenerse los resultados esperados. Sin embargo, probablemente la causa más importante de la crisis financiera se debe a que las decisiones sobre gastos e inversiones son tomadas por el Director General del Instituto, persona que es nombrada por el Ejecutivo Federal y habitualmente no es una persona que haya tenido sus orígenes en la seguridad

social, por lo que olvidando la esencia que le dio origen al Instituto, el cargo directivo le sirve de trampolín político.

El Diagnóstico situacional del IMSS realizado por el Instituto en 1997 manifestó que las causas del desfinanciamiento se han debido a: una mayor demanda de inscripción de derechohabientes con reducida capacidad contributiva; a brindar atención médica sin pago de cuotas por tres meses a los asegurados que hubieran perdido su empleo y a sus familiares; al fuerte crecimiento demográfico de la población mayor de 60 años, repercutiendo en el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos que los afecta y demandan pago de pensiones; a la transición epidemiológica de la población derechohabiente; a otorgar atención médica de urgencias a población no derechohabiente que lo solicite y al sistema centralizado que opera en el Instituto.

Este problema ha llevado al Instituto a operar las Unidades medicas con equipos obsoletos y carentes de recursos originando insatisfacción del derechohabiente y del prestador de servicios, bajo rendimiento de la institución, inadecuada utilización de los recursos, altos costos de operación y falta de insumos.

Para subsanar esta problemática el IMSS accedió al Financiamiento de Organismos Internacionales, entre los que destaca el Banco Mundial quién durante el período 1998-2000 proporcionó 700 millones de dólares, así como asistencia técnica para desarrollar el Proyecto, destacando que en cada uno de los niveles se hace urgente una actualización del equipo.

Sin embargo éste Proyecto de Reforma, no respondió a la filosofía, teoría y praxis de la seguridad social mexicana, ni se han notado cambios substanciales en la práctica médica, como lo manifiestan el 76.6% de los directivos

encuestados, aún en éste momento en que de acuerdo con lo planeado el presupuesto fue ejercido.

Esta Reforma propone regresar al sistema de subrogación de servicios básicos en aras de optimizar recursos y costos, cuando años atrás realizó inversiones importantes en éstas áreas y aún cuenta con infraestructura necesaria para cubrir las necesidades actuales.

Por otro lado propone establecer un paquete básico de salud, al cuál tendrán acceso todos los trabajadores que perciben menos de cuatro salarios mínimos, y el que contará con servicios de salud limitados a las áreas básicas de medicina general, urgencias, pediatría, ginecología y cirugía general; así mismo propone paquetes especiales de salud, los cuáles se proporcionarán de acuerdo a los alcances financieros de cada trabajador.

Estas propuestas violan los principios generales hasta ahora respetados y serán un obstáculo para el continúo desarrollo de seguridad social y siendo el IMSS el instrumento fundamental de la seguridad social, repercutirá en el bienestar de la sociedad mexicana.

Por otro lado los legisladores aseguran que ésta reforma iniciada por el Instituto Mexicano del Seguro Social equivale a una privatización silenciosa y que dio inicio con la aprobación de la nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en abril de 1996 y considera que ésta ley es anticonstitucional.

Un hecho real es que el Instituto Mexicano del Seguro Social debe reformarse, y que se deben buscar los mecanismos mas viables para obtener recursos financieros, sin perjudicar a la sociedad mexicana; es decir debe empezar bajo

una reestructuración del propio Instituto, donde defina su misión y limite sus funciones a los servicios de salud que otorga a sus derechohabientes.

Una vez definida su misión y los valores del Instituto, éste debe reorientar el contenido de sus programas, con el propósito de garantizar eficiencia en la asignación de sus recursos hacia las áreas operativas, en éste nivel se puede decidir las prioridades de atención, de acuerdo a los criterios explícitos como son el costo-beneficio-efectividad; así mismo debe buscar relacionarse con aquellas organizaciones generadoras de recursos como las universidades, industria farmacéutica y empresas de desarrollo tecnológico, para que le proporcione recursos a bajo costo.

Definidos sus programas buscará la reorganización del Instituto Mexicano del Seguro Social para asegurar la eficiencia técnica y de calidad; en ésta etapa vale la pena destacar la motivación que debe estar presente en el trabajador prestador del servicio, por lo que el Instituto debe buscar la manera de lograr que el trabajador rinda lo correcto, ya que es bien sabido que las posibilidades del trabajador en cuanto a productividad son inmensamente mayores en comparación a su rendimiento actual.

Una vez consolidada la reorganización llegará la etapa de reforzamiento, cuyo propósito será generar orgullo de pertenencia institucional, para mejorar el desempeño del sistema, basándose en los sistemas de información, en la investigación científica, en la innovación tecnológica y en el desarrollo de los recursos humanos.

Estos cambios propuestos al Instituto Mexicano del Seguro Social, requiere de inversión financiera, además de cambios de actitudes, e implica un pensamiento

nuevo y un rediseño de los procesos operativos críticos; lo importante es incrementar la competitividad y el desempeño de los equipos interdisciplinarios de atención a la salud , con beneficio máximo y satisfacción plena de los derechohabientes. Aunado a esto se requieren como directivos gente honesta, comprometida con el Instituto y su país, que tenga conocimientos administrativos y perfil de líder visionario, conductor y caudillo de su grupo de trabajo, entusiasta y que con su propio ejemplo mueva al trabajo, en busca siempre del bien común.

Finalmente cabe destacar que la nueva Ley vigente del Instituto Mexicano del Seguro Social fue aprobada sin considerar que esta faltando a los principios básicos de la seguridad social, como son: El principio de solidaridad “La fórmula de todos contribuimos a las necesidades de todos”, desaparecen para individualizar de manera total las cuentas sin que a partir del nuevo sistema se puedan apoyar mutuamente. El principio de igualdad se pierde con la individualización de las prestaciones en dinero y de la subrogación de los Servicios Médicos. El principio de universalidad con la pretensión de dar servicio a todos, también sufre con las reformas. El principio de integralidad para lograr una protección absoluta frente a cualquier contingencia, se pierde por la existencia de otros sistemas de salud como son el ISSSTE, ISSFAM y Secretaría de Salud con los cuales el IMSS no se coordina, por lo que es necesario solicitar que el poder Legislativo revise la legislación y proponga nuevas reformas de integración de los servicios de salud para que se beneficie a toda la sociedad mexicana.

VI PROPUESTAS

El Instituto Mexicano del Seguro Social necesita reformarse desde los niveles político-gerenciales y desde luego a nivel operativo, sin embargo todo proyecto de reforma debe empezar definiendo su misión y visión, para el sistema de salud que anhela tener.

Sobre ésta base se presentan propuestas de Reforma al Sistema de Salud que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin perder de vista los principios que la rigen.

I.- CONSTRUIR UN FONDO DE SALUD PARA EMERGENCIAS.

A través de Patronatos destinar un fondo económico para el área de la salud, el cuál podrá ser utilizado para rescatar a las Instituciones en crisis económica, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que la salud es parte importante de la economía del país, ya que sin salud no tendremos mexicanos productivos que generen ganancias. Asimismo el Ejecutivo Federal podrá destinar un monto considerable al área de la salud, ya que ésta no es menos importante que los fondos financieros de los Bancos Privados, que gozan de la protección estatal y de fondos públicos de emergencia.

Para la construcción de éste fondo también pueden solicitarse donaciones libres de impuesto y/o realizar sorteos que les generen fondos como lo realiza la Cruz Roja Mexicana.

2.- ESTABLECER FUNCIONALMENTE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Todo sistema de salud debe organizarse de acuerdo a funciones y no a grupos sociales. El Sistema Nacional de salud debe operar bajo 3 áreas básicas.

- 1. El área normativa a cargo de la Secretaría de Salud.*
- 2. El área financiera a cargo de organismos no gubernamentales.*
- 3. El área operativa a cargo de las Unidades Médicas.*

El problema fundamental del sistema de salud mexicano es que segrega los grupos sociales en subsistemas separados; por un lado están los asegurados y beneficiarios de la seguridad social y por otro los dependientes de la asistencia pública. Cada segmento institucional da presentación directa de los servicios, proporciona el financiamiento de la atención y modula a sus grupos específicos. Está configuración del sistema de salud acarrea múltiples problemas:

En primer lugar, existe duplicidad de funciones y un importante dispendio de recursos, no es raro encontrar comunidades con instalaciones de todas las instituciones de salud, cada una subutilizada a una mínima fracción de su capacidad.

En segundo lugar, el sistema actual establece monopolio para las clientelas respectivas de cada institución de seguridad social, entre ellas está IMSS, ISSSTE, Pemex y Fuerza armada; desde luego que la población no necesariamente respeta esas divisiones artificiales y existe un considerable traslape de la demanda, de tal forma que una proporción muy elevada de los derechohabientes del IMSS utiliza los servicios de la Secretaría de Salud, esto debido a que los derechohabientes del Instituto refieren atención ineficiente por parte del IMSS, lo que conduce a una de las inequidades más severas del sistema, ya que el derechohabiente se ve obligado a pagar de nueva cuenta por la atención que recibe a pesar de que previamente había cubierto su cuota al Instituto.

Para superar los problemas se propone la integración de funciones de todas las Instituciones, dejando atrás la segregación de los grupos sociales, donde la Secretaría de Salud pase a ser el rector del Sistema Nacional de Salud, encargado de proteger a toda la población mexicana, es decir, sería el conductor de la política nacional de salud, teniendo como objetivo la creación de las condiciones necesarias para el funcionamiento adecuado de todas las partes del sistema de salud. Así mismo sería el evaluador del desempeño e identificaría a través de su capacidad de respuesta los requerimientos de inversión.

La función de financiamiento se llevaría a cabo a través de la desconcentración administrativa y estaría a cargo de una dependencia no gubernamental, de esta manera se daría una competencia de los prestadores de servicio por sus derechohabientes, lo que daría origen a la libertad de elección, obligando a la seguridad social a dejar el monopolio, lo que significaría que todas las personas podrían utilizar cualquier establecimiento de salud, con la única restricción de que el nivel de atención correspondiera a la complejidad de la condición de salud del paciente.

Todos los pacientes deberán pagar el costo de la atención, éste costo se definirá a través de estudios socioeconómicos serios para garantizar que cada paciente aporte lo justo de acuerdo con sus ingresos.

Cada unidad medica deberá brindar atención medica de calidad y con trato digno para todos los pacientes, los cuales tendrán libre elección de los profesionales de la salud.

3.- ESTABLECER EN MATERIA DE SALUD UNA REFORMA QUE GARANTICE LOS INGRESOS AL IMSS, ASI COMO UNA ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS.

Proponer a los Legisladores una Reforma donde se garanticen los ingresos del IMSS, como lo establece la participación tripartita por el gobierno federal, los patrones y los trabajadores, esta reforma deberá adecuar las aportaciones de acuerdo a los ingresos de los trabajadores, de la empresas y asignaciones en salud por el Estado; sin perder de vista los principios universales de seguridad social como son el de igualdad y solidaridad.

La adecuada utilización de los recursos ha de garantizar, tanto la calidad técnica y humana de los servicios, como el manejo eficiente y transparente de los recursos.

4.- LEGISLAR LAS FUNCIONES Y OPERACIONES ADMINISTRATIVAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El poder Legislativo deberá limitar las acciones del Instituto Mexicano del Seguro Social única y exclusivamente a otorgar servicios de salud de calidad, con un sistema eficiente y equitativo para todos sus derechohabientes, así como definir los lineamientos para dirigir al Instituto. Definir las funciones, derechos y responsabilidades de los principales actores del IMSS, es decir, de los empresarios, de los trabajadores y del Estado; cada uno de ellos debe estar conciente del papel que tienen dentro del Instituto, así como sus aportaciones y participación en la toma de decisiones del mismo, deben estar plenamente concientes de la estrecha interrelación que existe entre la salud y la economía. Los niveles y los estilos de desarrollo tienen un efecto determinante sobre las condiciones de salud de la población, la inversión productiva en salud incrementa la calidad del capital humano, al tiempo que promueve la equidad y contribuye con ello al desarrollo social justo.

5.- REORIENTACION DEL LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL..

La Reforma de salud del IMSS no debe limitarse a la estructura de su sistema, es necesario revisar el contenido de sus programas, con el objetivo de reducir el peso de la enfermedad, con el propósito de que los recursos disponibles se ejerzan en forma adecuada para que produzcan los mayores beneficios a la salud de los derechohabientes, se sugiere implementar programas con los criterios explícitos

de costo-beneficio-efectividad, en éste sentido se buscarán intervenciones con mayor efectividad y beneficio a un menor costo.

6.- PROMOVER ENTRE LOS TRABAJADORES UNA NUEVA CULTURA ÉTICA Y DE SERVICIO, MEDIANTE LOS PROGRAMAS DE ESTIMULOS Y CALIDAD IMPLEMENTADOS POR EL PROPIO IMSS.

En relación al trabajador, es bien sabido que sus posibilidades en cuanto a su productividad son inmensamente mayores en relación a su rendimiento actual, por lo que se debe implementar un proceso de cambio creativo, de participación y competitividad de los profesionales de la salud, es decir estudiar la forma de que el trabajador rinda lo correcto y le aplique el valor agregado a su trabajo, hacer las cosas del mejor modo posible desde el principio, de tal manera que devengue íntegramente su salario y en el caso de que destaque en sus funciones, deberá ser estimulado de acuerdo con los programas que tiene el propio Instituto, así se logrará que la seguridad social lleve el bienestar integral al pueblo mexicano, objetivo fundamental del Instituto.

7.- ESTABLECER UNA REFORMA DEL IMSS EN BASE AL DISEÑO DE UN NUEVO MODELO CULTURAL BASADO EN LA REINGENIERÍA DE SISTEMAS DE SALUD.

La reingeniería en salud es una actividad dinámica donde con facilidad se identifican y corrigen errores, riesgos y fallas en las rutinas y procesos; es una estrategia de supervivencia de una institución en crisis. El objetivo no es destruir

y desechar, sino diseñar sistemas de trabajo flexibles, eficientes y de calidad, que satisfagan plenamente las expectativas y necesidades de los derechohabientes.

Este proceso pretende obtener los mayores beneficios con el menor riesgo para los derechohabientes y su ambiente, en función de los recursos disponibles y de acuerdo a los valores y creencias de la propia organización y de la sociedad.

Para implementar este modelo es necesario realizar el diagnóstico situacional de la Institución como primera etapa del proceso y en base a los resultados seleccionar el proceso de salud para rediseñar.

8.- REDISEÑAR CONTROLES EFECTIVOS Y ESTRICTOS DE LOS INSUMOS, EVITANDO LOS ABUSOS Y EL DISPENDIO DE RECURSOS.

Los controles efectivos de los insumos evitaran que el IMSS sufra de abusos y dispendio de recursos, principalmente por los prestadores de servicios. Estos controles se deben establecer en todos los procesos que se dan en el Instituto.

**CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE EL PROYECTO DE REFORMA
DEL IMSS (1998-2000)**

CARGO: _____

ESCOLARIDAD: Licenciatura () Maestría () Doctorado ()

EXPERIENCIA EN EL CARGO: _____

NIVEL DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD: _____

1.- Conoce Usted el Proyecto de Reforma del IMSS.

SI () NO ()

2.- Participó Usted en la elaboración del Proyecto de Reforma del IMSS.

SI () NO ()

3.- Conoce Usted cuales son los principios universales que rigen la seguridad social.

SI () NO ()

4.- El Proyecto de Reforma cumple con los principios universales de la seguridad social.

SI () NO ()

5.- *Considera Usted que el Proyecto de Reforma afecta los intereses de los derechohabientes.*

SI () NO ()

6.- *Considera usted que el Proyecto de Reforma esta orientado hacia la privatización del IMSS.*

SI () NO ()

7.- *Sabia Usted que en el Proyecto de Reforma del IMSS el Banco Mundial participó con apoyo económico y normativo.*

SI () NO ()

8.- *Considera usted que éste Proyecto de Reforma resolvió la problemática del IMSS.*

SI () NO ()

9.- *Realizaría Usted cambios al Proyecto de Reforma.*

SI () NO ()

10.- *Mencione Usted las tres principales causas que dieron origen al Proyecto de Reforma.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Córdova Carlos y Correa Guillermo. "Negocia el Gobierno, a espaldas del Congreso, un crédito por 700 Millones de dólares para financiar la "reforma" de la seguridad social". Proceso. México. 29 de marzo de 1998. Pág. 6-10.
2. Amescua Ornelas Norahenid. Privatización de los Servicios Médicos (Subrogación). México. Editorial. Sistemas de Información Contable y Administrativa Computarizados, S.A. de C.V. Año 1998. Pág: 1-10 y 51-88.
3. Conchello Cávila José Angel. "De la Medicina Social al Mercado de Salud". Foro: La Seguridad Social, hoy. México, Guadalajara. 28 de mayo de 1998. Pág: 1-7
- 4.- Cordini Miguel Angel. Derecho de la Seguridad Social. Buenos Aires. Editorial. EDUDEBA. Año 1996. Pág: 1-47.
- 5.- De la Mora Euyssautier. Metodología en la Investigación. México. Editorial. Ediciones Contables y Administrativos. Año. 1991. Pág: 57-112.
6. De la Vega Lezama F. Carlos. Un paso hacia el Método Científico. México. Editorial. Instituto Politécnico Nacional. Año. 1990. Pág: 39-80
7. Frenk Julio y Chacón Fernando. "Bases conceptuales de la nueva salud internacional". Salud Pública. México. Julio-Agosto de 1991; Vol. 33. No. 4. Pág: 307-313.
8. Frenk Julio. Economía y Salud. México. Editorial. Fundación Mexicana para la Salud. Año 1997. Pág: 205-245.

9. Kumate Jesús. Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. México. Editorial. Colegio Nacional. Año 1994. Pág: 149-192.
10. Lee Hidalgo José. "La Nueva Ley del Seguro Social es Inconstitucional". Foro: La Seguridad Social, hoy. México, Monterrey. 5 de mayo de 1998. Pág: 1-24.
11. Martínez Cortés Fernando. "La relación médico-paciente". Simposio Syntex. México. Pág: 8-36.
12. Morones Prieto Ignacio. Tesis Mexicanas de Seguridad Social. México. Centro de Documentación del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Año 1980. Pág: 7-42.
13. Mussot L. Ma. Luisa. Alternativas de Reforma de la Seguridad Social. México. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco). año 1996. Pág: 11-39 y 51-66.
14. Nájera Patricia y Col. "Cobertura de las Instituciones de Salud en el Estado de México. Análisis comparativo entre la población asegurada y la no asegurada". Salud Pública de México. Enero-Febrero. 1995. Vol. 37. No. 1. Pág: 4-10
15. Narro Robles José y Javier Moctezuma Barragán. La Seguridad Social y el Estado Moderno. México. Editorial. Fondo de Cultura Económica. Año 1992. Pág: 15-187.
16. Nigenda Gustavo y Ana Langer. Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública. México. Editorial. Instituto Nacional de Salud Pública. Año. 1995. Pág: 17-34.
17. Pardinas Felipe. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. 11ª edición. México. Editorial. Siglo veintiuno. Año. 1973. Pág: 161-177.

18. Redorta Zúñiga G. Esthela. Reestructuración de los Servicios de Salud: Cambio de la mezcla Público-Privada. México. Editorial. Centro de Investigación y docencia Económicas. Año 1993. Pág: 1-34.
19. Redorta Zúñiga Esthela. Financiamiento y Prestación de Servicios Públicos de Salud en México en un contexto de reestructuración e innovación. México. Editorial. Centro de Investigación y Docencias Económicas. Documento de trabajo No. 29. Año. 1998. Pág: 5-29.
20. Ruiz Naufal Victor. Constitución, Seguridad Social y Solidaridad. México. Editorial. Instituto Mexicano del Seguro Social. Año. 1992. Pág: 5-137.
21. Torres Ruiz Antonio. Descentralización en Salud: Algunas consideraciones para el caso de México. México, Editorial. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Documento de trabajo No. 69. Año. 1997. Pág: 13-27.
22. W. Singer Henry. "México aprovecha su despegue económico para inversión en salud". Ocular Surgery News. México. Slack Incorporated. Marzo/abril, 1999. Vol. 1, No. 2. Pág: 1, 18-19
23. Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática. Cámara de Diputados. LVI Legislatura. La Seguridad Social Mexicana: en la ruta de la privatización. México. Editorial. Centro de Producción y Servicio Editorial del grupo parlamentario del PRD. Año 1997. Pág: 1-23.
24. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. Editorial. EISTA, S.A. de C.V. Año. 1995.
25. Evolución Orgánica del Instituto Mexicano del Seguro social 1943-1993. México. Editorial. I.M.S.S.
26. I.M.S.S. 50 Años Cumpliendo. México. Editorial. Revista Mexicana de Seguridad Social. Año 1998.

27. Ley del Seguro Social. México. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Noviembre de 1996.

28. Proyecto de Reforma del I.M.S.S. México. Versión para evaluación del Banco Mundial. Carpeta Proyecto de Reforma del I.M.S.S.-Archivo. Documento Integral. Año. Enero, 1998.