



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

COLEGIO DE GEOGRAFIA  
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
CIUDAD UNIVERSITARIA



COBERTURA GEOGRAFICA DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN GEOGRAFIA**

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

**AMADEO URBINA MONROY**

ASESOR: LIC. EDUARDO PEREZ TORRES



**IMSS**

MEXICO, D. F.



FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
COLEGIO DE GEOGRAFIA

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Urbina Monroy

Amadeo

FECHA: 16/II/04

FIRMA: 

#### JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo se realiza con el propósito de dar a conocer el avance de la cobertura de la seguridad social en México; las actividades que ofrece a sus derechohabientes económicamente activos dentro del régimen obligatorio.

## **INDICE.**

### **CAPITULO 1**

#### **HISTORIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

- 1.1 ANTECEDENTES DEL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO Y SU FUNDACIÓN.
- 1.2 DESARROLLO DEL SEGURO SOCIAL.
- 1.3 REFORMAS DEL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO.
- 1.4 ACTUALIDAD DEL SEGURO SOCIAL.

### **CAPITOLO 2**

#### **ORGANIZACIÓN ACTUAL DEL SEGURO SOCIAL.**

- 2.1 ORGANIGRAMA.
- 2.2 FUNCIONES.
- 2.3 LA DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA DE LAS UNIDADES DE ASISTENCIA MEDICA.

### **CAPITULO 3.**

#### **CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE.**

- 3.1 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA.
- 3.2 RELACIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON LAS UNIDADES DE ASISTENCIA MÉDICA.

### **CAPITULO 4**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **BIBLIOGRAFIA**

# HISTORIA DEL SEGURO SOCIAL

## INTRODUCCIÓN

La Seguridad Social es la protección que la sociedad proporciona a sus semejantes mediante una serie de medidas públicas proporcionadas por el Estado como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez, enfermedad profesional, vejez y muerte; protección por medio de asistencia médica y ayuda a las familias con hijos.

El término Seguridad Social incluye un conjunto de programas como el Seguro Social, los programas universales obligatorios, que los patrones y otros voluntarios individuales pagan para obtener beneficios.

La Seguridad Social fue una necesidad desde que se inició la aparición del hombre sobre la superficie terrestre por tener que defenderse del enemigo físico como el aire, fuego, lluvia, los animales, y del mismo hombre. Con el descubrimiento de la agricultura, la pesca, la casa y el fuego el hombre se hace sedentario para defender su patrimonio.

La Seguridad Social continuo con su camino, la socialización del hombre y la división del trabajo surgió lo que después se le denominaría la división de clases sociales; donde ahora se habla de ricos y pobre, los pobres son de las clases más débiles, los más maltratados por los líderes o Gobiernos de entonces porque no sabían controlar sus clanes o pueblos que representaban, sólo pensaban en la represión y servirle al más poderoso o a sus creencias religiosas y políticas.

Posteriormente aparece la época humanística en que se valoran los tratos humanos y se dan cuenta los investigadores como refiere Kart Schweintz en la obra del humanismo de Juan Vives, que el maltrato no es la solución de los problemas de los pueblos o Ciudades y que los que administran o gobiernan deben de cuidar de que unos sean socorro de otros, que nadie sufra ni reciba daño injusto y que el más fuerte con el débil haya solidaridad y mutuo amor para toda la vida.

La Seguridad Social en México se materializa en el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución con muchos años de funcionamiento persiguiendo los ideales antes mencionados.

**El objetivo** de éste trabajo es dar a conocer el número de Unidades de primer, segundo y tercer nivel, así como el número de equipos especialmente camas hospitalarias con los que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social en cada Estado de la República Mexicana.

## 1. LA HISTORIA DEL SEGURO SOCIAL

### ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En 1536, se habló de métodos de investigación, se organizaron los ingleses para establecer una base financiera para desarrollar programas de beneficio social y que se transformó en Ley.

En 1601, aparece en Inglaterra la Ley de Pobres, en donde el dominio del más poderoso se perdía entre tanto desorden no había control por el Estado, las personas se trasladaban de una región a otra en busca de las mejores alternativas. Finalmente la Ley de pobres fracaso y en 1861, en seguida fue creada la organización de la Caridad y nuevamente resurge la Asistencia Pública quien responsabilizo al Estado de administrar el control de la Seguridad Social.

Con el paso del tiempo el Estado se transforma en un vigilante del orden Social sin desprenderse de la represión que se convierte en Ley en 1791, el Estado sigue siendo un deudor del orden social. Continua apareciendo los hombres interesados en el orden de la Sociedad Social, se interesan cómo controlar la riqueza de las naciones, cómo organizar una defensa para estar seguros y poder sostener la dignidad, esto permitió pulir más el concepto de Seguridad Social en 1776. (Seguridad Social, Segunda Edición Ampliada, El Estado Previsor).

Las luchas del siglo XVIII, aportaron los elementos que le dieron forma al Estado Liberal, con la llegada de la Revolución Industrial se transforman las relaciones de fuerza de trabajo se deja de producir en los viejos talleres de la alfarería por el sistema industrial quien dio origen al nacimiento del proletariado, en un inicio recurrieron en grupo al mutualismo y al cooperativismo antes de entrar en las verdaderas organizaciones de defensa del proletariado quienes fueron calificados como un delito en el Código Penal Francés de aquel entonces.

Con la llegada de los acontecimientos de 1848, en Francia, Alemania y particularmente en la Comuna de París con la derrota del ejército de Napoleón tercero por los Alemanes 1871, la afinación de la Ley de los sindicatos, fueron los motivos para que se entendiera que los problemas de los pueblos los deberá controlar el Estado, y que serían los indicadores para seguir confiando en el Estado quien les haría justicia.

En Alemania se dictan medidas Sociales en las que se publicaron las Leyes de Seguros de enfermedades 1883, en 1884 la Ley de Seguros de accidente de trabajo, y en 1889 la Ley de Seguro obligatorio de invalidez y vejez.

La industria continúa su crecimiento y los obreros cobran más fuerza en grupo. España también contribuyó en la creación de una comisión de reformas para mejorar la vida de la clase obrera, en 1890, cuando se inicia la expansión imperialista Alemana que repercutió gravemente en 1914 con la primera Guerra Mundial y la seguridad Social continuaba su ruta.

## **1.1 ANTECEDENTES DEL SEGURO SOCIAL EN MÉXICO Y SU FUNDACIÓN**

Los movimientos por el Seguro Social en México se iniciaron en el siglo XX, los partidos como el Liberal mexicano y otros que exponían sus programas que sirvieron para estructurar mejores ideas hasta lograr armar un complejo de estrategias que benefició a los seres humanos que trabajan.

El Partido Liberal Mexicano publicó el primero de julio de 1906, un programa que se llamó Manifiesto Político, en donde solicitó el punto 27, de la Constitución a que se reformara en donde se integrara el concepto de Indemnización de accidentes de Trabajo, fue un programa emprendido por los hermanos Flores Magón, plantearon el programa que se prohibiera el trabajo a los niños menores de 14 años de edad y la construcción de mejores instalaciones que ofrezcan seguridad y la conservación de una mejor higiene en las Industrias.

Esta iniciativa fue una estrategia que sirvió de propuesta proselitista a Don Francisco I. Madero para postularse candidato a la Presidencia de la República por el partido Antirreleccionista. El 25 de abril de 1910, se presentan las iniciativas de Ley para Asegurar Pensiones a los Obreros mutilados en la



Industria, minas, en la agricultura, o bien pensionar a sus familias cuando el trabajador pierda la vida.

El Partido Constitucional Progresista decidió apoyar la candidatura de Francisco I. Madero el 6 de agosto de 1911, con el compromiso de expedir Leyes sobre pensiones e indemnizaciones de accidentes de Trabajo.

Venustiano Carranza a mediados de 1914, comisiona a José Natividad Macias y a Luis Manuel Rojas para que presentaran un proyecto de Ley donde se traten problemas diversos que beneficien a los obreros, mineros, agricultores. El proyecto fue terminado en el mes de enero de 1915.

El mismo José Natividad Macias es comisionado por Venustiano Carranza para que se traslade a Estados Unidos a Estudiar Legislación Obrera, visitó Chicago, Baltimore, Filadelfia, Nueva York donde recopiló información Obrera que se le encomendó y además se encontraba vigentes en los establecimientos industriales, fue una Legislación Obrera inspirada por Ingleses, belgas, franceses, alemanes quienes ya eran los más avanzados de esos tiempos, los resultados tampoco tuvieron éxito, prefirió Carranza manejar la mesa de discusión.

El primero de octubre de 1914, Venustiano Carranza, jefe del Ejercito Constitucionalista, Presidente de la República Mexicana en ese entonces, instaló en la Ciudad de México la Junta General llamada Soberana Convención Nacional Revolucionaria. Fue un intervalo de tiempo difícil, se realizaron jornadas de trabajos intensos en la Ciudad de México, Aguascalientes, Cuernavaca y Toluca se terminó ocho meses después, fue una reproducción de importantes ejemplares, en el artículo 18 se analizó la miseria del proletariado por medio de las reformas sociales y económicas como: una Educación Moral, leyes de accidente de Trabajo, pensiones o de retiro, reglamentación de horas de Trabajo, y seguridad en los talleres, fabricas, minas etc, en general por medio de una Legislación que haga menos cruel la explotación del proletariado.

El primero de diciembre de 1916, hizo entrega al Congreso Constituyente de Querétaro el Proyecto de Reformas Constitucional, y al dirigirse al Organismo del Congreso les expresó; es responsabilidad de los empresarios los casos de accidentes de trabajo, con los seguros para los casos de enfermedad y vejes, y que con éstas reformas espera el Gobierno a su cargo que las Instituciones políticas del País respondan satisfactoriamente a las

necesidades sociales. Los agentes del poder público sean los que deben ser: instrumentos de Seguridad Social. Carranza por primera vez usa el término SEGURO SOCIAL. (Seguridad Social, Segunda Edición Ampliada) Editorial Porrúa

En la sesión del Congreso Constituyente del 23 de enero de 1917, se analizó el capítulo VI Constitucional del Trabajo y de Previsión Social que fue leído y aprobado en la misma fecha donde se establecieron en las fracciones al artículo 123 Constitucional relacionados con el Seguro Social. Así el 5 de febrero de 1917, la primera en América se ocupa de los seguros sociales, se logra introducir los derechos de los Obreros en la Constitución haciendo responsable a los empresarios sobre los accidentes y enfermedades profesionales de su personal a su cargo, por otro lado se considero de utilidad la instalación de cajas populares de invalidez, de vida, de sensación involuntaria de trabajo, así quedo considerada en el Artículo 123 en la fracción XXIX de la Constitución publicada el 5 de febrero de 1917, en la Convención de Aguascalientes.

De la misma forma da inicio el proceso de no reelección, esto les interesó a los Gobiernos de la entidades federativas quienes decidieron instalar al Seguro Social en sus Estados.

Con la publicación de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos el 5 de febrero de 1917, se consolidó el principio de no reelección se declaró la libertad municipal, se estipuló el descanso dominical, la jornada de ocho horas de trabajo, se fijó el salario mínimo, se prohibió el empleo de niños menores de 14 años y la consolidación de la educación laica, y al Seguro Social no se le toca durante cuatro años por los múltiples problemas que se vivía en el país.

Sólo que en 1921, el Gobierno de Álvaro Obregón en su proyecto menciona que la Ley del Seguro Social fuera un equilibrio donde el patrón pagara un 10% sobre los salarios pagados a los obreros, y así se integraría una reserva económica y que el Estado se encargara de buscar un equilibrio social de contribución por parte del Gobierno Federal

En la campaña presidencial de Emilio Portes Gil 1927-1928, se modifica el Artículo 123 Constitucional de la fracción XXIX quedando así; es de utilidad la Ley del Seguro Social, aumentó el interés para instalar el Seguro Social en México fue un ofrecimiento que utilizaron para convencer al pueblo y ganar

votos para su contienda del partido denominado PREVISIÓN SOCIAL, manejo el concepto de integración de jubilaciones por vejez. Seguro vida e indemnizaciones por accidentes de Trabajo, sólo gestó conflictos, que no se llegó a ningún acuerdo.

En 1928, la entonces Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, designó una comisión dirigida por Reynaldo Cervantes Torres , encargada de redactar un Capítulo de Seguridad Social que debiera formar parte del código Federal de Trabajo. Este importante documento se mostraron algunos principios de los Seguros Sociales como:

- a) Hace una enumeración más completa de los riesgos
- b) Proteger a todos los trabajadores del campo y de la ciudad
- c) Liberar de una contribución económica a los trabajadores de salarios mínimos
- d) Crear un tribunal tripartita.
- e) La creación de Régimen de contribución tripartita.

(Seguridad Social, Segunda Edición ampliada)  
Editorial Porrúa, México 1999.

La Secretaría de Gobernación presentó las bases para que el Seguro Social a discusión en la convención que se celebró entre obreros y patrones quienes se reunieron en México D. F. del 15 de noviembre al 8 de diciembre de 1928. donde los patrones aceptaron que era responsabilidad de ellos los riesgos que corren los trabajadores en los centros laborales, aceptaron que la forma de encontrar una paz social y que beneficie a la población en General.

Por decreto, el 27 de enero de 1932, el Congreso de la Unión otorgó facultades al ejército a cargo de Pascual Ortiz Rubio para que en un plazo que terminaba el 31 de agosto del mismo año se expidiera la Ley del Seguro Social obligatorio, por diversos acontecimientos políticos que se presentaron durante ese periodo se vio en la necesidad de renunciar el 2 de septiembre de 1932, nuevamente quedó congelada el proyecto de la Ley del Seguro Social.

Durante la administración de Abelardo L. Rodríguez designó en febrero de 1934 una comisión encargada de elaborar nuevamente un proyecto de Ley del Seguro Social, los trabajos de ésta comisión fue muy importante, estableció bases que normaron un proyecto para el Seguro Social, se aceptan los riesgos que se exponían los obreros, se acepta que el Seguro Social debe organizarse

sin fines de lucro, una administración y un financiamiento tripartita. El proyecto elaborado por ésta comisión fue el más completo por su estructura de análisis que llegó a servir de base para la discusión de nuevos proyectos.

Lázaro Cárdenas gobernó a México de 1934—1940, como Presidente del País, decidió a retomar de nuevo la Ley del Seguro Social, se comprometió con la población del país a estudiar cuidadosamente la creación de la Ley del Seguro Social, un Seguro que cubra todos los riesgos de Trabajo de la población económicamente activa, coordinó esfuerzos de los Patrones, recurrió a sus establecimientos a supervisar las instalaciones de trabajo, cuando el ejecutivo termino de analizar los estudios de la Ley del Seguro Social, éste proyecto de Ley del Seguro Social se envió a la Cámara de Diputados para su análisis en 1935.

El gobierno de Lázaro Cárdenas manifestó no dejaría de tocar el problema de su administración sin haber promovido la iniciativa de Ley del Seguro Social, cuya presencia en su sistema administrativa fuera la Cámara legisladora la que definiera la creación de la Ley de del Seguro Social, los funcionarios de su administración le ofrecieron su apoyo porque el programa beneficiaba en los bolsillos de la población de México. En el mandato de Lazaro Cardenas se realizaron proyectos en las diferentes instituciones como, Salubridad, Hacienda, Gobernación; se nacionalizó Ferrocarriles nacionales en 1937, se hace la expropiación petrolera en 1938, se revisaron y fueron terminados los proyectos del Seguro Social, que se envián al Cámara de Diputados

En la Conferencia de los estados americanos, los miembros de la Organización Internacional del Trabajo, Cárdenas aprovecho los ofrecimientos de las distintas dependencias a quienes le solicita a cada dependencia los proyectos de Ley que beneficie a las clases que trabajan en las industrias, en las minas, en el campo. Los proyectos presentados por las diferentes dependencias Federales se aceptó el que elaboró la Secretaría de Gobernación cuya dirección la había encabezado el Licenciado Ignacio García Téllez.

El Seguro Social sufre otro tropiezo por los problemas vividos desde 1937 y 1938.

Seguridad Social, Segunda Edición 1999.

Trayectoria histórica del IMSS.

Manuel Ávila Camacho, dirigió a México de 1940 a 1946, desde la toma de posición como presidente de la República, el primero de diciembre de 1940, se dirigió a la población en general, les dijo que su mayor preocupación era el

desempleo los bajos salarios que existían en el país, y que además eran las causas de pobreza que vive la población en México. El abrirá las oportunidades para vivir dignamente. Porque el hombre que tiene trabajo requiere de certidumbre, de vivir dignamente y que los beneficios de los contratos colectivos sean permanentes porque algún día la Ley del Seguro Social deberá proteger a todos los mexicanos. Así es como desde el primero de junio de 1941 realizó importantes acuerdos, creó una comisión para trabajar la creación de la Ley del Seguro Social, con hombres como Miguel García Cruz, Ignacio García Téllez, Francisco J Bacín, Agustín López, Alberto Trueba Urbina, quienes se dedicaron a una tarea tan intensa y sofisticada en la de crear las condiciones políticas y económicas adecuadas para conseguir la aprobación del proyecto de Ley del Seguro Social.

Se buscaron las opiniones nacionales e internacionales como la conferencia Interamericana quien dió todo su respaldo a Manuel Ávila Camacho. Así es como el 15 de septiembre de 1942, la representación de la conferencia Interamericana votó porque de inicio el Seguro Social en México. Lo mismo hizo el Consejo Obrero, brindo su apoyo el 21 de octubre del mismo año, para que se inicie el Seguro Social en país.

Continuo madurando la idea del Seguro Social, hubo personas que desistieron, otras que apoyaron la continuación del proceso, hasta llegar a la sesión del 23 de diciembre de 1942, donde la Cámara de Diputados aprueba el proyecto de la Ley del SEGURO SOCIAL.

El 29 de diciembre del mismo año, la Cámara de Senadores dio su aprobación para que dé su inicio la Ley del Seguro Social.

Posteriormente fue publicado en el diario Oficial de la federación el 19 de enero de 1943.

Trayectoria histórica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1987

## INICIA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MEXICO

Manuel Ávila Camacho decidió dar inicio la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en el momento en que el Mundo se convulsionaba por la Segunda Guerra Mundial.

La Ley del Seguro Social, dio inicio el 19 de enero de 1943, fue publicado por el diario Oficial de la Federación. La publicación de la Ley del Seguro Social causó una expectación General en la vida del pueblo de México, muchas organizaciones patronales dieron su respaldo y otros demandaron la sus pensión de la Ley. Durante ese período el Ejecutivo Federal promovió la expedición de un decreto, el 14 de mayo de 1943, el Gobierno Federal ordenó que las primeras afiliaciones de patrones y de trabajadores en el Distrito Federal se iniciarán apartir del primero de julio de 1943 y las prestaciones de servicio médico se iniciara el primero de enero de 1944, con un sólo consultorio instalado en las calles de Ignacio Mariscal y Rosales, hoy la Unidad de Medicina Familia # 1.

Del 15 de febrero y el 6 de octubre de 1944, se realizaron expropiaciones y se pagaron terrenos en Xola, Niño Perdido, fraccionamiento Josefina G. Vida, en la colonia Nápoles, la Raza en la delegación Azcapatzalco, Balbuena, Paseo de la Reforma, y en San Jacinto de la delegación San Ángel en Distrito Federal, todo en el primer semestre del año de 1944, fue una actividad asombrosa, el impacto que produjo el nacimiento del Seguro Social en las organizaciones obreras y patronales, motivó una serie de paros, manifestaciones y protestas, pedían desaparecer la Ley del Seguro Social, los juzgados se llenaron de demandas de amparos en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El primer Director fue el Licenciado Vicente Santos Guajardo quien fue designado por el Presidente Manuel Ávila Camacho, fue un político que tuvo una gran trayectoria desde la época de Venustiano Carranza.

## **1.2 DESARROLLO DEL SEGURO SOCIAL**

El desarrollo del Seguro Social por el Territorio Mexicano fue así: el primero de enero de 1944 inició en el Distrito Federal abrió sus puertas para dar servicio médicos a las primeras personas económicamente activas que se habían afiliado en el Seguro Social, dio inicio en las calles de Ignacio Mariscal y Rosales con un sólo consultorio hoy la Unidad de Medicina Familiar número uno.

El Seguro Social inició el 21 de febrero de 1945 en Puebla, el 27 de julio de 1945 en Monterrey, con una condición por parte de los industriales de que iniciara en la Capital regiomontana el Seguro Social con una Unidad que trabajara para misma institución y otra Unidad que trabajara en forma particular y así fue, la unidad que arranco con el programa de los empresarios no les dio el fruto que ellos esperaban, tuvieron grandes diferencias en todos los procesos, sin embargo la unidad que trabajo el Seguro Social le dio crédito la población, a cuida más por ser la más confiable y segura, así el Seguro Social logra un éxito más en el espacio geográfico nacional.

Para el 26 de Marzo de 1946 inicia en el Estado de Jalisco con el Seguro de Guardería, el 6 de enero de 1947 en Orizaba Estado de Veracruz, posteriormente lo hace en el estado de Guerrero, México, Tlaxcala , Oaxaca, Chihuahua, Baja California, Yucatán. Actualmente se encuentra instalado el Seguro Social en las Ciudades más importantes del Territorio Nacional.

## **1.3 REFORMAS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MEXICO**

La primera Reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó el 30 de diciembre de 1947, en ésta Legislación obedeció a una dinámica de progresos que fue sufriendo por continuas reformas y poder adaptarlas a los cambios, a las necesidades de la gente de los pueblos de México, en lo económico, político, social, quienes accionan el crecimiento, desarrollo y planeación del país. Se planeó el ingreso y egreso del Seguro Social que inicio recibiendo un 15.85 % y que le sirvió para hacer crecer una fortuna impresionante, donde el Presidente se vio más motivado en apearse al

proceso del ahorro que ayudaría cambiar la miseria por una vida más digna para los mexicanos construyendo clínicas , hospitales del Seguro Social.

El 28 de febrero de 1949, salió publicado en el Diario Oficial de la Federación la segunda Reforma a la Ley del Seguro Social, el sentido de esta reforma fue para introducir algunos cambios en los avisos de los registros Patronales y de los asegurados para facilitar el pago de las cuotas de obreros y la vigencia de los de los mismos para los siguientes ramos de servicios.

1. La cuota de la Rama de Enfermedad General y maternidad se elevo del 6 al 8%
2. Se aumentó el periodo de suministros de servicios médicos y de subsidios por incapacidad de 26 a 39 semanas
3. Las incapacidades que duren 13 semanas, disfrutaran del subsidio normal
4. Se le otorgará canastilla a las madres que trabajan
5. Se aumentaron del 20 al 26 % de salario a las incapacidades permanentes por invalidez, vejez etc.

Estas Reformas constituyeron factores importantes para disminuir las graves tensiones que el sector patronal ejercía sobre la vida del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El 31 de enero de 1951 se celebró la octava Asamblea General que debió celebrarse en 1950, y que se aprobaron los ingresos y egreso, se dictaron importantes cambios.

1. Se elevaron las cuotas de la rama de Enfermedades Generales y Maternidad
2. Se elevo el periodo de suministro de Servicios Médicos de 182 a 273 días
3. Para las incapacidades aumentó de un 10 % a un 20 %
4. Se estableció que a la trabajadora se le proporcionará una canastilla al nacer su niño. etc

En 1952,se renuevan los miembros de la Asamblea General en los términos del artículo 113 de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, en este periodo se inició la construcción monumental del Instituto Mexicano del Seguro Social donde entra en función el Hospital de la Raza, en Monterrey,



en Acapulco, se aceleraron más las construcciones de clínicas, hospitales en el D. F, Puebla, Tlaxcala, Jalisco, Monterrey, todo este proyecto estuvo a cargo del Presidente de la República y el Director del Instituto Mexicano del Seguro Social el Doctor Antonio Díaz Lombardo, el Presidente de la República Mexicana Miguel Alemán V..

La consolidación del Seguro Social en México, continuo con su camino, hizo más sólida la idea sobre la filosofía del Seguro Social.

De 1952- 1958, Gobernó Adolfo Ruiz Cortines a la Nación mexicana, y en la Dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social, estuvo al frente el Licenciado Antonio Ortiz Mena.

En ésta administración se reunieron personalidades importantes de la C.P.A.L, por primera vez se impartieron cursos de Seguridad Social en las Escuelas públicas de México y toda América Latina. En México se inició por la Escuela Nacional de Economía, como la Universidad Nacional Autónoma de México, otra como Ciencias Políticas, la Escuela Superior de Economía, en el Instituto Politécnico Nacional, la Escuela de Jurisprudencia y un doctorado en la U.N.A.M.

La Seguridad Social en México siguió su marcha, disponía de varias definiciones filosóficas. En ésta reunión la definición que fue más relevante: como **la Seguridad Social** un derecho público obligatorio y de aplicación universal, para el logro solidario de una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos, que asegura a toda la población, una vida mejor con ingresos o medios económicos suficientes, una existencia de vida decorosa, libre de miseria, y temor, enfermedad, ignorancia y desempleo con el fin de que en todos los países se instale la Seguridad Social, y mantengan el crecimiento, el valor intelectual y filosófico de las poblaciones que se prepare el camino a las mejores generaciones futuras, una Misión de la Seguridad Social.

Esta administración desarrolló obras sociales y de superación administrativa donde las ideas rectoras de comprensión, entendimiento, permitieron hacer sólidos los propósitos como superar, y encausar al Seguro Social en una esperanza de desarrollo en México.

Existió la estabilidad financiera del Seguro Social, se aumenta el grupo de cotizaciones, se elevaron los subsidios por incapacidades, se instalan las casas de recuperación y reposo, y se logran la extensión de los beneficios a más

poblaciones del campo y la Ciudad entre la Seguridad Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social, dos programas que cobijan al espacio geográfico en México.

### **PROGRAMA DEL LICENCIADO ANTONIO ORTIZ MENA COMO DIRECTOR DEL IMSS.**

Desarrolló cinco objetivos:

1. Consiguió la estabilidad financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante el ejercicio de presupuestos rígidos.
2. Reorganizó las actividades administrativas de los servicios.
3. Extendió el Régimen al mayor número de entidades federativas, sin excluir al trabajador del campo.
4. Reformó la Ley del Seguro Social.
5. Desarrolló un plan de obras materiales.

El Licenciado Antonio Ortiz Mena, al hacerse cargo de la administración del Instituto Mexicano del Seguro Social, en su primer informe le dijo a la Asamblea General que la vida y el destino del Instituto Mexicano del Seguro Social dependía de tres puntos de suma importancia.

- a) Suficiencia de ingresos y adecuada inversión de los recursos patrimoniales.
- b) Eficacia en servicios y prestaciones que debe otorgarse a los derechohabientes del Seguro Social.
- c) Ampliación del régimen de Seguridad Social a mayores núcleos de población de la República Mexicana.

A mediados de la Administración de Ruiz Cortines y de Antonio Ortiz Mena elaboraron las reformas más importantes. Hicieron convenios con los representantes obreros y patronales quienes consideraron benéficas las reformas para los derechohabientes y para la organización interna y el régimen financiero del Seguro Social, por eso las modificaciones a la Ley de 1956, fue iniciada por el Presidente de la República el Licenciado Ruiz Cortines, expedida por el Congreso de la Unión, se modificaron 79 artículos de la Ley del Seguro Social. Por lo tanto en los términos del artículo cuarto de la Ley del Seguro Social se reformó nuevamente la Ley del Seguro Social, el 31 de diciembre de 1956. Quedando de la siguiente manera:

- a) A las personas que se encuentran ligadas a otras por un contrato de Trabajo.
- b) A los miembros de sociedades cooperativas de producción.
- c) De 1953 a 1958, las satisfacciones que significó beneficios para el pueblo de México porque se podía decir que se tenía un equipo de la mejor Tecnología de punta en el Seguro Social en México.

Para el 31 de diciembre de 1958, se tenían 104 hospitales, 209 Clínicas, 223 puestos de fábrica, 82 puestos de Enfermería, estas Unidades médicas se encontraban distribuidas en cada una de las Ciudades más importantes de los Estados de la República Mexicana.

El 30 de enero de 1961 el Seguro Social le compra el Centro Médico Nacional a la Secretaría de Salubridad, en la administración presidencial de Adolfo López Mateos, la venta se realizó la terminación del Centro Médico que avanzaba muy lenta, el Estado no tenía dinero para concluir la construcción que inició desde la administración del Presidente Manuel Ávila Camacho.

El Centro Médico Nacional, ocupa una superficie de 155 940 metros cuadrados, existe una construcción de 207 283 metros cuadrados, un lugar donde se encuentra instalado 13 Unidades de tercer nivel de la más alta calidad del Instituto Mexicano del Seguro Social en México.

A mediados de los años sesentas se registró un crecimiento del producto interno bruto a tasa promedio superior al 6 % anual, el Instituto Mexicano del Seguro Social, duplicó su cobertura de Unidades médicas en todo el País. En este gobierno se introducen mejoras a los productores de la caña de azúcar y a sus trabajadores, la casa de la Asegurada la transforman en Centros de Seguridad Social para bienestar y la Familia.

## **NUEVAS ESTRATEGIAS**

En el Gobierno de Gustavo Díaz Ordaz se amplió el Seguro Social a los campesinos, se abre al público el Centro Vacacional de Oaxtepec el propósito fue fomentar la salud de los trabajadores asegurados, elevar la calidad de vida, motivar el desarrollo social y poder fortalecer el núcleo familiar.

En 1973, continuó la expansión del Instituto Mexicano del Seguro Social, tuvo convenios con el Estado basado en la Seguridad Social un programa aplicado a grupos marginados que cubren sus cuotas con trabajo personal.

El IMSS y el Estado logran incorporar al Instituto a los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad, de Ferrocarriles Nacionales de México y tres mil comunidades agrícolas.

Se aumentó el monto de las pensiones, se creó un nuevo ramo de seguros el de Guarderías, se implantan los servicios de Solidaridad Social, se actualiza el Artículo Primero de la Ley del Seguro Social que garantiza el derecho humano a la Salud, y a la asistencia médica.

En 1975 firma un acuerdo entre el Seguro Social y Conasupo un proyecto de atención Médica con capacitación de parteras empíricas de las propias comunidades.

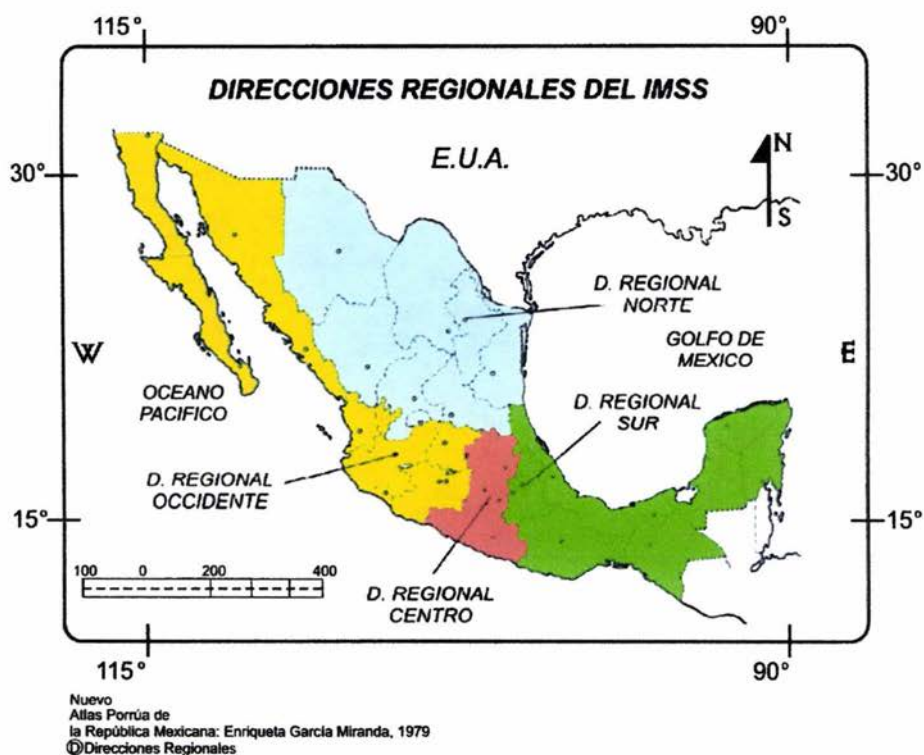
Posteriormente se vieron que las acciones de Solidaridad estaban arrojando resultados positivos, decidieron iniciar un nuevo programa llamado IMSS-COPLAMAR, donde buscan mejorar las condiciones de vida instalando servicios de atención médica en las poblaciones Rurales de todo el País.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se enfrentó en un proceso delicado en la economía Nacional como la caída de los precios del Petróleo, la suspensión de préstamos en el extranjero, la salida de capitales al extranjero, el traslado de depósitos privados al extranjero, produjeron efectos muy alarmantes; luego la inflación, la devaluación de la moneda, la volatilidad de la ahorro y la tensión social. Fueron efectos que obligaron al IMSS. a que disminuyeran sus ingresos económicos en sus entrañas del instituto, disminuyó el ingreso económico, se incrementó el precio de los insumos, los precios de los servicios médicos privados, se ampliaron los plazos de ocho semanas a seis meses para conservar el derecho a recibir servicio médico tanto el asegurado como a su familia, se otorgó servicio médico a todos los pensionados por incapacidad parcial o permanente.

Se canceló el adeudo por servicios médicos y farmacéuticos otorgados a la población no derechohabiente de escasos recursos etc. pero también se enfrentó a un estancamiento vinculado por la reclamación de justicia Social de amplios grupos de campesinos.

## 1.4 ACTUALIDAD DEL SEGURO SOCIAL

El IMSS entra en proceso de regionalización, del espacio en el suelo mexicano en 4 Regiones y 37 delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, se dividen en Unidades desde primer, segundo y tercer nivel.



## UNIDAD DE PRIMER NIVEL

Es la entrada de los pacientes a las primeras atenciones de servicio de la medicina para curar un daño de cada paciente que solicita el servicio en el establecimiento destinado a la atención primaria a la salud. Siendo por ello la entrada a los servicios médicos Institucionales, cuyo eje de atención es el médico de familia auxiliado por servicios de apoyo de diagnóstico terapéutico y administrativo que le permiten atender al paciente y a su familia en forma integral a través de la consulta externa.

Son servicios donde se realizan las primeras detecciones de algún mal en la salud del individuo, son unidades donde se atiende el 85 por ciento de las demandas de atención médica con una tecnología no muy sofisticada.

Son unidades donde se aplican programas de medicina preventiva a la población económicamente activa y abierta, donde se le orienta al paciente sobre la decisión de la enfermedad en que se encuentra atrapado y cómo deben de salir de ella.

Se planean programas de visitas domiciliarias de cortas distancias, para promover la medicina preventiva, en las industrias, escuelas, unidades habitacionales, mercados, o sitios donde se concentran una gran cantidad de población, no salen a largas distancias donde se requieren éstas atenciones a promover en los domicilios de las personas más necesitadas ya sea para proporcionar una consulta a pacientes por medio del médico, ó el personal técnico a orientarlos en la Educación sanitaria, prevenir el que no se enfermen o surjan las epidemias en las zonas habitacionales Urbanas y Rurales. U.M.F. (Unidad de Medicina Familiar).



Numero de Clinicas de Primer Nivel por Estado

## UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL

En ellos ya se habla de Hospitales de atención médica y corresponde a los Hospitales Generales de Zona, Unidades de Zona que requieren de procedimientos de diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación, empleando para ello los recursos y las especialidades médicas asignadas como son la consulta externa especializada, los servicios de urgencias, cirugía, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Su poder resolutivo es del 10 % de los pacientes enviados de Unidades del primer nivel que no tuvieron los medios científicos y tecnológicos avanzados para determinar un diagnóstico más sofisticado.

En estas Unidades los equipos que existen son más especializados que las de unidades de primer nivel.

El personal médico y personal técnico son especializados por ramas de la medicina, el servicio de Urgencias funciona las 24 horas y los 365 días del año.

Estas Unidades son de fácil acceso para todos los medios de comunicaciones como el transporte terrestre, radio y televisión, prensa, ahora Internet.

Son Unidades que se han instalado en zonas donde existe una población promedio de trescientos mil habitantes por Unidad Médica con equipo de camas para la comunidad para quien se enferma y que no satisface la demanda que requiere la población afiliada en la región, existe una sobre población en la mayoría de la Unidades de los Hospitales del Segundo nivel. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, debe ser cien mil derechohabientes por unidad hospitalaria.





Numero de Unidades de Segundo Nivel por Estado

## UNIDADES DE TERCER NIVEL

Son la red de Hospitales de alta tecnología y la máxima resolución de diagnóstico. En ellos se atiende al cien por ciento de los pacientes que remiten los Hospitales del segundo nivel, equivalente al 5% del total de la demanda Institucional.

El tercer nivel atiende pacientes con padecimientos de alta complejidad en su diagnóstico y tratamiento. El personal médico que labora en estas Unidades es de alta especialidad. Los equipos existentes en éstas Unidades son de tecnología de punta en el Mundo. Sustentan diagnósticos que no resuelve el segundo nivel, los medios de comunicaciones son todos de fácil acceso desde el terrestre y el aéreo por medio de helicópteros en coordinación con las centrales de aviación del país.



## **COMPROMISOS DEL ESTADO**

El Instituto Mexicano del Seguro Social, modificó su estructura en la década de los setentas, administró programas, cumplió con sus compromisos solidarios brindando apoyo a la red subsidiarias por medio de los recursos administrativos ya existentes, sin erogar recursos financieros propios.

El Instituto Mexicano del Seguro Social creó un programa de descentralización donde estableció los servicios médicos estatales como entidades autónomas para promover la oferta pública a la población no asegurada, el IMSS dio apoyo con la capacitación personal un equipamiento y regionalizó los modelos de atención.

La descentralización vino a formar parte de un proceso de cambio estructural para transferir la prestación de servicios a Instituciones más cercanas a las necesidades y permitir a la Federación a dedicarse a la normatividad y al financiamiento y le cambian el nombre a la Secretaria de Salubridad por el de hoy secretaria de Salud.

### **LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL Instituto Mexicano del Seguro Social**

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con una infraestructura propia de 1570. Unidades Médicas en todo el territorio Nacional, dividido en 1267, Unidades de primer Nivel, 293 Unidades de Segundo Nivel, 10 Centros Médicos Nacionales encargados de resolver los cinco ramos de Seguros que ofrece el Seguro Social a sus derechohabientes como son: el Seguro de invalidez, vejez, cesantía, en edad avanzada y muerte (ICBM). Seguro de Enfermedades y Maternidad. Seguro de Riesgos de Trabajo. Seguros de Guarderías.

## **ORGANIZACIONES QUE MANEJAN AL SEGURO SOCIAL**

PATRONES  
ESTADO  
TRABAJADORES

Existe una aportación tripartita en dinero donde el patrón aporta el 70 %, los Trabajadores un 25 %, y el Gobierno el 5 % para darle vida al Seguro Social.

### **POBLACIÓN BENEFICIADA POR EL IMSS**

Existe un número de afiliados en el Instituto Mexicano del Seguro Social de 12 500 000, trabajadores con un promedio de registro de tres familiares directos por cada uno más los papas que totalizan 60,000 000, más de la mitad de la población del Territorio Nacional.

Cuenta con 43, 510 camas en total, que le dan servicio a una población de 1, 379 personas por cama, los equipos médicos y administrativos son de tecnología de punta.

### **EL FUTURO DEL IMSS**

Sus planes ahora son continuar con su Misión médica como fue acordado desde que inicio el primero de enero de 1944, tiene una visión de mejorar la calidad de sus servicios, organizar la calidad de sus procesos, investigar estrategias de mejora y actualizar las actitudes de la fuerza de trabajo del Seguro Social en el largo y corto plazo.

Así también se requiere de una verdadera clasificación de su fuerza de trabajo para emprender un mejor proceso que beneficie al Seguro Social y al país.

El cuerpo del Seguro Social cuenta con muchas enfermedades como que debe combatir como el abuso de confianza, robos de todo tipo, violaciones conflictos, comercio de lo que usted quiera, que están fuera de control desde las últimas décadas.

Si por algunas razones estos valores no son corregidos, el Seguro Social seguirá enfermo y no podrá curarse, se requiere de una disciplina muy sofisticada en lugar de hacer planes de reducción de derechos de los

trabajadores que orilla al funcionario a cometer errores por la falta de dinero en sus bolsillo, estas enfermedades son las que están coadyuvando en la destrucción del Seguro Social.

Son epidemias de los últimos tiempos, quines pagan todos los malos proceso son los que nada tienen que ver con las epidemias, sus clientes o población afiliada con derecho en atención médica por el Seguro Social

En 1995, nuevamente se reforma la Ley del Seguro Social que entró en vigor el primero de julio de 1997, una nueva reforma a la Ley del Seguro Social donde a los grupos de trabajadores de la población en general quienes apoyaron con sus aportaciones para el Seguro Social.

Fueron objetos de protección por los cinco régimen obligatorios del Seguro Social, el Seguro de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, censaría en edad avanzada y muerte; riesgos de trabajo; servicios de guarderías y de retiro.

Existe otro programa de Seguro, el Seguro de Familia, aquí en forma voluntaria un jefe de familia puede comprar un Seguro de Familia y automáticamente queda asegurada la esposa, los hijos.

Esto es lo que sustenta una transformación más equitativa en el reparto de la economía del pueblo mexicano por el sólo hecho de afiliarse al padre de familia para beneficiar a la esposa, hijos y padres del afiliado o del trabajador. Con todos estos elementos, el IMSS sustenta su existencia para el siglo que inicia. Por lo tanto la Ley del Seguro Social incluye a toda la población económicamente activa que participa en la economía formal.

Actualmente la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social, a pesar de que sus Unidades se encuentran articuladas en red Nacional, para optimizar los recursos institucionales y acercar los servicios a la población: todavía no satisface la demanda de servicios médicos y prestaciones sociales que sus derechohabientes le reclaman.

## **2. LA ORGANIZACIÓN ACTUAL DEL SEGURO SOCIAL**

El Seguro Social se encuentra organizado de la siguiente forma

1. Asamblea General
2. Consejo Técnico
3. Comisión de Vigilancia
4. Dirección General
5. Contraloría Interna

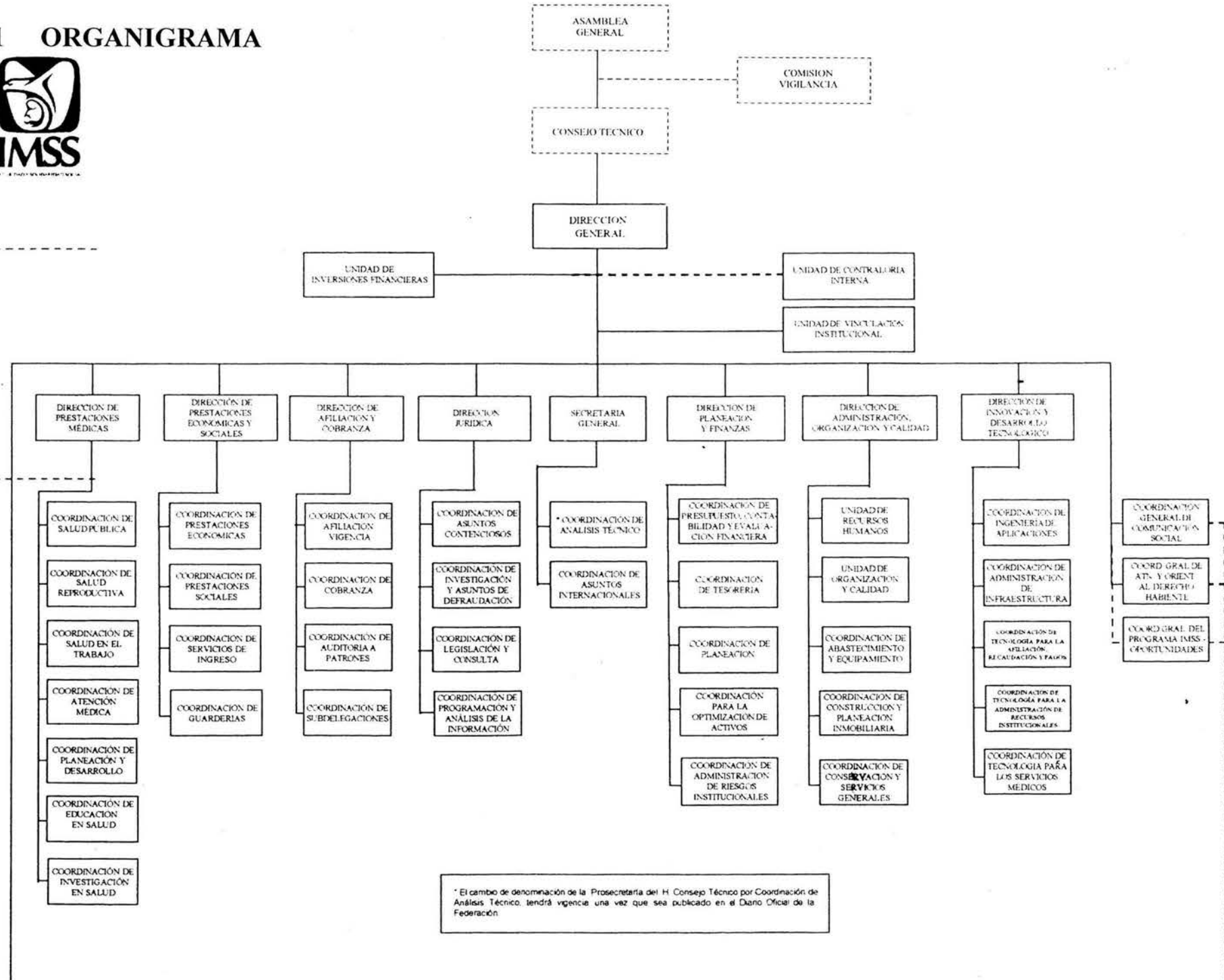
## 2.1 ORGANIGRAMA



I

I

II



## **2.2 FUNCIONES**

### **ASAMBLEA GENERAL**

La autoridad suprema del Instituto Mexicano del Seguro Social, es la Asamblea General integrada por treinta miembros que son designados en la forma siguiente.

Diez funcionarios son designados por el Gobierno Federal

Diez funcionarios son designados por las organizaciones patronales

Diez funcionarios son designados por los trabajadores

Los funcionarios duran en sus cargos seis años, pudiendo ser reelectos y removidos por el Presidente de la República.

El Presidente de la República establece las bases para determinar las organizaciones de trabajadores y patrones, quienes deben de intervenir en la designación de los miembros de la Asamblea, ésta organización es presidida por el Director General quienes tienen reuniones ordinariamente una o dos veces al año y reuniones extraordinarias cuantas veces sea necesario, también realizan análisis anualmente para aprobar o modificar los ingresos de gastos y el balance contable de los informes de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente.

### **CONSEJO TÉCNICO**

El Consejo Técnico es el representante legal y administrador del Seguro Social. Está integrado por doce funcionarios de los cuáles cuatro son representantes del Gobierno Federal, cuatro representan a la organización Patronal y cuatro más representan a los Trabajadores.

Es quien decide sobre las inversiones de los fondos del Seguro Social. Resuelve las operaciones del Instituto excepto aquellos que por su importancia del acuerdo de la Asamblea General.

Establece y clausura las delegaciones del Instituto.

Convoca a Asamblea General ordinaria o extraordinaria.

Discute, aprueba el presupuesto de ingresos y egresos, así como los programas de actividades que labora la Dirección General.

Concede o rechaza, modifica pensiones pudiendo delegarlas a dependencia competentes.

Nombra y remueve al Secretario General, Subdirectores, Jefes de Servicios, Delegados de acuerdo con la fracción VII del artículo 257 de la Ley del Seguro Social.

Extiende el Régimen obligatorio del Seguro Social y autoriza el inicio de los Servicios.

Propone al Ejecutivo Federal las modalidades del Régimen obligatorio.

Autoriza los convenios relativos al pago de cuotas.

Autoriza a derechohabientes del Régimen con previo estudio socioeconómico los disfrutes de prestaciones médicas, económicas cuando no estén cumplidos algunos requisitos legales y el otorgamiento que sea equitativo.

## **COMISION DE VIGILANCIA**

Está compuesta por seis funcionarios quienes duran seis años en sus puestos, nombrados por la asamblea general. Sus funciones son: vigilar que las inversiones se realicen como lo estipula la Ley del Seguro Social. Practica auditorias de los balances contables y comprobar los evaluos de los bienes del Instituto, Presenta a la Asamblea General dictámenes sobre informes de las actividad y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico Para su conocimiento, en casos graves es de la responsabilidad de citar a Asamblea General Extraordinaria cuantas veces sea necesario.

## **LA DIRECCIÓN GENERAL**

El Director General del Seguro Social es nombrado por el Presidente de la República, debe ser mexicano de nacimiento.

El Director tiene las siguientes atribuciones; Dirige los acuerdos del Consejo Técnico, representa al Seguro Social ante todas las demás autoridades y organismos, presenta anualmente ante el Consejo Técnico los informes de actividades del Instituto, le presenta al Consejo Técnico los balances contables de ingresos y egresos para el siguiente año, le propone al Consejo Técnico la



designación o destitución de los funcionarios, tiene derecho de veto sobre las resoluciones del Consejo Técnico.

## **LAS ZONAS REGIONALES DEL SEGURO SOCIAL**

Las Zonas Regionales del Seguro Social hacen que se cumplan las Políticas, programas, planes, evalúan, controlan, deciden, sobre sus áreas de influencias, supervisan los funcionamientos de las Unidades Médicas nacionales, ayudan a realizar proyectos de incentivos en desempeño laboral de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Región, actualiza y mantiene vigente sus sistemas de abasto, conservación sus funcionamientos de sus plantas y equipos de toda la Institución.

## **LAS DELEGACIONES**

Las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social hacen cumplir las políticas, planes, programas regionales, toman decisiones en su área de influencia, administran todos los recursos, y se convergen en red nacional a nivel central del IMSS.

### **2.3 LA DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA DE LAS UNIDADES DE ASISTENCIA MÉDICA.**

La Cobertura geográfica de las Unidades médicas del Seguro Social en México, no han sido planeadas con el debido cuidado, ya que sus afilados recorren grandes distancias para solicitar un servicio médico. Se han instalado en las Ciudades más importantes, donde existen asentamientos Industriales, comerciales, zonas educativas, Rural y asentamientos de población económicamente activa y sus familias que viven fuera de las grandes ciudades.

Actualmente el IMSS ha dividido a la República Mexicana en cuatro Regiones donde funciona un número de Unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel, el poder resolutivo existe una gran diferencia de un primer nivel a un segundo nivel y mucho más para un tercer nivel. Las Regiones en que ha dividido el IMSS a la República mexicana son las siguientes.

**REGION NORTE** que comprenden los estados de Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas, Aguascalientes.

**REGION OCCIDENTE** comprenden los Estados de Jalisco, Colima, Guanajuato, Michoacán, Nayarita, Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora.

**REGION CENTRO** comprende el Distrito Federal, el Estado de México, Querétaro, Morelos y Guerrero.

**REGION SUR** comprende los Estados de Puebla, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala, Hidalgo, Veracruz, Chiapas, Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

Cada Unidad funciona con servicio integral, ofrece el Seguro Social una atención de servicio de una cama por cada 1379 derechohabientes.

## **A DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA DE UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL POR ESTADO**

La distribución geográfica de Unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social por Estado.

Actualmente se localizan las Unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social por Regiones.

Región Norte

Región Sur

Región Centro

Región Occidente

LA RAZÓN DE CONOCER EL NÚMERO TOTAL DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS POR ESTADO ES QUE SE DEBE CONOCER EL NÚMERO DE POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Otros de mis propósitos de éste trabajo ha sido dar a conocer cuanta población existe en el país y hacer un desglose para conocer a la población por Estado y saber cuanta población está atendiendo el Instituto Mexicano del Seguro Social en cada Estado de la República Mexicana.

<b>POBLACIÓN POR SUPERFICIE EN Km. CUADRADOS.</b>		
<b>REGION NORTE</b>	<b>Km2</b>	<b>POBLACIÓN</b>
AGUASCALIENTES	5471	943506
NUEVO LEON	64924	3826240
COAHUILA	149982	2295808
CHIHUAHUA	224938	3047867
DURANGO	123181	1445922
SAN LUIS POTOSÍ	63068	2296363
TAMAULIPAS	79384	2747114
ZACATECAS	73252	1351207

<b>POBLACIÓN POR SUPERFICIE EN Km. CUADRADOS</b>		
<b>REGION SUR</b>	<b>km2</b>	<b>POBLACIÓN</b>
CAMPECHE	50812	689656
CHIAPAS	74211	3920515
PUEBLA	33902	5070346
HIDALGO	20813	2231392
OAXACA	93952	3432180
TABASCO	25267	1889367
TLAXCALA	4016	961912
VERACRUZ	71699	6901111
QUINTANA ROO	50212	873804
YUCATAN	38402	1655707
<b>POBLACION POR SUPERFICIE EN Km. CUADRADOS</b>		
<b>REGION CENTRO</b>	<b>Km2</b>	<b>POBLACION</b>
DISTRITO FEDERAL	1479	8605239
ESTADO DE MEXICO	21355	13083359
QUERETARO	11449	1402010
MORELOS	4950	1552878
GUERRERO	64281	3075083

Estos datos fueron consultados del último Censo Nacional de población del INEGI 2000

<b>POBLACION POR SUPERFICIE EN Km. CUADRADOS</b>		
<b>REGION OCCIDENTE</b>	<b>Km2</b>	<b>POBLACION</b>
COLIMA	5191	540679
JALISCO	80836	6321278
BAJA CALIFORNIA	69921	2487700
BAJA CALIFORNIA SUR	73475	423516
GUANAJUATO	30491	4656761
MICHOACÁN	59928	3979177
NAYARIT	26979	919739
SINALOA	58328	2534835
SONORA	182052	2213370

Esta información fue consultada en el último censo nacional de población INEGI 2000

<b>UNIDADES MÉDICAS EN LA REGION NORTE</b>			
<b>REGION NORTE</b>	<b>NIVEL 1</b>	<b>NIVEL 2</b>	<b>NIVEL 3</b>
AGUASCALIENTES	10	2	0
NUEVO LEON	43	8	6
COAHUILA	36	12	1
CHIHUAHUA	45	9	1
DURANGO	29	4	0
SAN LUIS POTOSI	30	5	0
TAMAULIPAS	39	7	0
ZACATECAS	34	2	0

<b>UNIDADES MEDICAS EN LA REGION SUR</b>			
<b>REGION SUR</b>	<b>NIVEL 1</b>	<b>NIVEL 2</b>	<b>NIVEL 3</b>
CAMPECHE	7	2	0
CHIAPAS	26	4	0
PUEBLA	43	5	2
HIDALGO	13	6	0
OAXACA	24	4	0
TABASCO	24	3	0
TLAXCALA	14	3	0
VERACRUZ	95	16	1
QUINTANA ROO	7	4	0
YUCATAN	24	4	2

<b>UNIDADES MEDICAS EN LA REGION CENTRO</b>			
<b>REGION CENTRO</b>	<b>NIVEL 1</b>	<b>NIVEL 2</b>	<b>NIVEL 3</b>
DISTRITO FEDERAL	42	18	24
ESTADO DE MEXICO	80	14	1
QUERETARO	19	2	0
MORELOS	20	3	0
GUERRERO	13	6	0

<b>UNIDADES MEDICAS EN LA REGION OCCIDENTE</b>			
<b>REGION OCCIDENTE</b>	<b>NIVEL 1</b>	<b>NIVEL 2</b>	<b>NIVEL 3</b>
COLIMA	8	3	0
JALISCO	96	16	4
BAJA CALIFORNIA	26	7	0
BAJA CALIFORNIA SUR	12	6	0
GUANAJUATO	35	9	3
MICHOACÁN	43	9	0
NAYARIT	20	5	0
SINALOA	40	8	0
SONORA	55	12	2

Esta información fue extraída de la Dirección de prestaciones médicas Coordinación de planeación e infraestructura médica de primer, segundo y tercer nivel paginas 1 de 2. del Instituto Mexicano del Seguro Social

También se ha realizado un análisis de cuantas camas hospitalarias se tiene contemplado por unidad y por estado ya que es uno de las grandes demandas por las constantes quejas que el derechohabiente se ha inconformado como un fenómeno de mala atención en el Seguro Social. Primero se hace un estudio por estado y posteriormente se hace un análisis por unidad médica.

REGION NORTE NÚMERO DE CAMAS CENSABLES

Aguascalientes	308
Nuevo León	2 314
Coahuila	1 355
Chihuahua	1 077
Durango	442
San Luis Potosí	447
Tamaulipas	821
Zacatecas	180

#### REGION SUR

Campeche	144
Chiapas	271
Puebla	999
Hidalgo	288
Oaxaca	239
Tabasco	201
Tlaxcala	132
Veracruz	1 623
Quintana Roo	171
Yucatán	688

#### REGION CENTRO

Distrito Federal	5 014
Estado de México	2 047
Querétaro	301
Morelos	318
Guerrero	355

#### REGION OCCIDENTE

Colima	154
Jalisco	2967
Baja California Norte	825
Baja California Sur	159
Guanajuato	1 111
Michoacán	642
Nayarit	212
Sinaloa	950
Sonora	927

REGION NORTE CAMAS NO CENSABLES

## REGION NORTE

Aguascalientes	120
Nuevo León	1093
Coahuila	518
Chihuahua	564
Durango	229
Tamaulipas	507
San Luis Potosí	245
Zacatecas	166

## REGION SUR

Campeche	102
Chiapas	247
Puebla	511
Hidalgo	206
Oaxaca	140
Tabasco	183
Tlaxcala	81
Veracruz	873
Quintana Roo	150
Yucatán	298

## REGION CENTRO

Distrito Federal	2 577
Estado de México	1 228
Querétaro	228
Morelos	201
Guerrero	22

## REGION OCCIDENTE

Colima	119
Jalisco	1 416
Baja California	300
Baja California Sur	142
Guanajuato	433
Michoacán	453
Nayarit	143
Sinaloa	563
Sonora	561



**PROMEDIO DE CAMAS QUE ATIENDE EL SEGUNDO Y TERCER  
NIVEL EN LA LAS CUATRO REGIONES DE LA REPUBLICA  
MEXICANA**

<b>REGIÓN NORTE</b>	TOTAL DE CAMAS	2do. NIVEL	3. Er. NIVEL	PROMEDIO POR UNIDAD
Aguascalientes	428	1	0	428
Nuevo León	3407	8	4	284
Coahuila	1873	14	1	125
Chihuahua	1641	7	1	206
Durango	671	4	0	168
San Luis Potosí	692	5	0	138
Tamaulipas	1328	7	0	190
Zacatecas	346	2	0	173
<b>REGION SUR</b>				
Campeche	246	3	0	82
Chiapas	518	4	0	130
Puebla	1510	5	2	302
Hidalgo	494	6	0	83
Oaxaca	343	3	0	115
Tlaxcala	213	2	0	107
Veracruz	1377	16	1	81
Quintana Roo	321	3	0	107
Tabasco	384	3	0	128
Yucatán	986	2	1	493
<b>REGION CENTRO</b>				
DF.	8592	12	25	233
Estado de México	3275	9	2	298
Querétaro	529	1	0	529
Morelos	519	3	0	173
Guerrero	581	6	0	97

<b>REGION OCCIDENTE</b>				
Colima	273	3	0	91
Jalisco	4383	4	5	487
Baja California Norte	1125	5	0	225
Baja California Sur	301	6	0	51
Guanajuato	1544	8	2	154
Michoacán	1095	9	0	122
Nayarit	355	6	0	60
Sinaloa	1513	8	0	190
Sonora	1488	12	2	107

### **EL NÚMERO DE DERECHOHABIENTES EN LA REPUBLICA MEXICANA.**

El número de población derechohabientes de la Republica Mexicana asciende a un promedio de 60 000 000 de personas que atiende el Instituto Mexicano del Seguro Social

Se hace una comparación de la población económicamente activa por estado con la población derechohabiente y por Estado.

<b>ESTADO</b>	<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	<b>POBLACIÓN DERECHOHABIENTE</b>	<b>DIFERENCIA</b>
Nuevo León	3,826,240	2,156,030	1,670,210
Coahuila	2,295,808	1,306,100	989,708
Chihuahua	3,047,867	1,662,285	1,385,582
Durango	1,445,922	487,329	958,593
San Luis Potosí	2,296,363	658,143	1,638,220
Tamaulipas	2,747,114	1,337,023	1,410,091
Aguascalientes	943,506	445,102	498,404
Zacatecas	1,351,207	259,609	1,091,598
<b>ZONA SUR</b>			
Puebla	5,070,346	948,483	4,121,863
Oaxaca	3,432,180	359,382	3,072,798
Tabasco	1,889,367	273,606	1,615,761
Tlaxcala	961,912	232,696	729,216
Hidalgo	2,231,392	418,355	1,813,037
Veracruz	6,901,111	1,515,192	5,385,919
Chiapas	3,920,515	387,081	3,533,434
Campeche	689,656	188,960	500,696
Quintana Roo	873,804	327,427	546,377
Yucatán	1,655,707	655,968	999,739
<b>CENTRO</b>			
Distrito federal	8,591,309	3,878,608	4,712,701
Estado de México	13,083,359	3,758,960	9,324,399
Querétaro	1,402,010	624,550	777,460
Morelos	1,552,878	421,937	1,130,941
Guerrero	3,075,083	485,298	2,589,785

ESTADO	POBLACION TOTAL	POBLACION DERECHOHABIENTE	DIFERENCIA
<b>OCCIDENTE</b>			
B.C.N	2,487,700	1,209,872	1,277,828
B.C.S	423,516	190,762	232,754
JALISCO	6,321,278	2,528,225	3,793,053
COLIMA	540,679	199,788	340,891
GUANAJUATO	4,656,761	1,342,466	3,314,295
MICHOACAN	3,979,177	739,062	3,240,115
NAYAARIT	919,739	265,407	654,332
SONORA	2,213,370	855,023	1,358,347
SINALOA	2,534,835	984,064	550,771

Estos informes fueron consultados en el último censo de población INEGI y del censo de población adscrita a médico familiar nacional y de la Dirección de planeación y finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social.



## **POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y NO DERECHOHABIENTE**

Como se aprecia en esta tabla de derechohabiente y no derechohabiente existe una gran cantidad de población contemplado como diferencia es la que no pertenece al Seguro Social, posiblemente en ello influya la carencia de las fuentes de empleo que no les permite a realizar contribuciones económicas al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin embargo, existen otras probabilidades de que pertenezcan a otras organizaciones del sector Salud que ofrecen mayor capacidad de resolución con tarifas económicas elevadas.

Otro motivo muy importante de que no pertenezcan al Seguro Social. Es la saturación de población derechohabiente en cada una de las unidades de primer, segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social. Provocando; inconformidad del derechohabiente en cuanto a la tardanza en la recepción de los pacientes, la saturación de equipos hospitalarios, los tramites burocráticos y la actitud de atención.

### **3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE**

Las características de los derechohabientes en el Seguro Social son todos los individuos que contratan su fuerza de trabajo en las actividades primarias, secundarias, terciarias, organización que produce un bien que beneficia a la sociedad en general y que beneficia al mismo trabajador y a su familia. El IMSS a través de acuerdos con las autoridades Federales les abre oportunidades a cada una de las fuentes de trabajo para los trabajadores que buscan estar afiliados en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **3.1 LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA**

La población económicamente activa son todos los ciudadanos que ejercen una actividad y que a cambio reciben una remuneración económica y en especie..

En México la distribución de la población económicamente activa es por zonas de desarrollo ya sea rural o urbano. En los estados de mayor adelanto urbano es muy visible por la influencia de las industrias, las comunicaciones, las actividades comerciales y de servicios.

La distribución de la fuerza de trabajo (PEA) como en la agricultura en la industria de transformación, la industria de la construcción, comercio, y en la de los servicios donde el Instituto Mexicano del Seguro Social se hace presente.

El grueso de la fuerza de trabajo se encuentra distribuido en las zonas más importantes de México: el Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, México, Puebla, Veracruz, Coahuila, Chihuahua, y Yucatán son los más importantes en donde el IMSS cuenta con los tres tipos de unidades para ofrecer una actividad de servicio médico al trabajador y a sus familias, con unidades de primer, segundo y tercer nivel

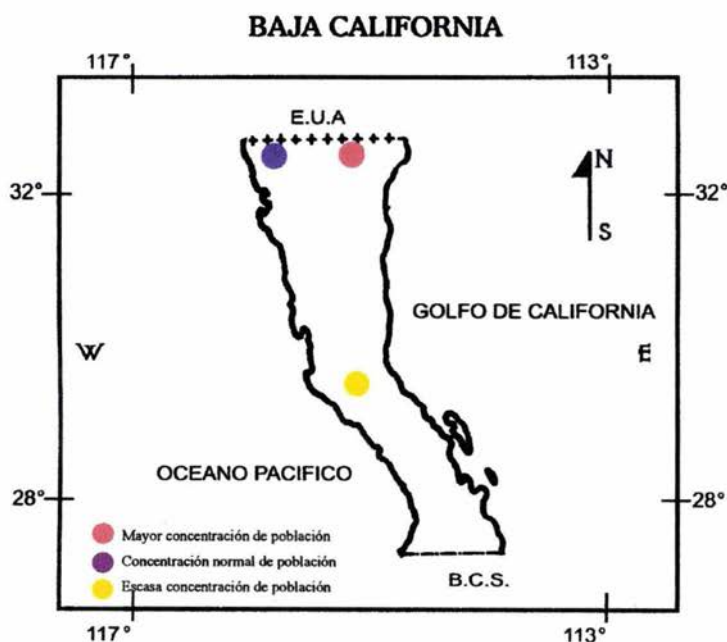
### 3.2 RELACION DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA CON LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

#### BAJA CALIFORNIA

En el estado habitan 2 487 700 personas de los cuales 1 209 872 personas que están afiliados en Seguro Social, y una población económicamente activa de 914 854 que trabajan.

El IMSS. Ofrece servicios médicos con 26 unidades de primer nivel, 7 unidades de segundo nivel y 1125 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes del estado son la agricultura, silvicultura, la pesca, la ganadería, la industria de transformación, comercio.

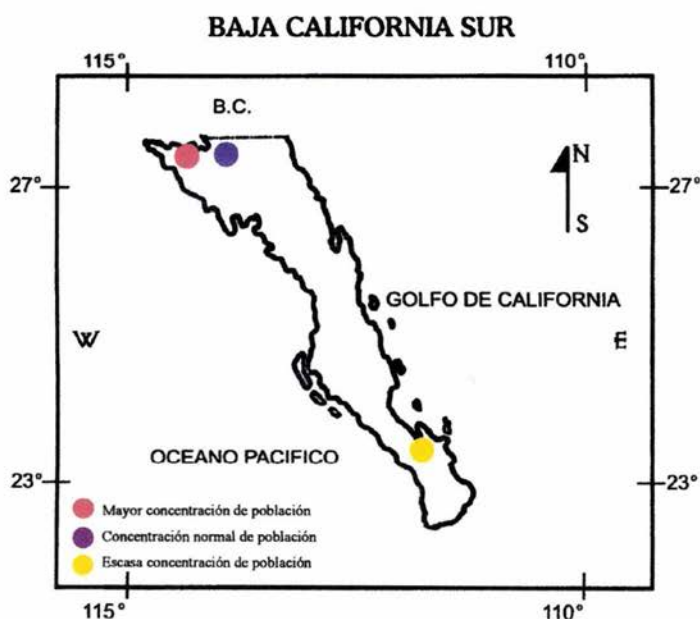


Población total	2 487 700	100 %
Población derechohabiente	1 209 872	que representa el 48 %
Población económicamente activa	914 8553	que representa el 36 %

## BAJA CALIFORNIA SUR

En el estado habitan 423 516 personas, de los cuáles 232 754 individuos que están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 170 514 personas que generan riqueza y que los protege el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca, la industria extractiva, turismo, y la industria de transformación.



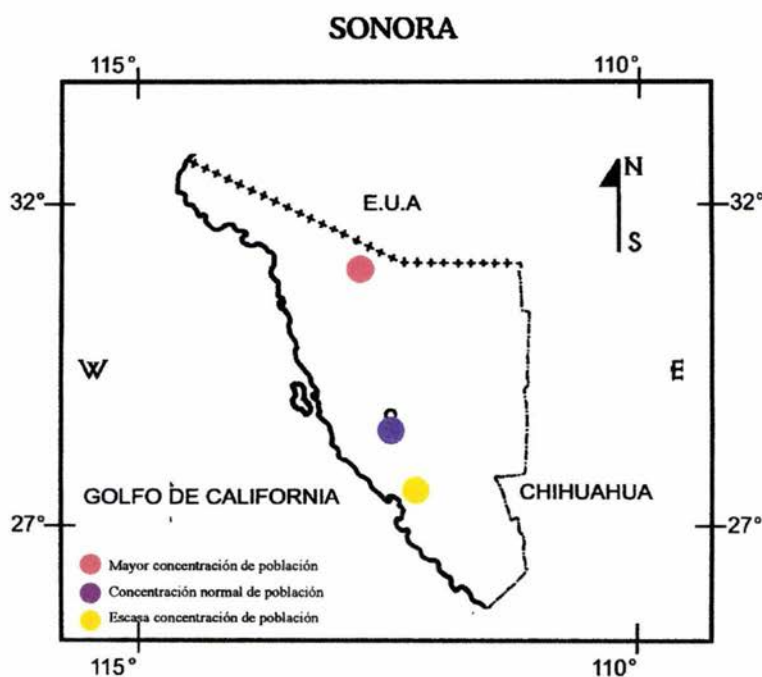
Población total	423 516	100 %
Población derechohabientes	232 754	55 %
Población económicamente activa	170 514	40 %



## SONORA

En el estado habitan 2 213 370 personas, de los cuáles 855 023 individuos están afiliados en el Seguro Social con una población económicamente activa de 819 969 personas, el IMSS les ofrece atención médica con 55 unidades de primer nivel, 12 unidades de segundo nivel, 2 unidades de tercer nivel y 1 488 camas censables y no censables, habitantes quienes generan riqueza bajo la protección del Instituto Mexicano del Seguro Social

Las actividades más relevantes del estado son: la agricultura, ganadería, pesca, industria extractiva y la industria de la transformación.

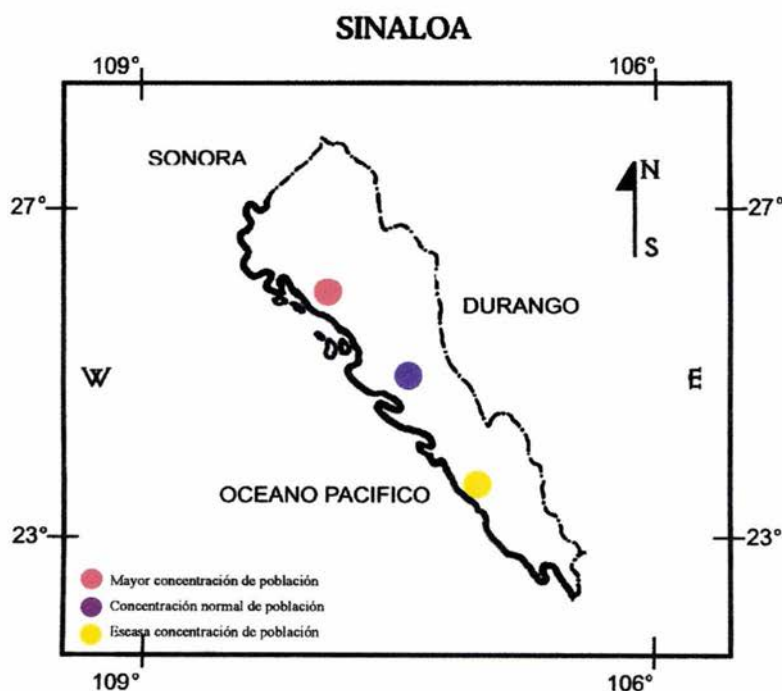


Población total	2 213 370	100 %
Población derechohabientes	855 023	61 %
Población económicamente activa	819 969	37 %

## SINALOA

En el estado habitan 2 534 835 personas, de los cuales 1 590 771 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 888 850 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 40 unidades de primer nivel, 8 unidades de segundo nivel y 1900 camas censables y no censables

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, selvicultura, industria extractiva y de transformación.

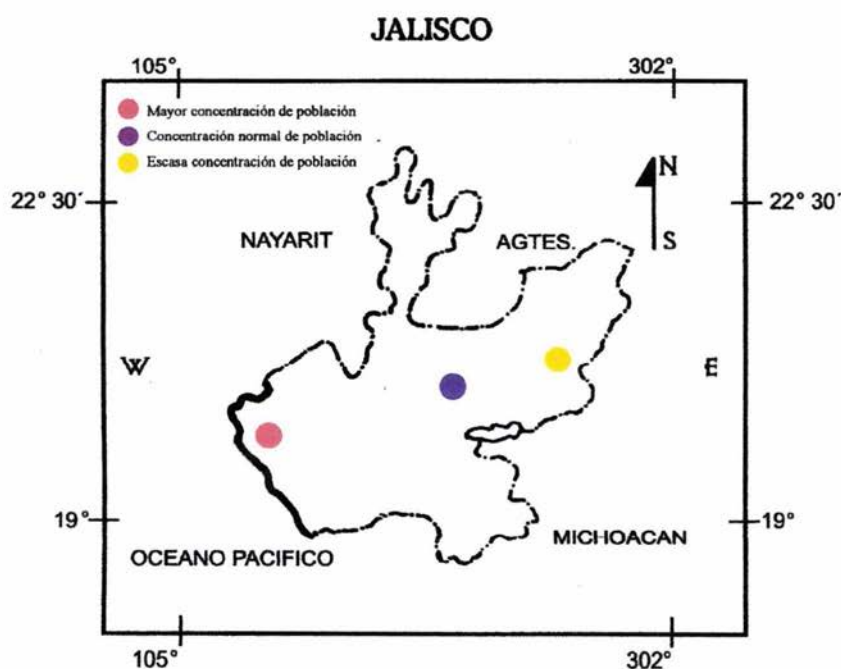


Población total	2 534 835	100 %
Población derechohabiente	1 590 771	62 %
Población económicamente activa	888 850	35 %

## JALISCO

En el estado habitan 6 321 278, personas, de los cuales 2 528 225 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 2 385 586 personas, el IMSS. Les ofrece atención médica con 96 unidades de primer nivel, 16 unidades de segundo nivel y 4 unidades de tercer nivel.

Las actividades más relevantes del estado son: la agricultura, ganadería, industria extractiva, industria de transformación, turismo.

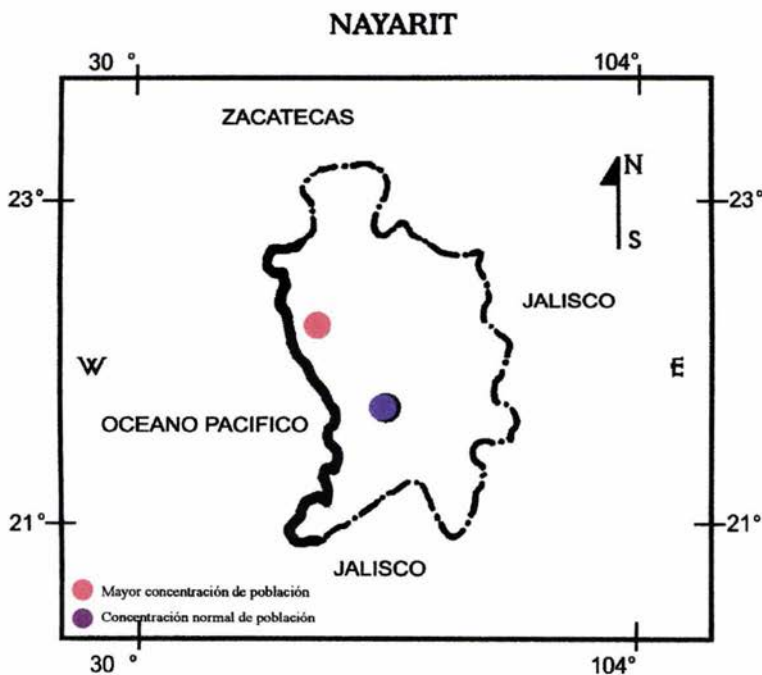


Población total	6 321 278	100 %
Población derechohabiente	2 528 225	40 %
Población económicamente activa	2 385 585	38 %

## NAYARIT

En el estado habitan 919 739 personas, de los cuáles 265 407 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 322 077, el IMSS. Les ofrece atención médica con 20 unidades de primer nivel, 5 unidades de segundo nivel y 355 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes del estado son: la agricultura, ganadería, pesca industria extractiva, y de transformación.

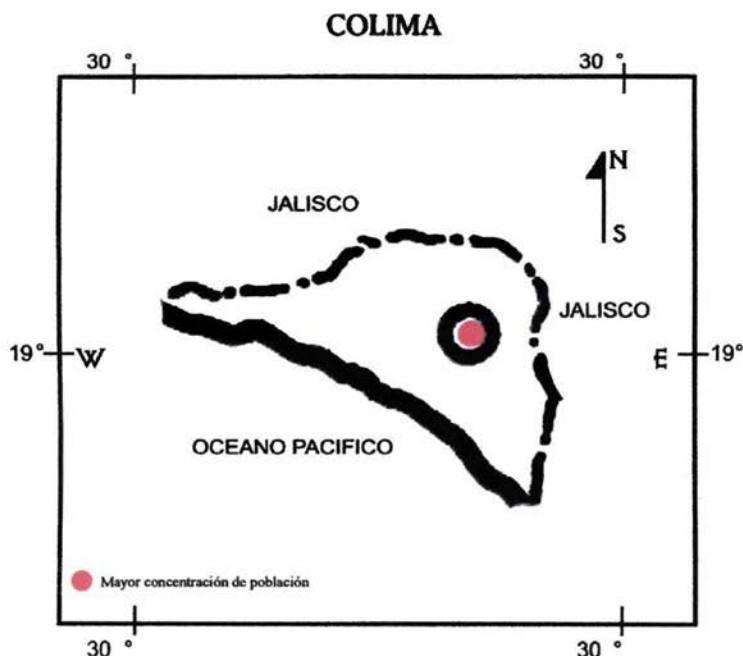


Población total	919 739	100 %
Población derechohabiente	265 407	29 %
Población económicamente activa	322 077	35 %

## COLIMA

En el estado habitan 540 679 personas, de los cuales 199 788 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 201 964 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 8 unidades de primer nivel, 3 unidades de segundo nivel y 273 camas censables y no censables

Las actividades más relevantes del estado son: la agricultura, ganadería, pesca, industria extractiva y de transformación.

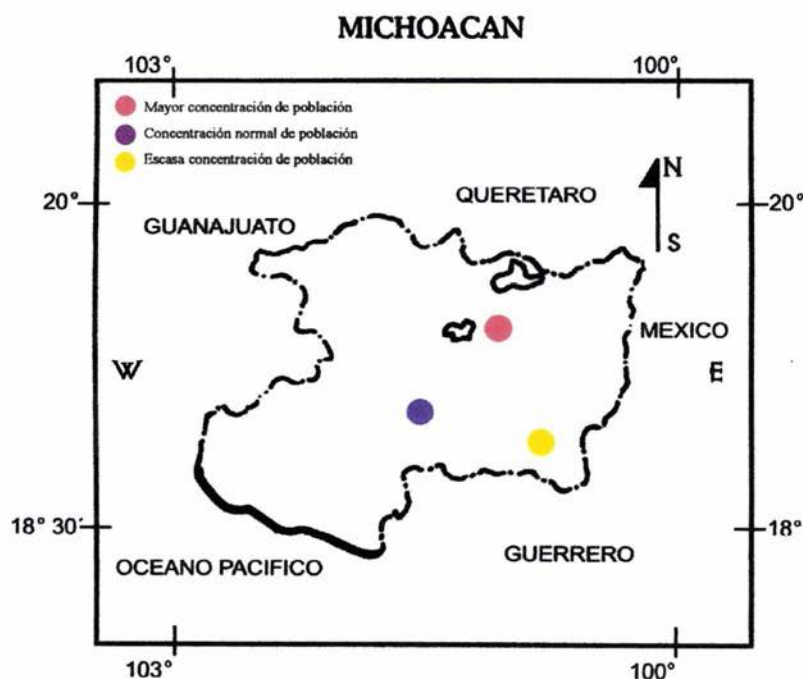


Población total	540 679	100 %
Población derechohabiente	199 788	37 %
Población económicamente activa	201 964	37 %

## MICHOACÁN

En el estado habitan 3 979 177 personas de los cuales 739 062 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 1 241 449. El IMSS les ofrece atención médica en el estado con 43 unidades de primer nivel, 9 unidades de segundo nivel y 1095 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca, industria extractiva, y de transformación.

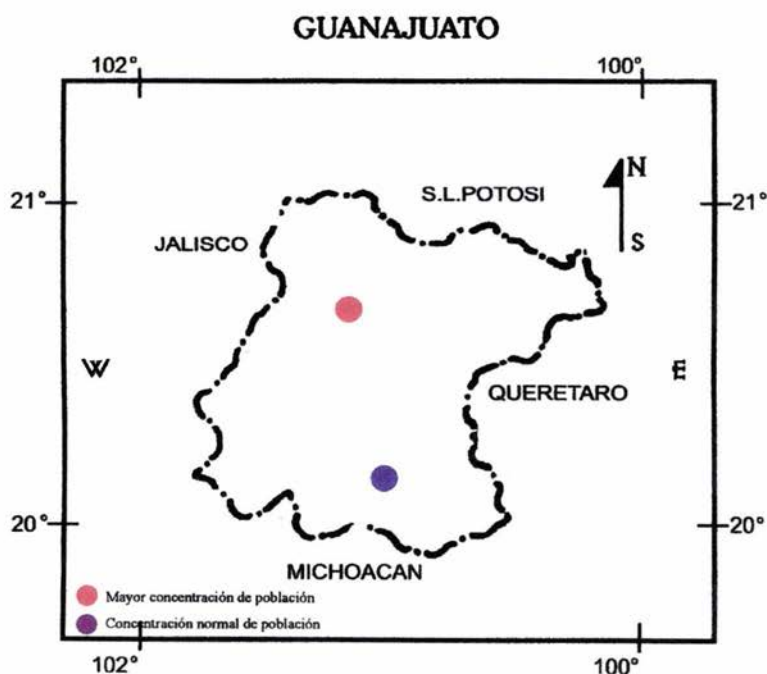


Población total	3 979 177	100 %
Población derechohabiente	739 062	18 %
PEA	1 241 449	31 %

## GUANAJUATO

En el estado habitan 4 656 761 personas, de los cuáles 1 342 466 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 1 477 789 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 96 unidades de primer nivel, 16 unidades de segundo nivel, 4 unidades de tercer nivel y 1544 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, industria extractiva y de transformación, metalurgia, turismo

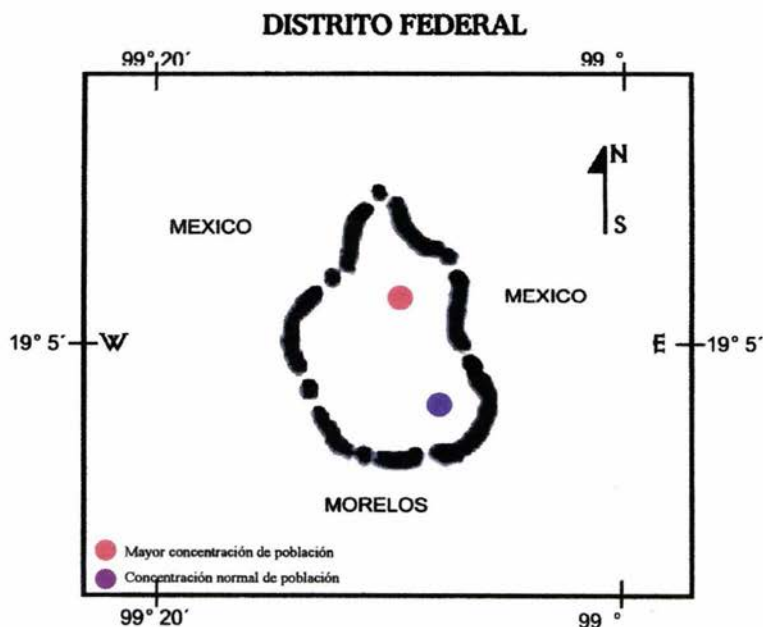


Población total	4 656 761	100 %
Población derechohabiente	1 342 466	29 %
PEA	1 477 789	32 %

## DISTRITO FEDERAL

En el D. F. habitan 8 59 309 personas, de los cuáles 3 878 609 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 3 643 027 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 42 unidades de primer nivel, 18 unidades de segundo nivel, 24 unidades de tercer nivel y 15 201 camas censables y no censables.

Es una zona totalmente industrial donde se encuentran instaladas las diversas clases de industria desde la más pesada hasta la más ligera pero no deja de realizar también las actividades primarias, secundarias y tercer áreas las actividades más relevantes den el D. F. son: la agricultura, ganadería,



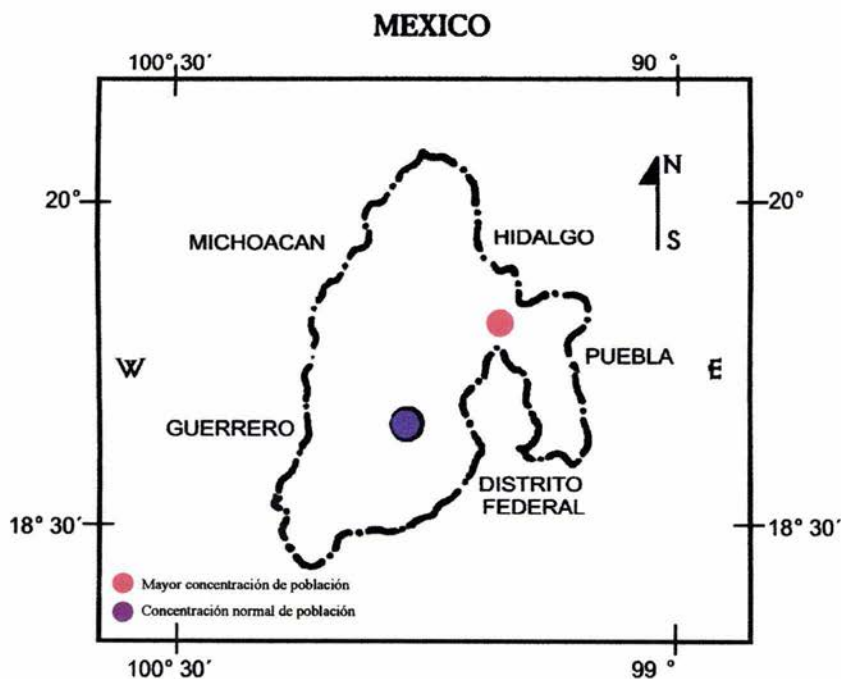
Población total	8 591 309	100 %
Población derechohabiente	3 878 608	45 %
PEA	3 643 027	42 %



## MEXICO

En el estado habitan 13,083 359 personas, de los cuáles 3 758 960 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 4 536 232 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 81 unidades de primer nivel, 14 unidades de segundo nivel y una unidad de tercer nivel y 3 275 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, la pesca, industria extractiva y la industria de transformación.

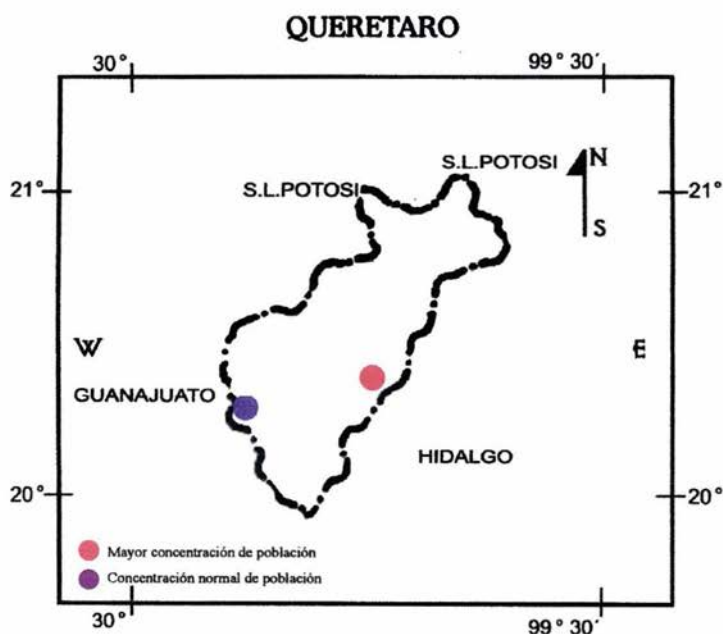


Población total	13 083 359	100 %
Población derechohabiente	3 758 960	29 %
Población económicamente activa	4 536 232	35 %

## QUERETARO

En el estado habitan 1 402 010 personas, de los cuáles 624 550 individuos están afiliados en el Seguro Social con una población económicamente activa de 485 917 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 19 unidades de primer nivel, 2 unidades de segundo nivel y 529 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, avicultura, industria extractiva, industria de la transformación.

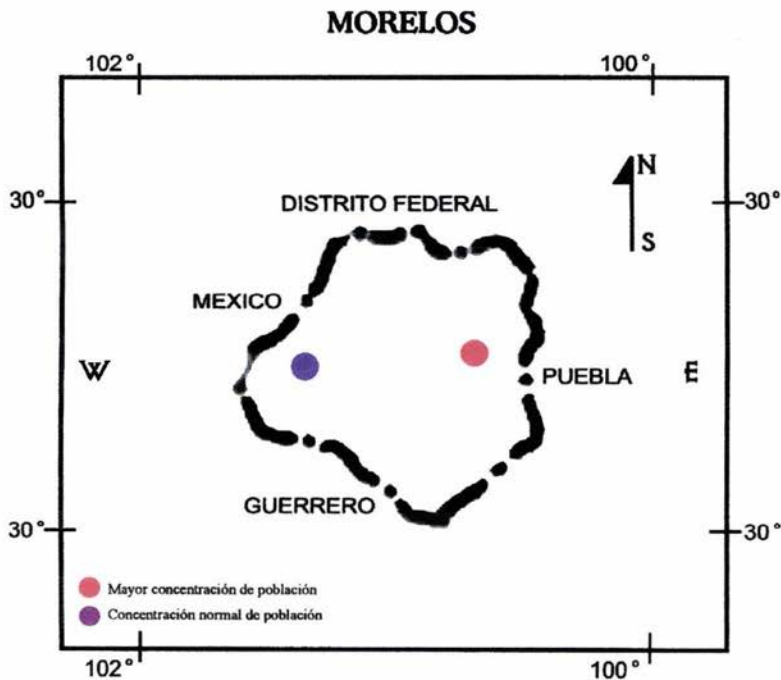


Población total	1 402 010	100 %
Población derechohabientes	624 550	44 %
Población económicamente activa	485 917	35 %

## MORELOS

En el estado habitan 1 552 878 personas, de los cuáles 421 937 individuos están afiliados en el Seguro Social. El IMSS les ofrece atención médica con 20 unidades de primer nivel, 3 unidades de Segundo nivel y 519 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, industria automotriz, industria de la transformación y el turismo.

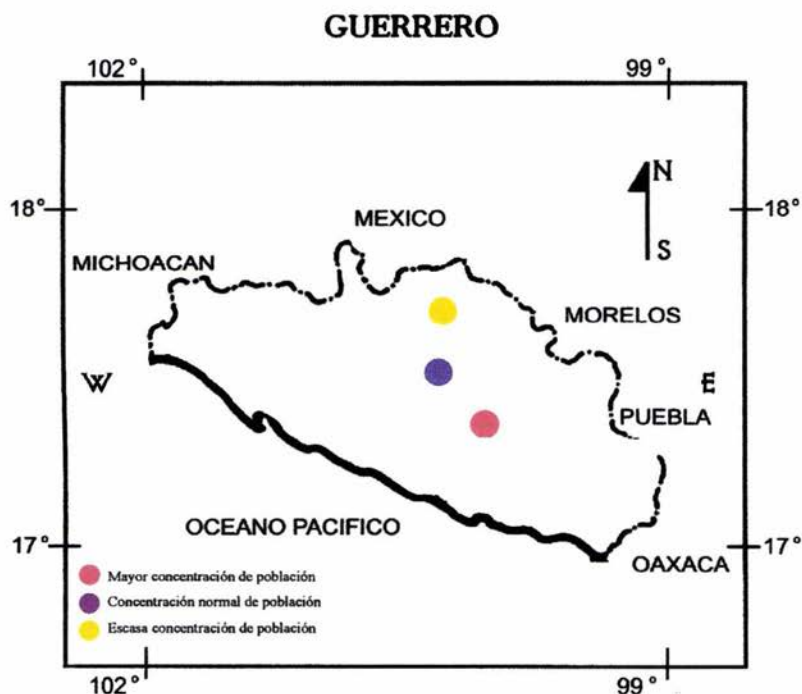


Población total	1 552 878	100 %
Población derechohabiente	421 937	27 %
Población económicamente activa	558 754	36 %

## GUERRERO

En el estado habitan 3 075 083 personas, de los cuáles 485 298 están afiliados en el Seguro Social con una población económicamente activa de 889 191 individuos. El IMSS les ofrece atención médica con 13 unidades de primer nivel, 6 unidades de segundo nivel y 581 camas censables y no censables

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca industria extractiva, de transformación, turística.

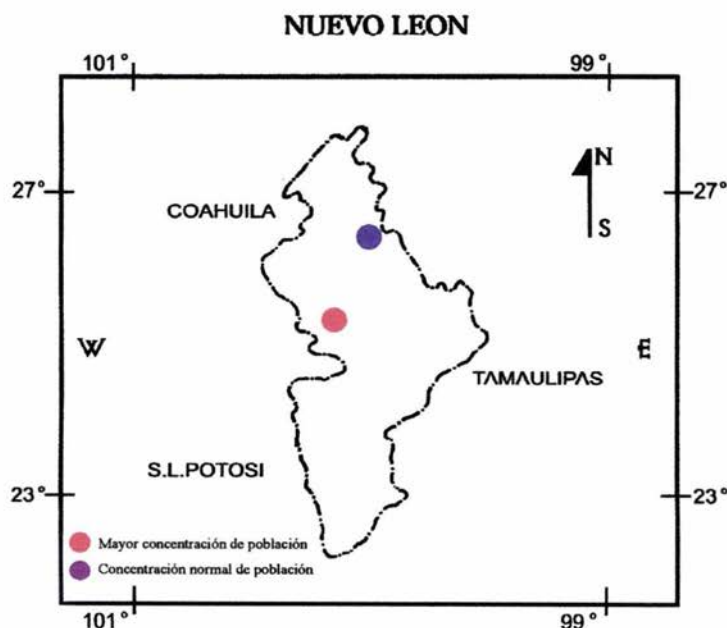


Población total	3 075 083	100 %
Población derechohabiente	485 298	16 %
Población económicamente activa	889 191	29 %

## NUEVO LEON

En el estado habitan 3 826 240 personas, de los cuáles 2 156 030 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 1 494 501. El IMSS les ofrece atención médica con 43 unidades de primer nivel, 8 unidades de segundo nivel, 6 unidades de tercer nivel y 3 407 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, industria extractiva y de transformación, es el tercer estado más importante de la República mexicana que cuenta con los tres niveles de trabajo que son primaria, secundaria y tercer areas

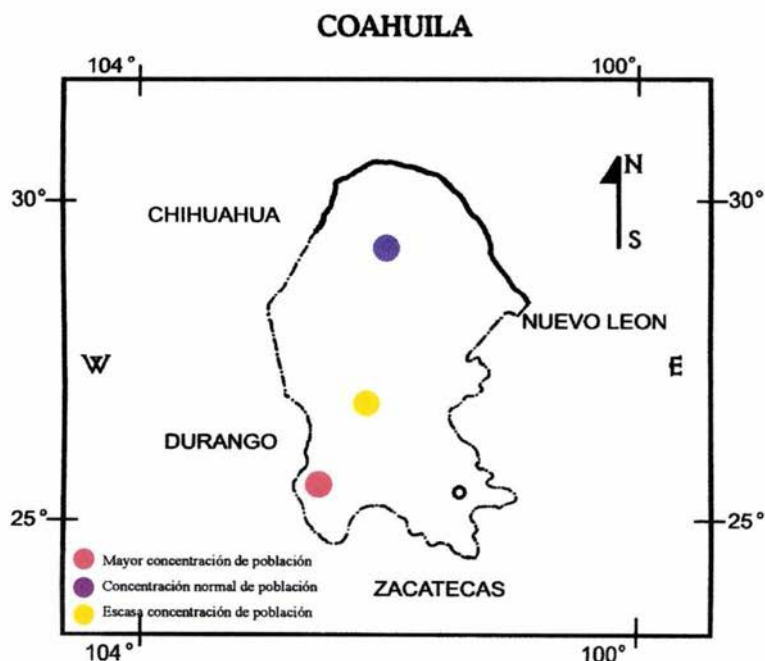


Población total	3 826 240	100 %
Población derechohabiente	2 156 030	56 %
Población económicamente activa	1 494 501	39 %

## COAHUILA

En el estado habitan 2 295 808 personas, de los cuáles 1 306 100 personas individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 832 592 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 36 unidades de primer nivel, 12 unidades de segundo nivel, una unidad de tercer nivel.

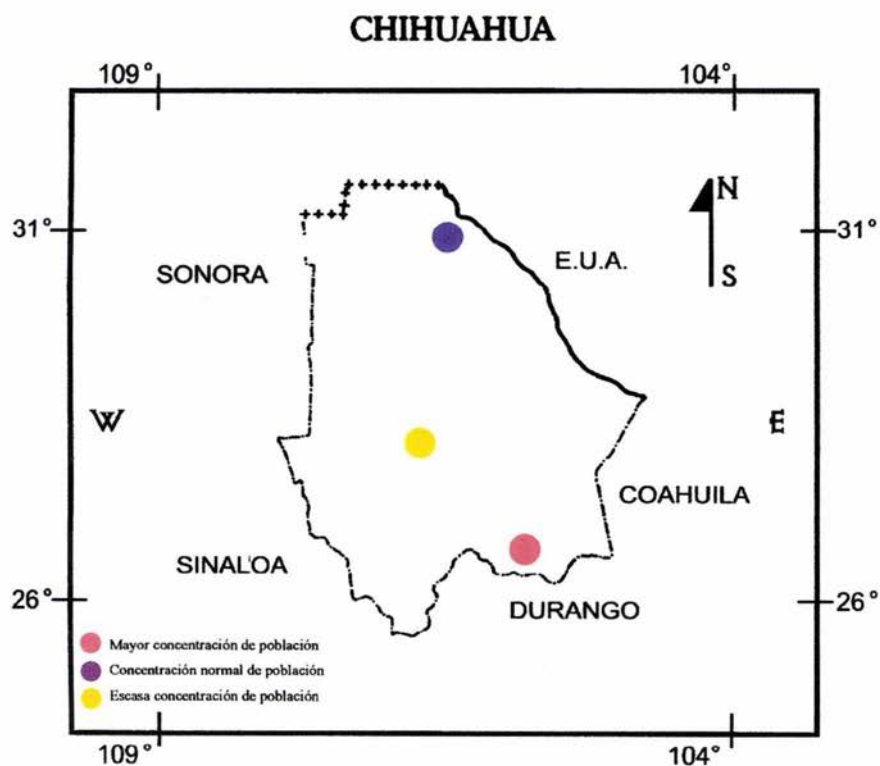
Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, selvicultura, pesca, la industria extractiva y la industria de transformación.



Población total	2 295 808	100 %
Población afiliados en el IMSS	1 306 100	57 %
Población económicamente activa	832 592	36 %

## CHIHUAHUA

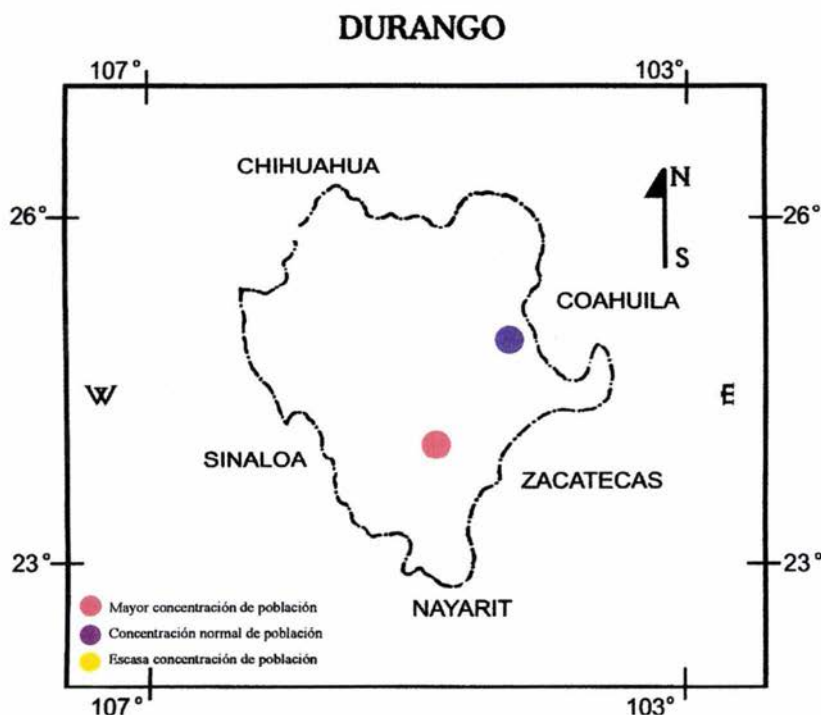
En el estado habitan 2 295 808 personas, de los cuáles 1 306 100 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 832 592 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 45 unidades de Primer nivel, 9 unidades de segundo nivel, 1 una unidad de tercer nivel.



Población total	2 295 808	100 %
Población afiliada en el IMSS.	1 306 100	57 %
Población económicamente activa	832 592	36 %

## DURANGO

En el estado habitan 1 445 922 personas, de los cuales 487 329 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 448 714 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 29 unidades de primer nivel, 4 unidades de segundo nivel y 671 camas censables y no censables.



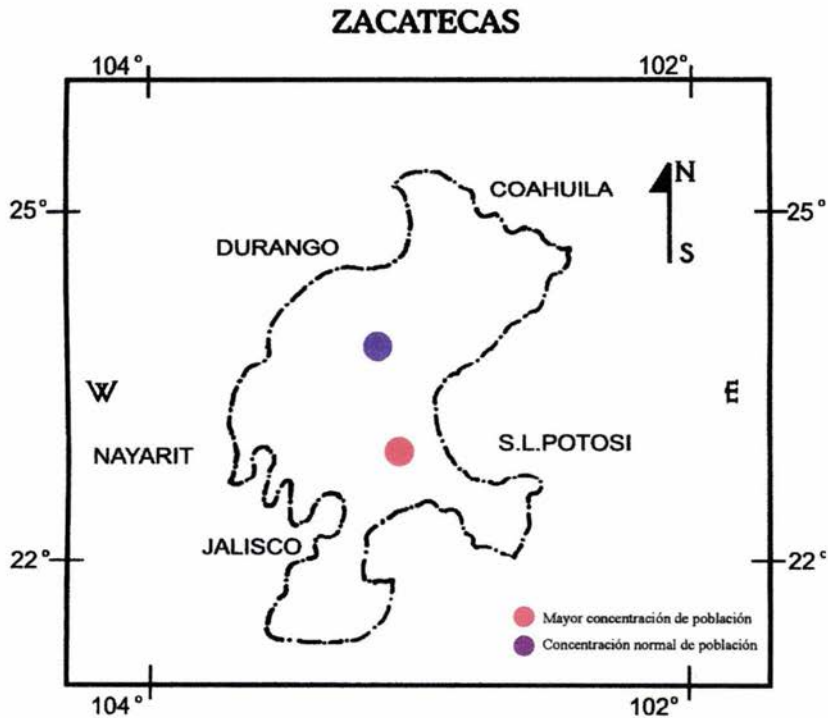
Población total	1 445 922	100 %
Población afiliados en el IMSS	487 329	34 %
Población económicamente activa	448 714	31 %



## ZACATECAS

No censables en el estado habitan 1 351 207 personas, de los cuáles 259 609 individuos están afiliados en el Seguro Social. El IMSS les ofrece atención médica con 34 unidades de primer nivel, 2 unidades de segundo nivel y 346 camas censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca deportiva, industria turística industria extractiva, y de transformación.

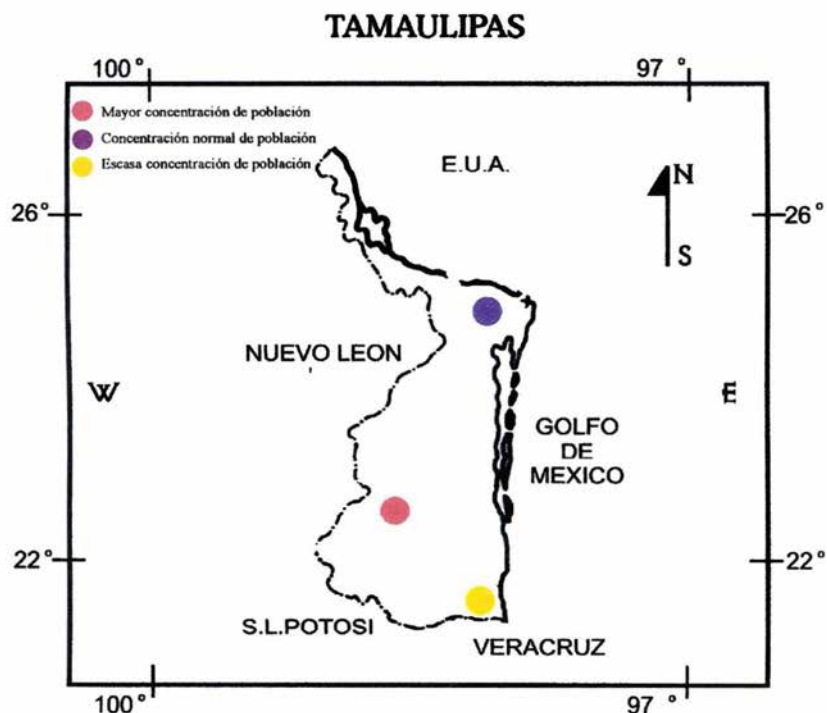


Población total	1 351 207	100 %
Población afiliados en el IMSS	259 609	19 %
Población económicamente activa	358 449	26 %

## TAMAULIPAS

En el estado habitan 2 447 114 personas, de los cuáles 1 337 023 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 1 026 590 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 39 unidades de primer nivel, 7 unidades de segundo nivel y 1328 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, pesca, industria extractiva, y de transformación.

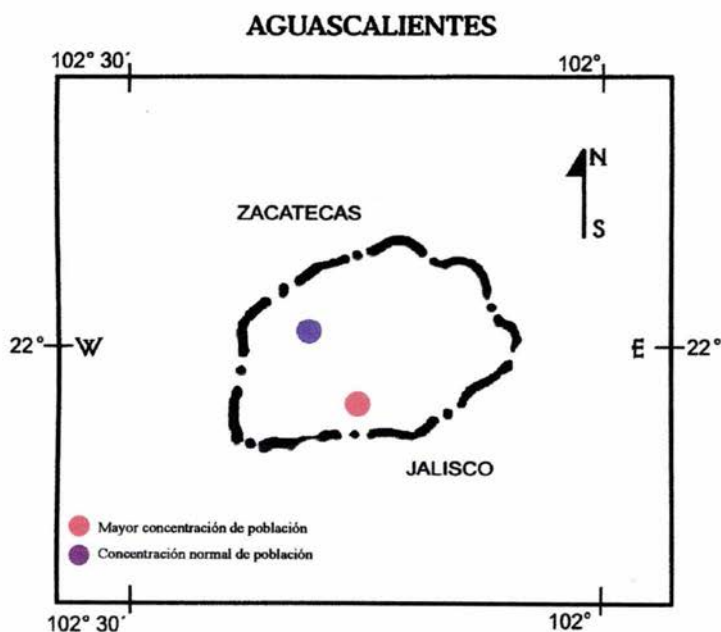


Población total	2 747 114	100 %
Población afiliado en el IMSS	1 337 023	49 %
Población económicamente activa	1 026 590	37 %

## AGUASCALIENTES

En el estado habitan 943 506 personas de los cuáles 44 102 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 335 042 personas. El IMSS les ofrece atención médica a la población con 10 unidades de primer nivel, 2 unidades de segundo nivel y 428 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: agricultura, ganadería, industria extractiva, y de transformación

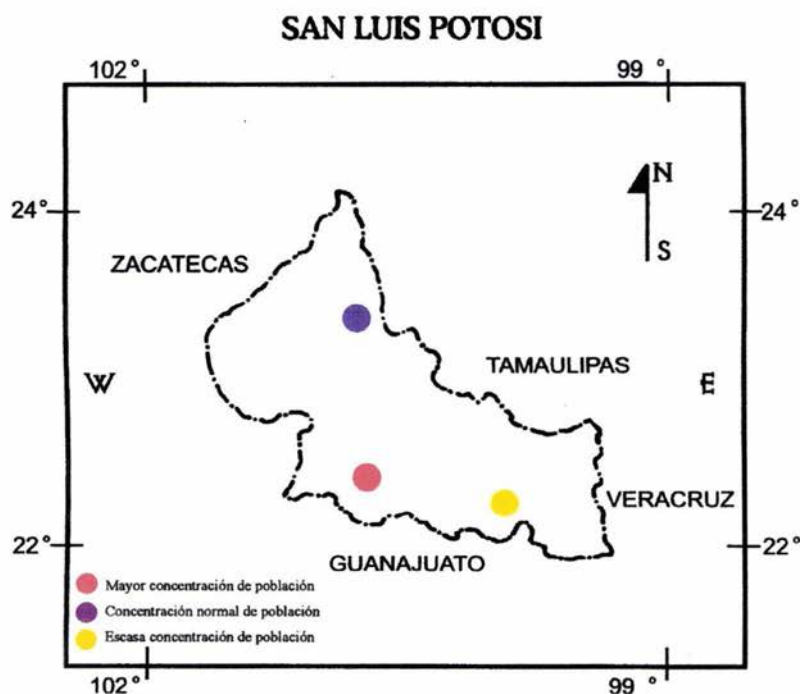


Población total	943 506	100 %
Población afiliada en el IMSS	44 102	5 %
Población económicamente activa	335 042	35 %

## SAN LUIS POTOSÍ

En el estado habitan 2 296 363 personas de los cuáles 658 143 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 723 454 personas. El IMSS les ofrece atención médica con: 30 unidades de primer nivel y 5 unidades de segundo nivel 692 camas censables y no censables

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, la industria extractiva y de transformación.

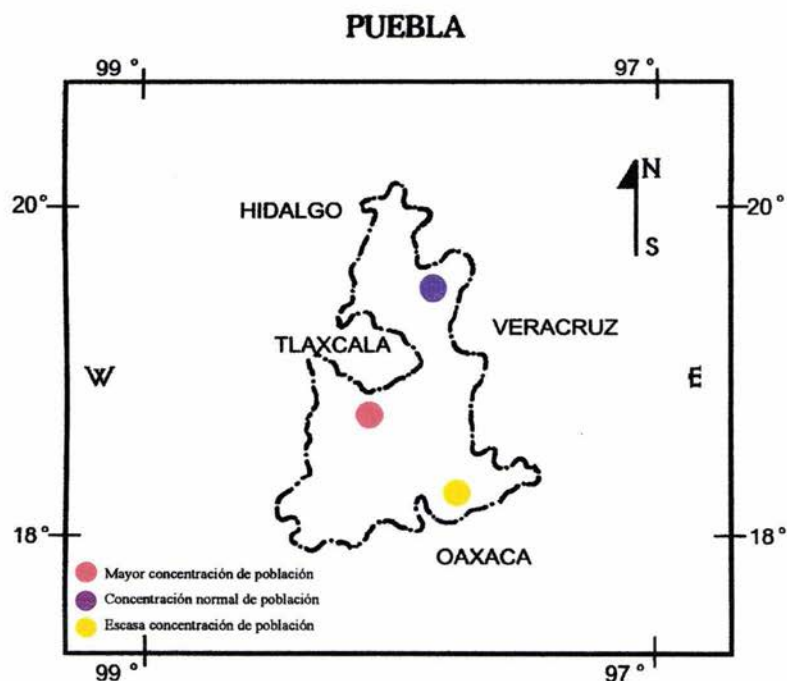


Población total	2 296 363	100 %
Población afiliada en el IMSS	658 143	29 %
Población económicamente activa	723 454	31 %

## PUEBLA

En el estado habitan 5 070 346 personas, de los cuáles 948 483 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 1 683 233. El IMSS les ofrece atención médica con 40 unidades de primer nivel, 5 unidades de segundo nivel, 2 unidades de tercer nivel y 1510 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca, industria extractiva y de transformación.



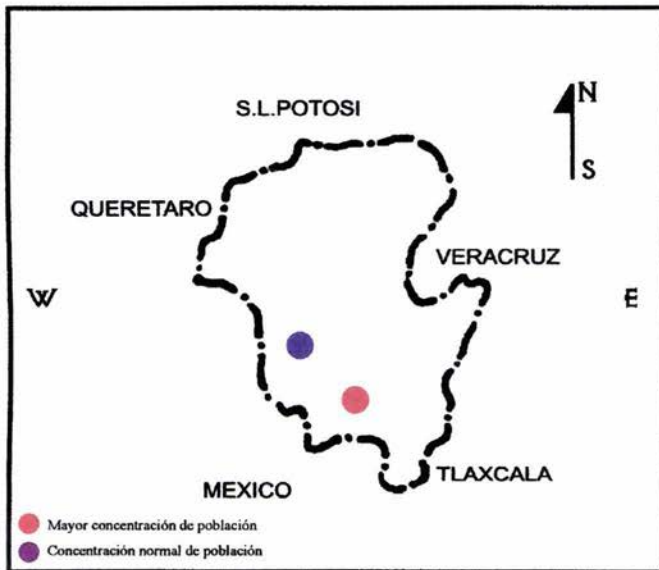
Población total	5 070 346	100 %
Población afiliada en el IMSS.	948 433	19 %
Población económicamente activa	1 683 233	33 %

## HIDALGO

En el estado habitan 2 231 392 personas, de los cuáles 418 355 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 737 223 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 13 unidades de primer nivel, 6 unidades de Segundo nivel y 494 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, industria extractiva, de transformación, industria pesada.

## HIDALGO

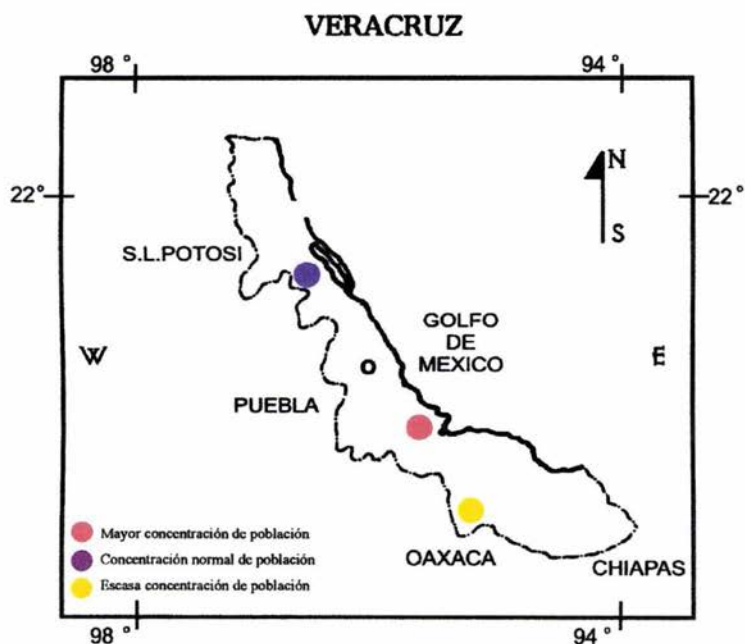


Población total	2 231 392	100 %
Población afiliados en el IMSS	416 355	19 %
Población económicamente activa	737 223	33 %

## VERACRUZ

En el estado habitan 6 901 111 personas de los cuales 1 515 192 individuos están afiliados en el Seguro Social. El IMSS les ofrece atención médica con 96 unidades de primer nivel, 16 unidades de segundo nivel, 1 unidad de tercer nivel y 2 496 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, la pesca, la industria extractiva, y la industria de transformación.

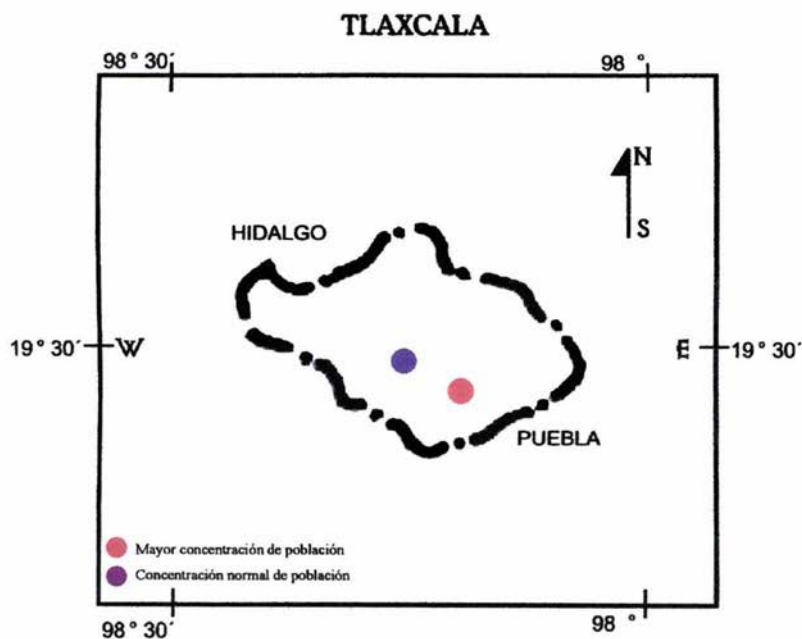


Población total	6 901 111	100 %
Población derechohabiente	1 515 192	22 %
Población económicamente activa	2 378 799	34 %

## TLAXCALA

En el estado habitan 961 962 personas, de los cuales 232 696 individuos están afiliados en el Seguro Social. El IMSS les ofrece atención médica con 14 unidades de primer nivel, 3 unidades de segundo nivel y 213 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes del estado son: la agricultura, la ganadería, industria de transformación.



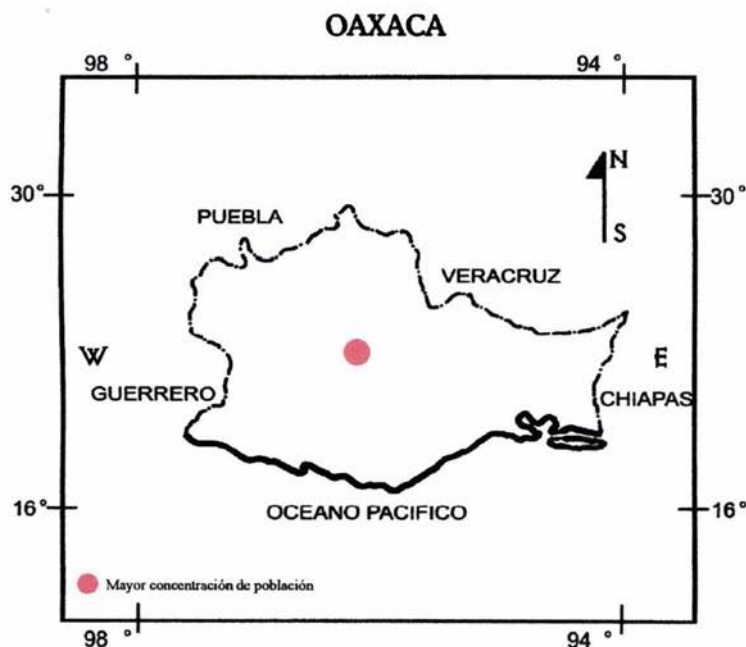
Población total	961 912	100 %
Población afiliados al IMSS	232 696	24 %
Población económicamente activa	332 833	35 %



## OAXACA

En el estado habitan 3 432 180 personas, de los cuáles 359 382 individuos están afiliados en el Seguro Social con una población económicamente activa de 1 076 829 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 24 unidades de primer nivel, 4 unidades de segundo nivel y 379 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, industria extractiva y de transformación, industria turística.

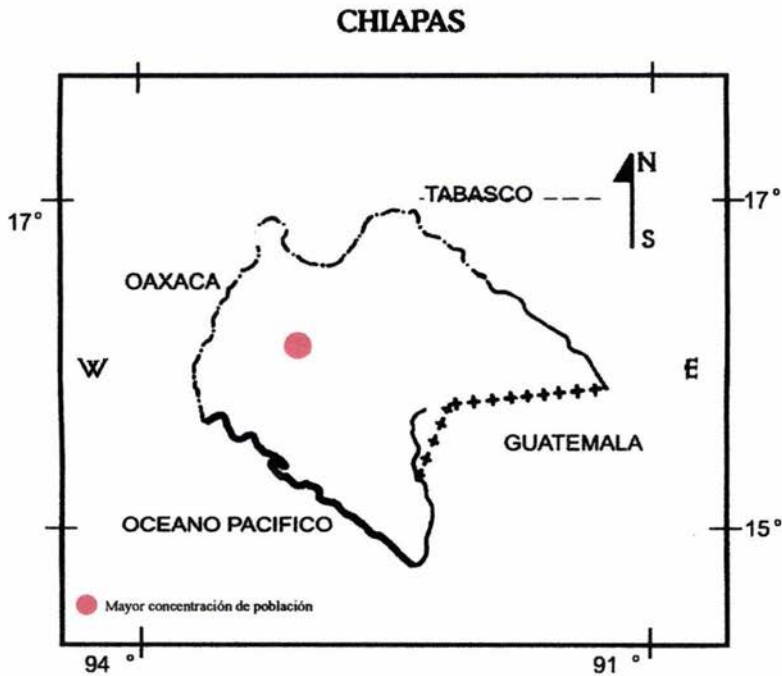


Población total	3 432 180	100 %
Población afiliadas al IMSS	359 382	10 %
Población económicamente activa	1 076 829	31 %

## CHIAPAS

En el estado habitan 3 920 515 personas, de los cuales 387 081 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 1 218 598 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 26 unidades de primer nivel, 4 unidades de segundo nivel 518 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca, la industria extractiva y de transformación, textil y turística.

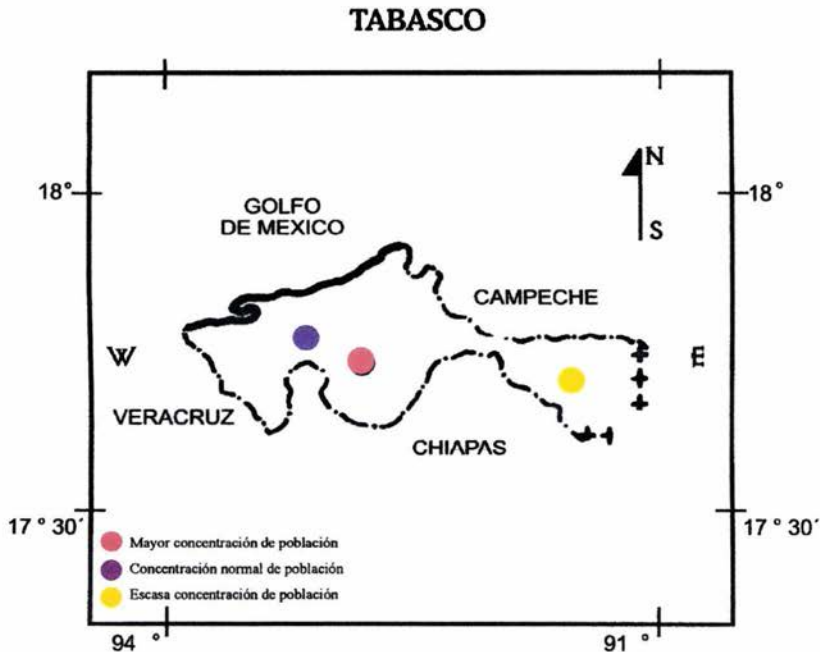


Población total	3 920 515	100 %
Población afiliados al IMSS	387 081	10 %
Población económicamente activa	1 218 598	31 %

## TABASCO

En el estado habitan 1 889 367 personas de los cuáles 273 606 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 611 381 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 29 unidades de primer nivel, 3 unidades de segundo nivel y 384 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, la pesca, turismo y la industria extractiva.



Población total	1 889 367	100 %
Población afiliada en el IMSS.	273 606	14 %
Población económicamente activa	611 381	32 %

## CAMPECHE

En el estado habitan 689 656 personas, de los cuáles 188 960 individuos están afiliados en el Seguro Social. Con una población económicamente activa de 245 660. El IMSS les ofrece atención médica con 7 unidades de primer nivel, 2 unidades de segundo nivel y 246 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, la pesca, industria extractiva y de transformación, industria maderera.

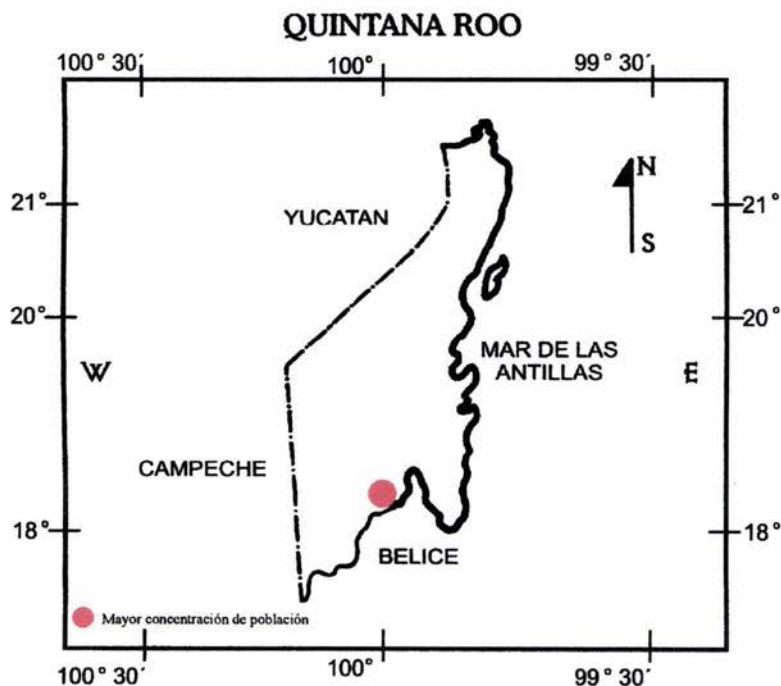


Población total	689 656	100 %
Población afiliados al IMSS	188 960	27 %
Población económicamente activa	245 660	35 %

## QUINTANA ROO

En el estado habitan 873 804 personas de los cuáles 327 427 individuos están afiliados en el Seguro Social, con una población económicamente activa de 352 014 personas. El IMSS les ofrece atención médica con 7 unidades de primer nivel, 4 unidades de segundo nivel y 351 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, la ganadería, pesca, la industria del chicle, y la industria turística.

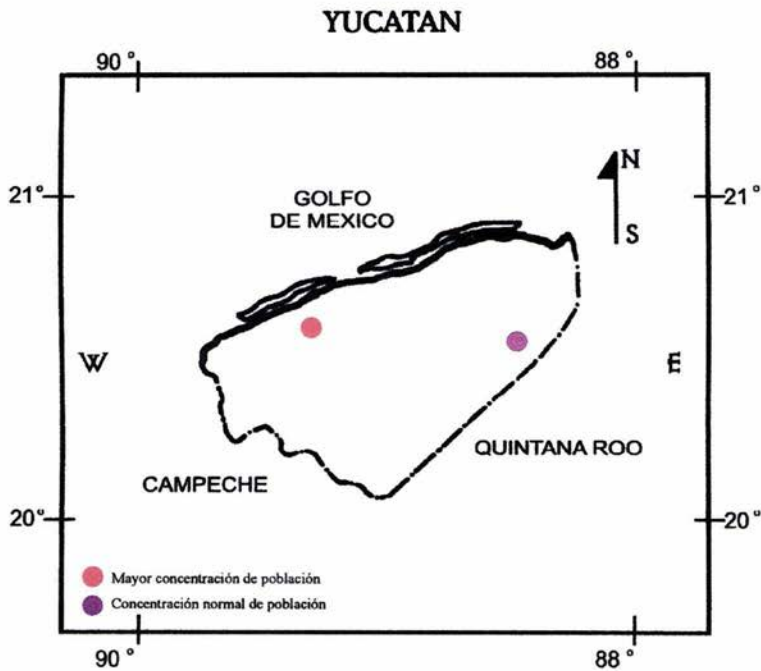


Población total	873 804	100 %
Población afiliada al IMSS	327 427	37 %
Población económicamente activa	352 014	40 %

## YUCATÁN

En el estado habitan 1 655 707 personas de los cuáles 655 968 individuos están afiliados en el Seguro Social. El IMSS les ofrece atención médica con 24 unidades de primer nivel, 4 unidades de segundo nivel, 2 unidades de tercer nivel y 986 camas censables y no censables.

Las actividades más relevantes en el estado son: la agricultura, ganadería, pesca, industria extractiva y de transformación, industria turística



Población total	1 655 707	100 %
Población afiliados al IMSS	655 968	40 %
Población económicamente	623 033	38 %

**RELACION DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA  
CON LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA**

ESTADO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN ECONOMICA MENTE ACTIVA	%	POBLACION AFILIADA EN EL IMSS	%
<b>REGION NORTE</b>					
Nuevo León	3, 826, 240	1,494,501	39	2, 156, 030	56
Coahuila	2,295, 808	832, 592	36	1, 306, 100	57
Chihuahua	3, 052, 907	1, 129, 737	37	1, 662, 285	54
Durango	1, 445, 922	448, 714	31	487, 328	34
San Luis P.	2, 296, 363	723, 454	31	658, 143	29
Tamaulipas	2, 747, 114	1, 026, 590	37	1, 337, 023	49
Zacatecas	1, 351, 207	358, 449	26	259, 609	19
Aguas Calientes	944, 285	4, 826		445, 102	

<b>REGION SUR</b>					
Puebla	5, 070, 346	1, 683, 223	33	948, 483	19
Oaxaca	3, 432, 180	1, 076, 829	31	359, 382	10
Tabasco	1, 889, 367	611, 381	32	273, 606	14
Tlaxcala	961, 912	332, 833	35	232, 696	24
Hidalgo	2, 231, 392	737, 223	33	418, 355	19
Veracruz	6, 901, 111	2,378, 799	34	1, 515, 192	22
Chiapas	3, 920, 515	1, 218,598	31	387, 081	10
Campeche	689, 656	245, 660	31	188, 960	27
Quintana Roo	873, 804	352, 014	40	327, 427	37
Yucatán	1, 655, 707	623, 033	38	655, 968	40

ESTADO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN ECONOMICA MENTE ACTIVA	%	POBLACION AFILIADA EN EL IMSS	%
--------	--------------------	---	---	-------------------------------------	---

#### REGION CENTRO

D. F.	8, 591, 309	2, 385, 586	42	2, 528, 225	40
Edo. De Méx.	13, 083, 359	4, 536, 232	35	3, 758, 960	29
Querétaro	1, 402, 010	485, 917	35	624, 550	44
Morelos	1, 552, 878	558, 754	36	821, 937	27
Guerrero	3, 075, 083	889, 191	29	485, 298	16

#### REGION OCCIDENTE

Jalisco	6, 321, 278	2, 385, 586	38	2, 528, 225	40
Colima	540, 679	201, 964	37	198, 788	37
Guanajuato	4, 656, 761	1, 477, 789	32	1, 342, 466	29
Michoacán	3, 979, 177	1, 241, 449	31	739, 062	18
Nayarít	919, 739	322, 077	35	265, 407	29
Baja California N.	2, 487, 700	914, 853	37	1, 209, 872	49
Baja California S.	423, 516	170, 514	40	232, 754	55
Sinaloa	2, 534, 835	888, 850	35	984, 064	62
Sonora	2, 213, 370	819, 969	37	855, 023	38



#### 4. CONCLUSIONES

La cobertura geográfica en México por el Seguro Social ha dividido al país en cuatro regiones médicas, la Región Norte, la Región Sur, Región Centro, y la Región Occidente, de acuerdo al siguiente cuadro.

Región	Superficie	%	Población total	%	Población derechohabiente	%	U. de 1º nivel	2º nivel	3º nivel	Num. camas	%
Norte	806 167	41	17,984,256	19	6,649,336	20	266	49	6	10,386	25
Occidente	587,201	30	24,098,734	25	8,404,669	25	335	75	9	12,077	28
Sur	463,286	24	27,659,246	28	9,180,353	28	277	51	5	7,547	18
Centro	103,514	5	27,741,176	28	8,980,353	27	174	43	25	12,291	29

Comparando las cuatro regiones de México, fraccionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se observa que los Estados como Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí Tamaulipas, Zacatecas y Aguascalientes, los ocho Estado forman la Región Norte.

**La Región Norte** es la zona geográfica más grande de la republica mexicana, tiene una superficie de 806 167 kilómetros cuadrados, que representa el 41 % del territorio Nacional, con una población total de 17,984,256 personas, quienes representan el 19 % del total que habitan en la región, cuenta con una población derechohabientes de 6,649,336 personas quienes representan el 20%, atendidos por el Seguro Social, con 266 unidades médicas de primer nivel, 49 unidades de segundo nivel y 6 unidades de tercer nivel instalados en tres estados, cuatro unidades de tercer nivel en Nuevo León, una unidad en Coahuila, la última unidad de tercer nivel en el estado de Chihuahua, equipados con 10,386 camas censables en los ocho estados de la Republica

mexicana que representan el 25 % instalado en inversiones de mobiliario médico.

Se observa una diferencia muy marcada entre el estado más poblado y el menos poblado de la Región Norte. El estado más poblado de ésta región es Nuevo León quien representa el 26 %. El motivo es que el estado cuenta con fuertes inversiones económicas en la industria que facilita las inversiones de Servicios y a demás es un paso para migrar a los Estados Unidos solo que por eso muchas personas lleguen en busca de una oportunidad para ingresar al país vecino y quines no lo logran su propósito se quedan en el estado se ponen a trabajar y buscan las empresas que tienen la protección del Seguro Social.

Zacatecas contribuye con una población de derechohabientes del 3.1 % Nacional. Es un estados que se localiza más alejado de la frontera de los Estados Unidos, hay pocas inversiones económicas que generen empleo las personas económicamente activa tienen que migrar a los estados fronterizos ó a las regiones de México con mayores oportunidades de encontrar trabajo, este motivo afecta en la disminución de población derechohabientes en Zacatecas.

**La Región Occidente** ocupan el segundo lugar en la República mexicana, fraccionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en nueve estados como: Jalisco, Colima, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora tienen una superficie de 587,201 kilómetros cuadrados, ocupa el 30 % del territorio Nacional, se ha instalado una población total de 24,098, 734 personas quienes representan con el 25 % que habitan la Región, de los cuales, cuenta con una población de derechohabientes de 8, 404, 669 afiliados quienes representa el 25 %, el Seguro Social ofrece servicios médicos con 335 unidades de primer nivel, 75 unidades de segundo nivel, 9 unidades de tercer nivel, instalados en tres estado, 4 en Jalisco, 3 unidades en Guanajuato, 2 unidades de tercer nivel en el estado de Sonora, equipados con 12, 077 camas censables y no censables en ambos estados, que representa el 28 % de mobiliario médico instalado en la Región por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Esta Región se observa que el Estado de Jalisco es el más poblado de la Región, se concentre el 26 % de población nacional de la Republica mexicana, existe una gran diferencia con el estado menos poblado como es el Estado de Colima que apenas tiene el 0.2 % de población nacional.

Los motivo son la extensión geográfica, otra las inversiones económicas que se concentren en la segunda Ciudad más importante de México Jalisco. El clima es favorable para la agricultura en ambos estados. El turismo es parte

importante del sustento de las personas junto con el comercio pero no llena la satisfacción de las personas para que no abandonen sus lugares de origen, es un motivo para ingresar a Jalisco y a los Estados Unidos o atrás zonas geográficas de México donde se obtenga un empleo y tener una vida plena.

**La Región Sur:** son Puebla, Oaxaca, Tabasco, Hidalgo, Veracruz, Chiapas, Campeche, Quintana Roo, Yucatán ocupan el tercer lugar en la República mexicana con 463,286 kilómetros cuadrados de superficie, quien representan el 24 % en el territorio Nacional, lo habita una población total de 27,659,246 ,ocúpale el 28 de habitantes a nivel nacional, de los cuáles 9,180,353 son derechohabientes del Seguro Social a quienes representan el 28 %,a quienes se les atiende con 277 unidades de primer nivel, 51 unidades de segundo nivel, y 5 unidades de tercer nivel, equipados con 7,547 camas censables y no censables. Que representa el 29 % de las inversiones de equipo médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Estados más poblado de la Región es Veracruz quien representa el 28 % de derechohabientes en la Región y el menos poblado es el Estado de Campeche quien tiene sólo el 3.5 % de derechohabientes. Las diferencias son las inversiones económicas que son más importantes en Veracruz que en Campeche. Campeche solo existe la explotación petrolera, no hay importancia en la actividad turística como en Veracruz y además Veracruz es un estado que esta más cerca del D. F. y es un puerto internacional donde salen y entran un sin fin de actividades comerciales, turísticos de procedencia Nacional e Internacional.

**La Región Centro** ocupa el cuarto lugar en la república mexicana con 103,514 kilómetros cuadrados, dividido por cinco estados como es el Distrito Federal, Querétaro, el estado de México, Morelos, y Guerrero, representan el 5 % en el territorio Nacional, lo habita una población total 27,741,176, que representan el 28 % de habitantes, de los cuáles 8,980,353 son derechohabientes del Seguro Social quienes representan el 27 %, se les atiende con 174 unidades de primer nivel, 43 unidades de segundo nivel, 25 unidades de tercer nivel, instalados 24 unidades en el D. F. y 1 en el Estados de México. El Distrito Federal tiene instalado en sus unidades médicas un total de 12,291 camas hospitalarias que representa el 29% a nivel nacional.

El D. F. Contribuye con el 73 % de derechohabientes de la Región es de mayor concentración de población con el estado de Morelos que sólo

contribuye con el 8 %, es menos importante con población derechohabiente por ser un estado que se localiza muy cerca del DF.

Por lo tanto se analizó que la Región más poblada del país es la región centro, el segundo lugar en la Región Sur, el tercer lugar lo ocupa la Región Occidente, y en cuarto lugar la Región Norte

La Región que más derechohabientes tiene el Seguro Social es la Región Sur, en segundo lugar la Región Centro, la Región Occidente, y por último la Región Norte.

En cuanto a unidades médicas del Seguro Social se tiene que se le ha dado más importancia a la Región Occidente donde se han instalado un total de 355 unidades de primer nivel, 75 unidades de segundo nivel y 9 unidades de tercer nivel, 12,077 camas hospitalarias.

En segundo lugar lo ocupa la Región Sur donde se ha instalado un total 277 unidades de primer nivel, 51 unidades de segundo nivel, 5 unidades de tercer nivel y 7,547 camas hospitalarias

La región Centro, el Seguro Social le ha dado más importancia en unidades de tercer nivel, cuenta con las unidades más relevantes con tecnología de punta, sólo que los beneficios sirven para concentrar a grandes masas de poblaciones que migran diariamente a la región Centro en busca de una solución a su salud cuando se recupera busca una fuente de empleo, y de una mejor comodidad a su salud ó soluciones de problemas personales, busca donde se concentran las grandes inversiones económicas para realizar proyectos de cambios en sus vidas, son indicadores para engrosar a las grandes ciudades y la región Centro es una Región donde se encuentran todas estas características, es una Región de decisiones.

La Región más poblada de la República Mexicana es la región Sur, la más desprotegida, la menos beneficiada por el Seguro Social, menos inversiones, menos fuentes de empleo y donde las distancia para una atención de segundo y tercer nivel cuesta muy caro para llegar a ellos.

**Sugiero** que se descentralicen las unidades de tercer nivel del Distrito Federal, son unidades que hacen mucha falta en todos los estados de la República Mexicana y que se hagan planes considerando todas las necesidades que requiere una unidad médica, planeando todos los accidentes geográficos naturales como es el tiempo, comportamiento del clima como la lluvia, cambio de la dirección del viento, corrientes de aguas de lluvias, de ríos, escurrimiento de drenajes de las zonas urbanas, actualmente existen unidades donde sufren de inundaciones ya sea por el aumento de aguas de drenajes o cuando se presentan las estaciones de lluvias las tuberías de drenajes se vuelven insuficientes porque no fueron planeados correctamente.

Donde se maneje la accesibilidad para cada uno de los indicadores de una unidad que ofrece salud, que se seleccionen los profesionistas convencidos de servir a la institución que sean emprendedores de retos y metas ya que la mayoría que existe actualmente no reúnen el perfil.

EL fácil acceso de vías de comunicaciones, tanto terrestre y aéreo, la estancia en las instalaciones que sean cómodas y equipadas, que no sea tardado la entrevista entre pacientes y los médicos de consulta, con una supervisión clandestina de la alta dirección a las cúpulas de direcciones, administraciones de las unidades ya que cuando se pronostica una supervisión rápidamente cubren todas las necesidades de la unidad desde las coberturas de personal, el surtido de medicamentos, como de materiales de todos los rubros hasta contratan personal externo para maquillar lo que no es real.

## BIBLIOGRAFIA

- SEGURIDAD SOCIAL.  
Néstor De Buen L.  
Editorial: Porrúa México 1999.
- TRAYECTORIA HISTORICA DEL IMSS.  
IMSS. Subdirección General Administrativa.  
Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos.
- 50 AÑOS CUESTIÓN SOCIAL.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Coordinación General de Comunicación Social.
- NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Dirección administrativa / Coordinación de Personal y Desarrollo;  
México Distrito Federal 1996.
- MODELO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Direcciones de Prestaciones Médicas; Noviembre 1997.
- REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL – NUEVA ÉPOCA No 46.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Direcciones de Prestaciones Médicas / Coordinación de Salud en el Trabajo 31 de agosto 2001.
- REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOAL – CUESTION SOCIAL No 45.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Editada por la Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social 2000.

- REVISTA INSTITUCIONAL.  
Coordinación General de Comunicación Social ABRILJUNIO 2001 No2.
- RAGLAMENTO DE RESGUARDO PATRIMONIAL  
Instituto Mexicano del Seguro Social y Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social 1985.
- AMIGUITOS DEL IMSS - ¿QUÉ ES EL IMSS?  
Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.  
20 de Octubre de 1999.
- LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS 1996 – 2000.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Coordinación General de Comunicación Social.
- HACIA LA INSTRUMENTACIÓN DE LA NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Seguridad y Solidaridad Social.  
Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.
- INDICADORES SELECCIONADOS SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1998.  
Secretaría de Salud.
- POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA.  
INEGI. 200.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y FINANZAS.  
CENSO DE POBLACIÓN ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR NACIONAL 1991- 2000.
- SINTESIS DE RESULTADOS.  
ESTADOS UNIDOS MEXICANO.  
XII CENSO GENERAL DE POBALCIÓN Y VIVIENDA 2000.  
[www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) INEGI.

- DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
Coordinación de Planeación e Infraestructura Médica.  
Total de Camas Censables en Servicios.  
[www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/erfw3ugdvtprk6udxz3oh7lhf42htzdcmb6uc43snp...26/04/2002](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/erfw3ugdvtprk6udxz3oh7lhf42htzdcmb6uc43snp...26/04/2002).
  
- NotIMSS.  
Nuevo Paso del H. Consejo Técnico Para la Modernización y la Eficiencia del Instituto.  
No 04 abril 2002.
  
- ORDENAMIENTO DE ENTIDADES FEDERATIVAS SEGÚN POBLACIÓN TOTAL.  
Estados Unidos Mexicanos  
XII Censo General de Población y Vivienda 2000.  
Resultados Preliminares INEGI 2000.



FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
COLEGIO DE GEOGRAFÍA