



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA MODERNIZACION ADMINISTRATIVA DEL  
***INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES***  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO MEXICANO:  
1989 - 1994  
(EL CASO ESPECIFICO DE LA ATENCION  
A LA SALUD)

**T E S I S A**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS  
Y ADMINISTRACION PUBLICA  
(ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACION PUBLICA)  
P R E S E N T A :  
GUADALUPE MORALES VALERDI

ASESOR: LIC. RINA AGUILERA HINTELHOLHER

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**A México:**

Por contemplar en sus preceptos constitucionales, la educación gratuita.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales:**

Por haber establecido la Segunda Opción de Titulación.

**A mis padres, Héctor Edmundo y María Guadalupe:**

Con mi eterno agradecimiento por haberme guiado en la vida, con su ejemplo, amor y paciencia.

**A mi hijo Miguel Angel:**

Por su amor, comprensión y ayuda, lo cual me motiva para seguir adelante en la vida.

**A mis hermanos:**

Por la confianza que siempre han tenido en mí.

**A la Lic. Rina Aguilera Hintelholzer:**

Cuya asesoría y dedicación, me permitieron realizar el presente trabajo.

**La Modernización Administrativa del Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales de los Trabajadores del Estado Mexicano: 1989 - 1994.  
( El caso específico de la Atención a la Salud).**

***CONTENIDO***

**PROEMIO**

**I. LA SEGURIDAD SOCIAL.**

<b>A) ANTECEDENTES EN EL AMBITO MUNDIAL</b>	<b>1</b>
<b>B) ANTECEDENTES EN MEXICO</b>	<b>2</b>
• La Revolución de 1910	2
• La Constitución Política de 1917	4
• Los intentos de Seguridad Social	5
• La creación de la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro	6
<b>C) LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA INDUSTRIALIZACION</b>	<b>9</b>

**II. LA CREACION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

<b>A) OBJETIVOS DE SU CREACION</b>	<b>11</b>
<b>B) PRINCIPALES ACCIONES SEXENALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>14</b>
• Gustavo Díaz Ordaz (1964 - 1970)	14
• Luis Echeverría Alvarez (1970 - 1976)	15
• José López Portillo (1976 - 1982)	16
• Miguel De la Madrid Hurtado (1982 - 1988)	17
• Carlos Salinas de Gortari (1988 - 1994)	20

### III. EL FUNCIONAMIENTO DEL ISSSTE Y LA CONSECUION DE LOS OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD SOCIAL

A) OBJETIVOS	24
B) ORGANIZACION	25
C) SEGUROS, PRESTACIONES Y SERVICIOS	27
D) FINANCIAMIENTO	27
E) POBLACION DERECHOHABIENTE	28
F) ATENCION A LA SALUD	29
• Diagnóstico	30
• Avances en la Atención a la Salud	33
IV. PROPUESTA	42

### ANEXOS

1. EVOLUCION DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE Y DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILADAS AL REGIMEN DEL ISSSTE.
2. POBLACION DERECHOHABIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL ( 1989 - 1991 ).
3. ORGANOGRAMA GENERAL DEL ISSSTE.
4. DOCUMENTOS NORMATIVOS DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.
5. RELACION DE OBRAS CON TRANSFERENCIAS PRESUPUESTALES PARA EL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE".

### BIBLIOGRAFIA

## PROEMIO

Un país que pretenda estar a la altura de las grandes transformaciones mundiales que se han suscitado con motivo del agotamiento de los modelos políticos y económicos, se enfrenta a un gran reto para lograr responder con eficiencia a las crecientes demandas sociales de la población.

En este contexto, México inicia en 1982 los primeros pasos para un redimensionamiento del Estado, al combinar la tradición\* de los gobiernos revolucionarios y algunos elementos nuevos\* en la ideología gubernamental, para mitigar la incapacidad que ya mostraba el Estado para responder eficientemente con sus atribuciones. A partir del actual gobierno, es cuando el Estado se reforma y moderniza integralmente con el propósito de mejorar el desempeño de la acción gubernamental.

En esta vertiente, el presente estudio de caso tiene como finalidad analizar cómo ha sido la modernización administrativa del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para otorgar los servicios de seguridad social a los servidores públicos; en este sentido, se divide en cuatro apartados.

En el primero se describe la seguridad social y debido a la importancia que revisten los antecedentes de ésta, se tratan tanto a nivel mundial como en México, así como los efectos que tuvo el proceso de industrialización.

En el segundo apartado, se estudia la creación del ISSSTE y se revisan sus objetivos y las principales acciones sexenales en materia de seguridad social. En el tercero se analiza el funcionamiento de este Instituto y la consecución de los objetivos de la seguridad social,

---

\* Se puede considerar el poder presidencial absoluto, la forma de llevar a cabo las campañas electorales, etc.

\* Como es el caso de la solución de los problemas de los ciudadanos organizados, a través del Programa Nacional de Solidaridad ( PRONASOL ), la privatización de las empresas parastatales, etc.

destacándose la atención a la salud por ser ésta, un compromiso constitucional, presidencial e institucional, se presentan los resultados de su diagnóstico institucional a 1988 y los avances que se han logrado en esta administración. El cuarto y último, se refiere a las propuestas que debe asumir el ISSSTE para proporcionar los servicios médicos, que demanda la derechohabencia, con calidad y trato humano.

## I. LA SEGURIDAD SOCIAL.

### A) ANTECEDENTES EN EL AMBITO MUNDIAL.

Desde su surgimiento en Alemania en la década de 1880 a 1890, la seguridad social se caracterizó por su aplicación limitada a los trabajadores industriales, por ser éstos los grupos más organizados y que con mayor insistencia demandaban al Estado, medidas de protección colectiva.

Así, el gobierno alemán promulga las primeras leyes: sobre Seguro de Enfermedades; Seguro de Accidentes de Trabajo y Seguro Obligatorio de Invalidez y Vejez. Las cuales se plasman en el Código General de Seguros Sociales de 1911. Esta tónica fue seguida por los restantes países europeos, es la época en que se inicia la normatividad del desarrollo industrial.

A finales del siglo pasado y principios del siglo veinte, la seguridad social incorpora a otras categorías de trabajadores asalariados de actividades económicas crecientes en función del desarrollo industrial, como los ferroviarios y los mineros.

Al término de la Primera Guerra Mundial, se amplía el campo de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores del mar y del comercio y con la Segunda Guerra Mundial se incorporan núcleos de la población económicamente activa del sector rural, abarcando a grupos de trabajadores independientes y del sector público.

No sólo los países europeos denotan este fenómeno sobre la protección colectiva, sino que también sucede en los países de América Latina, "dependiendo de la década de inicio de su sistema de seguridad social, se divide a los países en tres categorías: Precursores, Intermedios y Tardíos".<sup>1</sup> Esta división corresponde al momento en que dichos países, institucionalizan sus sistemas de seguridad social.

---

<sup>1</sup> Narro Robles, José. La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI. p. 127.

Los precursores fueron: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, sus programas cubren entre el 61 y 100 % de la población y se establecieron durante los años 1920-1930.

En los países intermedios se encuentran México, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Venezuela, sus programas tienen una cobertura de población de entre el 20 y 60 %. En éstos, se iniciaron los servicios de seguridad entre los años 1940 y 1950.

En el último grupo, están los países con menor grado de desarrollo socioeconómico, como son: Haití, la República Dominicana, etc., que establecieron sus programas después de 1950 y tienen bajas coberturas de población ( entre el 4 y 20 % ) y sus sistemas de prestaciones son reducidos e inflexibles en cuanto a su otorgamiento.

## B) ANTECEDENTES EN MEXICO.

Antes de entrar a lo que es la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado en la actualidad; se presenta una breve semblanza del desarrollo histórico de la seguridad social en general. Esta se origina con la Revolución de 1910 y se plasma en la Constitución Política de 1917, ya que de aquí parte el compromiso del Estado en materia de justicia y bienestar social.

### La Revolución de 1910.

Durante la dictadura de Porfirio Díaz se reconoce la existencia de una etapa de consolidación del Estado nacional y de desarrollo capitalista de producción, en donde predomina la dependencia económica del exterior y la explotación y brutal represión de la gran mayoría de la población; así como un aniquilamiento del proyecto democrático contenido en la Constitución de 1857.

En la primera década del siglo se agudiza el descontento de la población, registrándose las primeras huelgas obreras. Se funda el Partido Liberal ( 1906 ) en cuyo programa se postula entre otras cosas, la reforma educativa y la jornada máxima de trabajo para la clase obrera, que posteriormente se incluyen en nuestra Ley fundamental.

Más tarde, Francisco I. Madero lanza su consigna en San Luis Potosí: "Sufragio Efectivo No Reelección", encontrando eco en la población harta de la dictadura; iniciándose así la Revolución en contra del gobierno de Porfirio Díaz, el cual después de sangrientos enfrentamientos, abandona el país.

Assume el poder Madero y percibe la dimensión de los problemas, las graves preocupaciones sociales que debe resolver: la urgencia de solucionar el problema de la tierra y de legislar en apoyo de la clase trabajadora. No obstante su preocupación, se inicia una lucha entre radicales, moderados y la derecha; existe pues, fragmentación en el poder, lo que lleva a su asesinato en 1913,<sup>2</sup> sin haberse llevado a cabo una acción concreta en materia de bienestar social.

La dictadura de Victoriano Huerta provoca que se unifiquen todas las fuerzas sociales: los deseos de estabilidad y orden de unos y los frustrados anhelos de cambio de otros, coinciden en el repudio generalizado al usurpador.

Además de lo anterior, la crisis económica, política y social del país, hace que la población se identifique con el Plan de Guadalupe que proclama Carranza y la lucha armada vuelva a alcanzar grandes dimensiones. Renuncia Huerta y queda en el poder Venustiano Carranza.

---

<sup>2</sup> Los Constituyentes ante su Obra 1917. Senado de la República. p 5 - 6.

## La Constitución Política de 1917.

La propia situación por la que atraviesa la nación, ya no sólo demanda reformas políticas sino que se advierte la necesidad de reformas sociales. Conciente de esta problemática, Carranza convoca, en septiembre de 1916, al Congreso Constituyente de los Estados Unidos Mexicanos para dotar a la sociedad de una nueva Carta Magna.<sup>3</sup>

Después de una serie de debates se promulga, el 5 de febrero de 1917, nuestra Constitución Política en donde se plasma el compromiso del Estado en materia de bienestar social.

En este sentido se reconocen las garantías individuales, en donde destaca el derecho de todo individuo a recibir educación ( artículo 3o. ) y la libertad de dedicarse a la profesión o empleo que mejor le convenga, siempre y cuando sea lícito ( artículo 5o. ). Por otra parte, se establece la facultad del Congreso de la Unión para dictar leyes, sobre salubridad general ( artículo 73 ).

En el artículo 123, quedan inscritos los aspectos políticos, económicos y sociales del trabajo; destacando lo correspondiente a la duración de la jornada laboral máxima de 8 horas ( inciso I ), la del trabajo nocturno de 7 horas; la prohibición de las labores insalubres y peligrosas para las mujeres en general y para los jóvenes menores de 16 años. Y la prohibición para unos y otros del trabajo nocturno industrial y en los establecimientos comerciales, donde no podrán laborar después de las diez de la noche ( inciso II ).

Por otra parte, se considera de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares; de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria de trabajo, de accidentes y otro con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberá fomentar la organización de instituciones de esa índole ( inciso XXIX ). Asimismo, la

---

<sup>3</sup> Idem. p 7.

construcción de casas baratas e higiénicas destinadas a ser adquiridas en propiedad por los trabajadores, dándoles plazos determinados para cubrir su importe ( inciso XXX ).

En esta forma, el Estado<sup>4</sup> reconoce la necesidad de proporcionar los mínimos de bienestar a la población; sobre todo, a los trabajadores, elemento fundamental del sector productivo de México, iniciándose con estos postulados, el proceso de consolidación de la seguridad social.

### Los intentos de Seguridad Social.

Desde 1911 hasta 1925, la seguridad social sólo se refiere al aspecto pensionario. En este período, los Presidentes de la República son quienes conceden sin norma alguna, las pensiones,<sup>5</sup> lo que provoca una anarquía en la materia, que conduce a casos de injusticia y favoritismo.

Así, tenemos que en el gobierno de Francisco I. Madero se otorgan pensiones a los deudos de los militares muertos en campaña y también al personal del magisterio. Con Victoriano Huerta se incluye la pensión a los empleados del ramo judicial.

En tiempos de Venustiano Carranza, se establece el pago a los herederos de los derechos de los servidores de la nación, que fallezcan en el desempeño de sus funciones. Asimismo, se

<sup>4</sup> Concibiendo al Estado como "aquella comunidad humana que dentro de un determinado territorio ( el territorio es elemento distintivo ), reclama ( con éxito ) para sí el monopolio de la violencia física legítima...El Estado es la única fuente del derecho a la violencia...El Estado como todas las asociaciones políticas que históricamente lo han precedido, es una relación de dominación de hombres sobre hombres, que se sostiene por medio de la violencia legítima ( es decir, de la que es vista como tal ). Para subsistir necesita, por tanto, que los dominados acaten la autoridad que pretenden tener quienes en ese momento dominan...¿Sobre qué motivos internos de justificación y sobre qué medios externos se apoya esta dominación?...Existen tres tipos de justificaciones internas, de fundamentos de la legitimidad de una dominación...La legitimidad del eterno ay.cr. de la costumbre consagrada por su inmemorial validez y por la consuetudinaria orientación de los hombres hacia su respeto...La autoridad de la gracia ( Carisma ) personal y extraordinaria, la entrega puramente personal y la confianza, igualmente personal, en la capacidad para las revelaciones, el heroísmo u otras cualidades de caudillo que un individuo posee. Por último, una legitimidad basada en la legalidad, en la creencia de preceptos legales y en la competencia objetiva fundada sobre normas racionalmente creadas". Weber, Max. El político y el científico, pp. 83-85.

<sup>5</sup> México a través de sus Informes Presidenciales. La Seguridad Social. Secretaría de la Presidencia. p. 162.

inicia el pago de jubilaciones a personas con más de 30 años de servicios en el Gobierno Federal.

Alvaro Obregón empieza los trabajos para instalar una colonia para empleados del Gobierno del Distrito y concede pensiones al personal del cuerpo diplomático.

### La creación de la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro.

En la administración de Plutarco Elías Calles, se reconoce que todos aquellos que perciban un sueldo con cargo al Estado se consideran empleados públicos y precisamente para dar respuesta a las demandas de este grupo de la sociedad, en el sentido de elevar el nivel de vida familiar y asistencial del propio trabajador, se expide la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro (12 de agosto de 1925) y consecuentemente, se crea la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro. Con lo cual se pretende establecer un sistema de seguridad social para los servidores públicos, que fomente el ahorro quitándole a la pensión el carácter caritativo por parte de la Administración Pública <sup>6</sup>. Las funciones que tiene asignadas esta Dirección son: el otorgamiento de pensiones por vejez, invalidez, muerte o retiro a los 65 años y después de 15 años de servicio.

En la Ley de referencia, se indica que por única vez, la Secretaría de Hacienda nombrará al Director de Pensiones y, en coordinación con el Gobierno del Distrito, a los integrantes de la Junta Directiva, órgano superior de gobierno de la Dirección. También señala la aportación de \$ 3,000.00 mensuales durante tres años, del Gobierno Federal, para contribuir a la formación del Fondo de Pensiones; especifica las cuotas sobre los sueldos que se les deberá descontar a los funcionarios; las subvenciones y complementos que deben dar los gobiernos del distrito y de los territorios, para creación del propio fondo.

<sup>6</sup> De acuerdo a Woodrow Wilson "La Administración Pública es el gobierno en acción, es el poder ejecutivo, es el aspecto más visible del gobierno y es tan viejo como el gobierno mismo", citado por Waldo, Dwight. La función administrativa, los sistemas de administración y otros aspectos. p. 85.

Además se establece que el excedente de este fondo, se utilice para el otorgamiento de:

- Préstamos hipotecarios para la adquisición de casas habitación o terrenos;
- Préstamos hipotecarios para la compra de tierras de cultivo y su habilitación;
- Construcción de casas para los funcionarios;
- Compra o construcciones de casas de pequeños departamentos para rentarlos o venderlos a pensionista o funcionarios; y
- Préstamos para invertirlos en establecer o explotar pequeñas industrias.

Todo ello, para estimular el bienestar de los trabajadores al servicio del Estado. Podemos considerar que en esa época, a pesar de ello, la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, sólo operaba como institución de seguros, ahorro y crédito, dejando sin cubrir aspectos fundamentales de la seguridad social como la atención de la salud y la protección del salario. No obstante lo limitado de su campo de acción, esta Dirección permitió que los postulados establecidos en nuestra Carta Magna respecto a la seguridad social, empezaran a tener vigencia en forma organizada.

En el periodo de 1928 a 1934, no hubo disposiciones relevantes sobre la materia y, con Lázaro Cárdenas, el 10. de noviembre de 1938 es cuando se constituye formalmente la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado y el 5 de diciembre del mismo año, se promulga el Estatuto Orgánico. En este documento se establece que los trabajadores del Estado contarán con personalidad jurídica propia, garantizándoles la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses; disipando la angustia y la desconfianza que prevalecía por la situación política existente en esa época.

Así desde su creación y hasta 1947, la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro sufre diversas modificaciones tendentes en su mayor parte, a extender la magnitud de las prestaciones, mejorar el funcionamiento de las ya existentes e incorporar al régimen de seguridad social a un mayor número de trabajadores y organismos públicos.

Con estas referencias se establece la transformación de la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro, en un organismo público descentralizado con patrimonio, autonomía y personalidad jurídica propios. Se le suprime las palabras y de Retiro, por ser ésta sólo una de las diversas funciones que tiene encomendadas.

Se amplían los seguros de vejez, invalidez, muerte, orfandad y viudez; se aumentan los montos para los préstamos hipotecarios y se asienta que la edad para recibir las pensiones fuera de 55 años con un mínimo de 15 de servicio.

También, se autoriza a partir de esta Ley, que parte de los fondos de pensiones se destinaran a la construcción de colonias burocráticas dentro y fuera del Distrito Federal. Tal es el caso de los multifamiliares "Presidente Juárez" y el "Centro Urbano Presidente Alemán".

Respecto a los servicios médicos, se ampara a los trabajadores del Estado únicamente por accidentes laborales. Este servicio se inicia mediante la subrogación a hospitales privados.

De 1948 a 1958, se crean agencias de la Dirección de Pensiones en Guadalajara, Puerto de Veracruz, Monterrey, Mérida, Chihuahua y Mexicali; se incluyen en el régimen de pensiones al personal de los Talleres Gráficos de la Nación, a los empleados del H. Congreso de la Unión, a los de la Universidad Nacional Autónoma de México, a los del Instituto Nacional Indigenista y a los de la Contaduría Mayor de Hacienda. Se entregaron casas a los trabajadores públicos en las colonias de Xotepingo, Materiales de Guerra, Justo Sierra, el Reloj, Unidad Morelos, Sindicato Nacional de Trabajadores de la Enseñanza, la Rosedal, Bloque Unico de Maestros, Héroes de Churubusco, Ciudad Jardín, Sección Diez y la Sifón. Se rentan los departamentos del Centro Urbano Presidente Alemán. Se crea en favor de los pensionistas el servicio gratuito de médicos y medicinas. Empiezan a funcionar los hoteles de Acapulco y Veracruz para fomentar la recreación y esparcimiento de los trabajadores del Estado y se adquiere el hotel Chapultepec de la Ciudad de México, para el mismo fin. Se amplía el monto de los préstamos hipotecarios de 20 a 60 mil pesos. Se reconocen exenciones

del pago del impuesto predial para los trabajadores del Estado que adquieran casas habitación, terrenos, etc.

### C) LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA INDUSTRIALIZACION

A partir de 1940, se observan dos cambios fundamentales en la historia moderna de México, el paso de los regímenes militares a los civiles y la orientación de los programas de gobierno de éstos, los cuales se ocupan por los intereses del capital, promoviendo actividades para la consecución de los objetivos para el desarrollo económico del país e interviniendo directamente en los procesos productivos y de prestación de servicios.

Lo anterior, provoca una mayor penetración del capital extranjero, el cual se invierte en los renglones donde existe la oportunidad de recuperar con creces lo invertido y en el menor tiempo posible, independientemente de las necesidades del país. Por otra parte, las utilidades obtenidas son repatriadas al lugar de origen de los inversionistas, sin que México obtenga más beneficio que el derivado de la creación de empleos. Esto es suficiente para los gobiernos modernos, en virtud de que "su proyecto contemplaba el impulso a la industrialización sin otro tipo de consideraciones."<sup>7</sup>

Debido a esta situación, en general, la política adoptada consistía en mantener bajos niveles salariales, para atraer la inversión tanto nacional como extranjera y dar las seguridades de que los sindicatos no perturbarían la paz social.

Por otra parte, la estructura económica presenta grandes contrastes debido a un acentuado desequilibrio de las inversiones, que ha dado como resultado el desarrollo de ciertas zonas, ocasionando en éstas, densidades demográficas muy altas marginando grandes grupos de

<sup>7</sup> Basurto, Jorge. Del Avilacamachismo a Alemanismo (1940 - 1952). p 272

población que no cuentan con recursos para sostener un seguro, ni aún con las primas bajas que cubren amplios cuadros de prestaciones como las contenidas en la Ley del Seguro Social, existen pues, grupos con gran capacidad económica que no contribuyen con los recursos proporcionales a sus ingresos al financiamiento de los seguros de los estratos pobres. Como el caso de algunas zonas urbanas en contraste con la población campesina que denota altos índices de dispersión y falta de integración de comunidades rurales.

La existencia de estos desniveles de ingresos no sólo repercute en distintos aspectos de la vida nacional, sino que afecta a su propia economía, ya que margina de toda protección a los grupos de escasa o nula contribución en los seguros sociales, obligándolos a cubrir los costos de los riesgos a que están expuestos.

La filosofía de la seguridad social supone la inclusión de toda la población, sin distinción de edad, sexo, ocupación o ingresos. El ideal perseguido, también supone que el costo de la protección de la población pasiva constituida por los enfermos, pensionados, hijos, viejos y desocupados sea sufragada con los recursos de la población económicamente activa, para hacer de la seguridad social uno de los instrumentos más efectivos de la redistribución del ingreso nacional.

Si bien el desarrollo industrial depende de la capacidad para formar bienes de capital y de la expansión permanente de los mercados, tanto internos como externos, también es cierto que el fortalecimiento del mercado interno es en gran parte producto de la capacidad de compra de la población, misma que se incrementa, si se le descarga de los costos que implica la atención de la salud y de las consecuencias de los riesgos que deben ser protegidos por el Estado a través de sus organismos destinados a ese fin.

Con respecto al crecimiento industrial propiamente dicho, que en opinión de los especialistas mide el desarrollo económico de un país, puede afirmarse que México ha tenido una franca expansión expresada en cifras oficiales. Esta expansión, se ha reflejado en los registros del

Instituto Mexicano del Seguro Social que ( aún sin separar los datos según ampliación demográfica ) denota un incremento significativo de patrones y de trabajadores y lo mismo puede decirse del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, quien ha tenido un notable crecimiento de la población trabajadora amparada, por la inclusión de un sinnúmero de organismos públicos a su régimen de protección, entre los que destacan: la Universidad Nacional Autónoma de México, Lotería Nacional para la Asistencia Pública. Talleres Gráficos de la Nación, Instituto Nacional Indigenista, Instituto Politécnico Nacional, Instituto Nacional de Antropología e Historia, etc.

## II. LA CREACION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

### A) OBJETIVOS DE SU CREACION

Durante el sexenio de Adolfo López Mateos, México inicia "un desarrollo social y económico más vigoroso".<sup>8</sup> Realiza acciones que benefician a los trabajadores como la nacionalización de la industria eléctrica pero también desarrolla una política hostil contra los movimientos sociales democráticos ( como la represión a los ferrocarrileros ) y dedica gran atención a las obras de carácter social como educación, salubridad, etc.

Su política laboral obedece al propósito de organizar, reglamentar e institucionalizar las relaciones dentro del movimiento obrero y entre éste y el resto de los sectores sociales. Tal preocupación se advierte en diversas medidas legislativas. López Mateos presenta al Congreso de la Unión, la iniciativa de Ley que da origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; la cual fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959. En 1960, se modifica el Artículo 123 Constitucional y se adiciona el Apartado "B", en donde se establecen las normas que regulan

<sup>8</sup> Reyna, José Luis y Trejo Delarbre, Raúl. De Adolfo Ruiz Cortinez a Adolfo López Mateos. p. 91.

los asuntos laborales de los burócratas. Si bien es cierto que este apartado no impide a los trabajadores del Estado el derecho de huelga también es cierto que "obedece al interés por racionalizar las relaciones entre el gobierno y los trabajadores".<sup>9</sup>

En este contexto, a partir de 1960, la Dirección de Pensiones Civiles se transforma en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ( ISSSTE ), sentándose las bases para convertirlo en un instituto moderno, con el objetivo de mejorar las condiciones generales de vida y cultura de los servidores públicos.

Con la creación del ISSSTE, se pretende avanzar hacia una seguridad social integral con un sentido polivalente de mejorar la calidad del servicio, incrementar las prestaciones, proteger al mayor número de trabajadores afiliados a su régimen y extender sus servicios a las entidades federativas.

Es innegable que la seguridad social observa un paralelismo constante con la evolución del Estado, en la medida que éste tiene mayor participación en las actividades económicas del país, mayor es el crecimiento del sector público y consecuentemente mayor es la magnitud del gremio laborante del que se sirve para desarrollar sus funciones, lo que ocasiona una mayor demanda de las prestaciones y servicios que conforman esa seguridad social.( Ver Anexo 1 ).

A partir de este momento "las estadísticas del gobierno en México registran datos para un sector de desarrollo social -entendiendo a éste como bienestar social- que incluye educación, salubridad, seguro social, trabajo, asentamientos humanos y obras públicas. Asimismo, la inversión pública federal por sectores identifica una categoría de bienestar social para gastos fijos de capital en cosas como obras públicas rurales y urbanas, la construcción de hospitales, escuelas, centros de salud y alojamientos".<sup>10</sup> Con lo que se pretende el mejoramiento constante de la calidad de vida de los individuos, implicando una distribución equitativa de la

---

<sup>9</sup> *Idem.* p. 95

<sup>10</sup> Ward, Peter. *Políticas de Bienestar Social en México 1970 - 1989.* p. 20.

riqueza y que las condiciones de vida se transformen significativamente para que un mayor número de personas tenga oportunidad de acceder a los beneficios tales como acceso a la salud, educación, empleo, vivienda, recreación, cultura, etc.

En la Ley de 1959, ya se contempla una visión integral de la seguridad social que abarca tanto prestaciones relativas a la salud como prestaciones sociales, culturales y económicas, tanto para los trabajadores como para sus familiares.

El patrimonio del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se integró básicamente, con las propiedades, pensiones, derechos y obligaciones que formaban parte de la Dirección de Pensiones Civiles , así como con sus fuentes de financiamiento.

Respecto a la atención a la salud, se incluyen los seguros de enfermedades no profesionales y de maternidad, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como la readaptación de inválidos. Para desarrollar estas funciones, se empieza a adquirir unidades médicas privadas; las cuales, requirieron de numerosas adaptaciones y ampliaciones

Por lo anterior, en agosto de 1960, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado inicia la construcción de las tres primeras clínicas en el Distrito Federal y la compra del Centro Hospitalario "20 de Noviembre". Este último absorbió los servicios de hospitalización y urgencias que anteriormente se subrogaban. Asimismo, se incorporan algunas unidades médicas provenientes de diversas dependencias centrales como de la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Sindicato del Magisterio y el Sistema SCOP (Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas).

Bajo la denominación de servicios sociales, el ISSSTE integra un conjunto de prestaciones que se caracteriza por apoyar socialmente al asegurado y su familia a través de guarderías,

renta y venta de departamentos en multifamiliares, servicios funerarios y apoyo en general a la economía familiar. Así, en 1960 habían tres guarderías y una tienda ubicada en el Distrito Federal.

En esta misma administración, además de la creación del ISSSTE, se añade en 1964 una nueva prestación que otorga el Gobierno: el seguro de vida de \$40,000.00, para los servidores públicos.

## B) PRINCIPALES ACCIONES SEXENALES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL.

### Gustavo Díaz Ordaz (1964 - 1970)

A lo largo de la década de los sesenta, aumenta el deterioro de las relaciones de intercambio en el comercio exterior. El desarrollo industrial cobra más fuerza que nunca y el Estado canaliza gran parte de sus capacidades a fomentar la actividad privada en este terreno, utilizando sus facultades en materia monetaria y crediticia y la capacidad económica de las entidades paraestatales, quienes mantuvieron bajos sus precios, a fin de crear los alicientes necesarios para la inversión industrial.

Durante esta etapa, el sistema fiscal continúa ofreciendo mayores alicientes a la capitalización y a la inversión." El grueso de la inversión pública se dirige en más de 50 % a las obras de infraestructura: el 36 % a energéticos y sólo un 27 % a obras de bienestar social y a otros renglones administrativos".<sup>11</sup>

No obstante esta limitante para lograr los objetivos de la seguridad social, Gustavo Díaz Ordaz termina la reconstrucción del Hospital General en 1965. Empieza a funcionar la distribución de desayunos escolares ( 1966 ); continúan operando los programas de bienestar rural y urbano de organización y desarrollo de la comunidad, de distritos integrales de salud y

<sup>11</sup> Carrillo Castro, Alejandro. La Reforma Administrativa en México, p. 94.

de obras rurales por cooperación de 1953 a 1970. Se termina la construcción de hospitales psiquiátricos.

Por lo que corresponde al ISSSTE, se incorpora a los servicios médicos y sociales a los miembros de la policía preventiva y de tránsito del Distrito Federal y del H. Cuerpo de Bomberos. Se inaugura el primer taller de manufactura para dar ocupación a pensionistas. Se pone en servicio el primer velatorio en el Distrito Federal. Se establece un albergue de enfermos ambulantes. Se extienden credenciales únicas de identificación a la población derechohabiente, para tener acceso a las prestaciones que otorga el Instituto.

Asimismo, se construyen 9 hospitales regionales; 4 clínicas de consulta externa; se crean 34 puestos periféricos; 28 tiendas y la Unidad para Médicos Residentes. Se termina la construcción de 8 hospitales regionales y una clínica y se amplían o adaptan 4 clínicas-hospital

#### Luis Echeverría Álvarez (1970 - 1976).

La prioridad asignada al bienestar social con Luis Echeverría Álvarez, se refleja al ocupar el segundo lugar del gasto del gobierno<sup>12</sup> ( véase cuadro 1 ). En esta época, se afirma el papel rector del Estado en la economía nacional y "se crea un gran número de empresas estatales en los campos de producción, distribución y beneficiencia".<sup>13</sup> La expansión económica genera considerables empleos, sobre todo en las manufacturas y en el sector de los servicios.

En cuanto a la atención a la salud se realizan enormes gastos en los sistemas tecnológicos de medicina curativa.

<sup>12</sup> Entendiendo al Gobierno como "la institución responsable de dirigir la vida en común de los ciudadanos para asegurar en favor de ellos, la vigencia del orden público, el goce de libertades individuales y el logro de bienestar social". Aguilera H., Rina, Op. cit.

<sup>13</sup> Ward, Peter. Op. cit. p. 11.

Respecto al ISSSTE, se incorporan a su régimen los funcionarios y empleados del Servicio Exterior y de los organismos públicos de reciente creación, además se incluyen a los trabajadores a lista de raya. Se autoriza al Instituto a celebrar contratos de subrogación de servicios médicos para beneficio de los trabajadores al servicio de los Gobiernos de Morelos, Sinaloa y Chiapas. Se crea el Fondo de la Vivienda del ISSSTE ( 1972 ), con una aportación del Estado del 5% sobre salarios, con lo que se integra formalmente la política de vivienda. Su objetivo fue y sigue siendo: establecer y operar un sistema de financiamiento para los servidores públicos, con el fin de otorgarles créditos a tasas preferenciales que les permitan tener acceso a una vivienda digna.

Se otorgan \$ 10 millones de pesos por parte de FOVISSSTE, para la construcción y reparación de viviendas de empleados federales afectados por el sismo de 1973, en los estados de Guanajuato, Michoacán, Puebla y Veracruz; también invierte \$ 1,115 millones de pesos en la construcción de 21 mil viviendas distribuidas en 26 estados de la República. Asimismo, queda establecida la semana laboral de cinco días para quienes se rigen por la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y se incrementan anualmente, los salarios de los empleados públicos y de los pensionistas de las instituciones gubernamentales para contrarrestar los efectos que se producen por el desequilibrio monetario.

#### José López Portillo (1976 - 1982).

El desarrollo social empieza a perder terreno en el gobierno de José López Portillo ( véase cuadro 1 ). La inversión total a lo largo de todos los sectores superó al del bienestar social. Se modifica el equilibrio político, volviendo al terreno intermedio para restaurar la confianza y capitalizar la explotación de los recursos petroleros para el desarrollo nacional.

Se consigue un apoyo del FMI y se ve obligado a adoptar un programa de austeridad, en donde el desempleo es alto y los salarios reales y el gasto del sector público bajaron. Trata de modernizar la burocracia mediante una importante reforma administrativa emprendida para

hacerla más eficiente y eficaz, en el desempeño de sus funciones. Al final de su gobierno nacionaliza el sistema de la banca privada. En el período, la prioridad del gobierno a la seguridad social fue más bien de mantenimiento que de desarrollo y expansión.

El ISSSTE, acorde a los propósitos del gobierno, establece la Comisión Interna de Administración y Programación y se reestructura orgánicamente para el mejor desempeño de sus atribuciones, así como un acertado cumplimiento de sus fines con la eficaz coordinación de sus actividades.

#### Miguel De la Madrid Hurtado (1982 - 1988).

No obstante que la administración de Miguel De la Madrid Hurtado, afirma que el gasto en desarrollo social tiene una gran prioridad para paliar los efectos sociales adversos de las medidas adoptadas desde 1982, en realidad el gasto real sufre una caída en comparación con 1976 ( véase cuadro 1 ). Si bien es cierto que se emprende un programa de reconstrucción de viviendas, esto obedece al terremoto de 1985.

**CUADRO 1. GASTO PUBLICO FEDERAL PARA DIFERENTES SECTORES  
INCLUYENDO EL DESARROLLO SOCIAL, 1972 - 1988.**

#### PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL

ANO	PIB EN PESOS CONSTANTES DE 1980 ( 000 MILLONES )	SERVICIO DE LA DEUDA	ADMINIS TRACION	DESARRO LLO SOCIAL	ENERGIA	INDUS TRIA	PORCENTAJE DEL PIB EN DESARROLLO SOCIAL
1972	2,637	ND	20	23	28	6	6
1974	3,034	ND	19	23	24	9	7
1976	3,232	ND	24	25	23	7	9
1978	3,617	30	6	19	18	4	8
1980	4,276	26	5	17	19	5	7
1982	4,592	41	3	15	14	4	8
1984	4,509	40	4	12	9	7	6
1986	4,460	53	3	11	11	5	6
1988	ND	55	3	10	10	5	ND

Fuente: Ward, Peter. Op. cit. p. 29

La reducción de recursos en términos reales, también provoca un cambio en la política de atención a la salud, se insiste en la participación de la comunidad, tanto para la atención a la salud como en las campañas educativas y preventivas locales. Se aprueba la Ley Federal de la Salud ( 1984 ) para establecer un Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, los salarios no aumentaron al mismo ritmo que la inflación, dando por resultado una erosión del poder adquisitivo. Como aspecto relevante se establece la Consulta Popular para que los ciudadanos expongan sus quejas sobre los problemas locales.

En cuanto al ISSSTE, su Ley sufre una vez más modificaciones ( 1983 ), ampliando la cobertura de las prestaciones y servicios que otorga, de 14 a 20 beneficios, sin incrementar el monto de las cuotas y aportaciones.

Se establece la obligación de constituir, invertir y manejar las reservas actuariales y financieras a través de dos regímenes financieros: el de primas escalonadas y el de reparto anual. Se instituye el régimen voluntario para la continuación en el seguro de enfermedades, maternidad y los servicios de medicina preventiva; la incorporación total y parcial a su régimen de las dependencias, entidades o agrupaciones que por Ley, Decreto del Ejecutivo Federal o por acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al mismo y se crea la Comisión de Vigilancia del Instituto.

Se simplifican los trámites administrativos de pensiones y los relativos a otorgamiento de créditos; se concentra en FOVISSSTE el sistema de créditos hipotecarios, a la misma tasa de interés del 4 % anual. Asimismo, se contempla que las viviendas en renta puedan ser adquiridas en propiedad; se constituye el régimen de propiedad en condominio de los conjuntos habitacionales del Instituto y se determina la obligación del FOVISSSTE de constituir reservas actuariales para cumplir con sus fines.

El funcionamiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se organiza en dos vertientes:

- Las prestaciones económicas y
- Las prestaciones en especie.

Las económicas agrupan las pensiones, las indemnizaciones globales, los riesgos del trabajo, los préstamos personales y los destinados a la adquisición de vivienda, y la devolución de depósitos del Fondo de la Vivienda ISSSTE.

Las prestaciones en especie se refieren a la protección a la salud y al salario, las sociales como: estancias de bienestar infantil, talleres de jubilados y pensionistas, servicios funerarios, entre otras y las culturales, deportivas y recreativas.

En 1986 nuevamente se reforma la Ley y se redistribuyen las cuotas y aportaciones para asignar mayores recursos en aquellas prestaciones y servicios que inciden en forma más directa en el mejoramiento del nivel de vida de los trabajadores.

A fin de actualizar el cumplimiento del precepto constitucional relativo a la protección a la salud, dentro de la Medicina Preventiva se incluye el Programa Higiene para la Salud, el cual comprende todos aquellos servicios que permitan obtener una efectiva integración familiar y una mayor productividad en el trabajo.

A propuesta de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado ( FSTSE ), se incluye que las mujeres trabajadoras puedan obtener una pensión por jubilación habiendo cumplido un mínimo de 28 años de prestación de servicios al Estado y que para calcular el monto de las pensiones se considere el promedio del sueldo básico que el trabajador haya percibido durante el último año inmediato anterior a la fecha de su baja o fallecimiento.

Se determina, por razones de equidad, que las dependencias y entidades cubran el 50 % del costo de cada niño que se inscriba en las Estancias de Bienestar Infantil ISSSTE; dicho costo es determinado anualmente por la H. Junta Directiva.

Adicionalmente, se faculta al Instituto para administrar los Sistemas de Tiendas, Centros Comerciales y Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil, y los Centros Deportivos con que cuentan diversas dependencias, entidades, organismos e instituciones de la Administración Pública Federal con lo que se integran nuevas y mejores prestaciones a su régimen de seguridad social. También se permite el acceso a la población en general, a las tiendas, centros comerciales y farmacias del ISSSTE.

#### Carlos Salinas de Gortari (1989 - 1994).

Como candidato a la Presidencia de la República Carlos Salinas de Gortari, en sus discursos proselitistas realizados durante su campaña electoral, se pronuncia por un cambio estructural del Estado y la consiguiente modernización del país.

Ya siendo Presidente de México, Salinas presenta el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, en el que se establecen las bases para el cambio que demanda la nación, combinándose un amplio esfuerzo de concertación y un ejercicio moderno de la autoridad. Se precisan los acuerdos para: la Ampliación de Nuestra Vida Democrática; la Recuperación Económica con Estabilidad de Precios y el de Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida, mediante los cuales se pretende realizar la modernización deseada; considerando a la modernización como "aquel proceso que tiene por objeto, mejorar las capacidades de gobierno para conseguir que la sociedad sea dirigida no sólo con democracia, sino con eficiencia económica y bienestar".<sup>14</sup>

Con objeto de conocer cuales son los objetivos sociales que persigue el actual Estado Mexicano, realizaremos un breve análisis del Acuerdo Nacional para el Mejoramiento

<sup>14</sup> Aguilera H. Rina. Idem.

Productivo del Nivel de Vida<sup>15</sup>, ya que en éste es donde se establecen los objetivos del bienestar social que se refiere al reclamo por asegurar la satisfacción de las necesidades de todos. Para ello, la creación de condiciones económicas adecuadas es requisito indispensable para que el incremento del bienestar sea amplio y perdurable. A su vez, el Estado necesita impulsar su modernización administrativa<sup>16</sup> para cumplir con eficacia sus cometidos sociales.

Los objetivos de crecimiento económico y estabilidad son fundamentales para alcanzar una mayor equidad, mediante el incremento del empleo, el aumento del poder adquisitivo de los salarios, la erradicación de la pobreza extrema y la mejor distribución del ingreso y de las oportunidades.

La consecución de éstos, requiere reafirmar y renovar el compromiso del Estado en la provisión de los servicios sociales básicos para la población, comprendiendo los aspectos de: seguridad pública, vivienda, educación, salud, participación ciudadana e institucional, servicios públicos, abasto, alimentación y los demás que incidan en el bienestar general de la sociedad como son la protección al medio ambiente y el equilibrio ecológico; y el ataque a la pobreza extrema.

Por lo anterior, se desprende que los objetivos sociales del Estado actual son:

- Crear empleos productivos y proteger el nivel de vida de los trabajadores;
- Atender las demandas prioritarias del bienestar social;
- Proteger el medio ambiente; y
- Erradicar la pobreza extrema.

En el entendido de que éstos, sólo pueden ser posibles a partir de la complementariedad entre la política económica y la política social. A su vez, dentro de cada uno de los objetivos arriba señalados, se encuentran las prioridades que rigen las acciones para cubrir la atención de las

<sup>15</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994, Secretaría de Programación y Presupuesto. p. 97 - 129.

<sup>16</sup> Se entiende por modernización administrativa "un proceso que consiste en crear, mejorar o aplicar una tecnología innovadora con el objeto de mejorar el rendimiento del trabajo gubernamental". Aguilera H., Rina. Ibidem.

demandas del bienestar social y a las cuales nos referiremos a continuación, en una forma somera; salvo la relativa a salud, asistencia y seguridad social, por ser ésta la materia de estudio del presente documento.

- Creación de empleos productivos y protección del nivel de vida de los trabajadores. La estrategia a seguir en el logro de este compromiso presupone: alcanzar tasas de crecimiento de 6 % anual; aumentar el empleo y los salarios reales sobre las bases del incremento de la demanda de trabajo; mejorar y ampliar la educación, fortalecer la capacitación y la productividad; consolidar una política tributaria que contribuya al financiamiento de las actividades del Estado, en especial las de orientación social; impulsar una política de subsidios más selectiva y transparente para fortalecer el poder adquisitivo de los grupos más pobres; asegurar la vigencia de una política social; y apoyar la participación del movimiento obrero y campesino en la concertación de las políticas económica y social.
- Atención de las demandas prioritarias de bienestar social. La situación actual por la que atraviesa la nación, requiere dar prioridad y fortalecer las actividades necesarias para mantener y crear la infraestructura y para la atención de las demandas sociales. En este sentido, la prioridad que se dé al gasto social debe mitigar los efectos que dejó la crisis sobre los grupos mayoritarios del país y avanzar en la satisfacción de sus necesidades básicas, así como, buscar acrecentar la propia capacidad de desarrollo.

Para ello se propuso: asignar al gasto social la máxima prioridad en los presupuestos anuales de egresos tanto de la Federación como de los demás niveles de gobierno; atender las demandas básicas de la población detectadas en la consulta popular como son: agua potable, vivienda, alimentación, educación, salud y seguridad social, pavimentación, electricidad para uso doméstico y transporte urbano.

Respecto a la salud, asistencia y seguridad social, su objetivo general es impulsar la protección a toda la población, proporcionando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social con la participación de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio para asegurar los recursos necesarios.

Las principales acciones a realizarse en esta materia son: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

Estos planteamientos quedan contemplados en el Programa Nacional de Salud 1990 -1994 que señala que los problemas de la salud no se dan en forma aislada e independiente del contexto económico y social; por lo cual, existen factores sociales relativos a las características de la educación, la vivienda y el ambiente y a la disponibilidad de los servicios de salud que determinan la propia situación de ésta.

De lo anterior, se desprende que la prestación de servicios de bienestar social, sigue siendo una cuestión importante como lo fue hace 20 años y dada la crisis económica puede decirse que la necesidad es mayor. ¿ Pero cómo el gobierno ha dado respuesta a los compromisos de seguridad social, tema del presente estudio ? Básicamente a través de sus instituciones de seguridad social basadas en un derecho gremial a la prestación de servicios, la salud entre ellos, con financiamiento de aportaciones de los trabajadores, los patrones y/o el gobierno.

En el sistema de seguridad social participan cuatro organismos, cuya población derechohabiente está claramente diferenciada y son:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social ( IMSS ) que ampara a los trabajadores del sector privado.

- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ( ISSSTE ), que es el encargado de otorgar los servicios de seguridad social a los trabajadores al servicio del Estado, los cuales incluyen a quienes laboran en la administración pública federal como en la estatal y municipal y que han llevado a cabo los convenios de incorporación correspondiente; a los trabajadores de los poderes legislativo y judicial y a otros cuyas organizaciones, por acuerdo de la Junta Directiva se incorporen a su régimen.
- Petróleos Mexicanos ( PEMEX ), quien atiende a sus propios trabajadores y
- El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ( ISSFA ), que ampara a los integrantes de las mismas.

Sin embargo, de estos organismos los dos primeros son, por su peso específico, quienes mejor describen y caracterizan a la seguridad social.<sup>17</sup> Con base a los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática ( INEGI), para 1991 existía una población derechohabiente del orden de 48' 716,530, de la cual el IMSS cubría el 79.95 % y el ISSSTE el 17.46 %. ( Ver Anexo 2 ).

Ahora bien, para el caso que nos ocupa, ¿ Cómo el ISSSTE ha contribuido a dar respuesta a los compromisos de gobierno definidos en esta administración en materia de seguridad social y principalmente en la atención a la salud ?. En el siguiente apartado se realizará este análisis.

### III. EL FUNCIONAMIENTO DEL ISSSTE Y LA CONSECUION DE LOS OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD SOCIAL.

#### A) OBJETIVOS

Con base en los objetivos nacionales y sectoriales establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994, se determina que el propósito general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es: *Fortalecer la salud y seguridad social*

---

<sup>17</sup> Narro Robles, José. Op. cit. p. 8

*de los servidores públicos y sus familiares, a través del otorgamiento eficiente, oportuno y equitativo de los servicios, seguros y prestaciones de mayor incidencia en el bienestar de los derechohabientes, respondiendo de esta manera a los legítimos reclamos y la satisfacción de los derechos que corresponden a los trabajadores al servicio del Estado en materia de seguridad social.*

A partir de este compromiso institucional, se han considerado tres objetivos generales para su logro en el mediano plazo:

- Asegurar el otorgamiento y cobertura de las prestaciones básicas, procurando una atención médica adecuadamente estructurada por niveles, la garantía de las pensiones, la ampliación de créditos personales y de vivienda, así como del servicio de estancias de bienestar infantil y una mayor protección al ingreso de los trabajadores.
- Aumentar la calidad, oportunidad y calidez de los servicios, con apoyo en una mayor eficiencia administrativa, así como en criterios de simplificación y transparencia para su otorgamiento.
- Promover que los beneficios se distribuyan de manera más equitativa entre los diversos grupos y se otorguen con una creciente homogeneidad a nivel regional.<sup>18</sup>

Para dar cumplimiento a estos objetivos generales que persigue el Instituto, se requiere de los esfuerzos que realicen cada una de las áreas que lo integran, en su ámbito de competencia correspondiente.

## B) ORGANIZACION.

Como ya se ha señalado, el ISSSTE es un organismo público descentralizado que en su origen y estructura tiene una composición bipartita. La conjunción de esfuerzos de los trabajadores y del gobierno ( a través de las dependencias y entidades públicas ) en la conducción del Instituto es uno de los pilares en que reside su fortaleza institucional. Esta estructura bipartita

<sup>18</sup> Programa Institucional 1989 - 1994. ISSSTE. p 40.

se hace presente de manera sistemática en los trabajos que llevan a cabo los Organos de Gobierno del ISSSTE:<sup>19</sup>

- La Junta Directiva que se integra con once miembros, los titulares de las Secretarías de: Hacienda y Crédito Público ( y uno más ); Salud; Desarrollo Social y Trabajo y Previsión Social; el Director General y cinco designados por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado ( FSTSE ).

- El Director General.

- La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda que se compone de nueve vocales, uno designado por la Junta Directiva, quien a su vez es el Vocal Ejecutivo de la Comisión; representantes de las Secretarías de: Hacienda y Crédito Público (dos); del Trabajo y Previsión Social (uno) y de Desarrollo Social (uno) y cuatro propuestos por la FSTSE y

- La Comisión de Vigilancia que se integra de siete miembros, un representante de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación; dos de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público; uno del ISSSTE y tres de la FSTSE.

Dentro de su estructura orgánica se han establecido dos niveles: el Central y el Delegacional. El ámbito central está integrado por las Subdirecciones Generales: Médica; de Prestaciones Económicas. de Protección al Salario; de Servicios Sociales y Culturales: Jurídica; de Administración; de Obras y Mantenimiento; de Finanzas y de Abastecimiento; las Coordinaciones Generales de: Delegaciones y de Comunicación Social y por la Contraloría General, todas ellas con función normativa y el nivel delegacional con función operativa. (Ver Anexo 3 ).

Con el propósito de que los seguros, prestaciones y servicios se otorguen con un conocimiento más amplio de las necesidades y problemas locales, el Instituto cuenta con 35 delegaciones, 31 de orden estatal cuyo área de competencia es precisamente el territorio de los estados de la República y cuatro regionales ubicadas en el Distrito Federal.

<sup>19</sup> Ley del ISSSTE 1993, p. 104 - 113.

## C) SEGUROS, PRESTACIONES Y SERVICIOS

Dentro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se cubren en la actualidad 21 seguros, prestaciones y servicios, los cuales son:

1. Medicina preventiva.
2. Seguro de enfermedades y maternidad.
3. Servicios de rehabilitación física y mental.
4. Seguro de riesgos del trabajo.
5. Seguro de jubilación.
6. Seguro de retiro por edad y tiempo de servicios.
7. Seguro de invalidez.
8. Seguro por causa de muerte.
9. Seguro de cesantía por edad avanzada.
10. Indemnización global.
11. Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.
12. Servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas.
13. Arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto.
14. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos y/o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos.
15. Préstamos a mediano plazo.
16. Préstamos a corto plazo.
17. Servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes.
18. Servicios turísticos.
19. Promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y de recreación.
20. Servicios funerarios y
21. Sistema de ahorro para el retiro.

## D) FINANCIAMIENTO

El financiamiento de los seguros, prestaciones y servicios que fija la Ley, se da a través de las contribuciones que de manera bipartita aportan los trabajadores y las dependencias y entidades públicas. En la actualidad y de acuerdo a la Ley del ISSSTE, el monto de las cuotas a cargo de los trabajadores es del 8 % del sueldo básico de cotización y de las aportaciones de

las dependencias y entidades públicas que equivalen al 17.75 % del sueldo básico de cotización de los trabajadores. Se aplican tal y como se muestran en el cuadro siguiente:

**CUADRO 2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CUOTAS Y  
APORTACIONES EN EL FINANCIAMIENTO DE LOS SEGUROS,  
PRESTACIONES Y SERVICIOS.**

Concepto	Cuotas (a cargo de los trabajadores)	Aportaciones (a cargo de las dependencia y entidades públicas)
Seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental	2.75	6.75
Prestaciones relativas a préstamos a corto y mediano plazo	0.50	0.50
Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil; servicios integrales a jubilados y pensionistas; servicios turísticos; promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y de recreación; y servicios funerarios	0.50	0.50
Seguro de riesgos del trabajo	--	0.25
Pago de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones y la integración de las reservas actuariales	3.50	3.50
Fondo de la Vivienda	--	5.00
Gastos generales de administración, sin lo correspondiente al Fondo de la Vivienda	0.75	1.25
Subtotal	8.00	17.75
Sistema de Ahorro para el Retiro *	--	2.00
Total	8.00	19.75

Fuente: cuadro elaborado por la autora, con base a los artículos 16, 21 y 90 bis-B de la Ley del ISSSTE 1993.

#### E) POBLACION DERECHOHABIENTE.

Con la consolidación del Sistema de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza, se ha logrado contar con la información estadística confiable sobre las características de la

\* Se maneja en forma adicional a las aportaciones que realizan las dependencias y entidades públicas.

población derechohabiente y el número de dependencias y entidades afiliadas al régimen del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En lo que va de la presente administración ( 1989 - 1993 ) se tienen registrados a 241 organismos y a una población total amparada de 8'756,000 derechohabientes, de la cual 2'319,000 son trabajadores y pensionados y 6'437,000 beneficiarios ( que se refieren a familiares tanto de los trabajadores como de los pensionistas ).

En cuanto a su distribución geográfica, el Distrito Federal tiene una concentración de la población del 26.5 % y las delegaciones estatales del 73.5 %.<sup>20</sup>

#### F) ATENCION A LA SALUD.

Dentro de la política de bienestar social destaca la importancia de la atención a la salud y la seguridad social, estando el Instituto inmerso en estos requerimientos; para efecto de este documento, sólo nos referiremos a la atención a la salud.

El ISSSTE para dar cumplimiento a este precepto constitucional, presidencial e institucional, cuenta con la Subdirección General Médica que tiene entre sus funciones:

- "Planear, organizar, normar, coordinar y controlar los servicios de atención médica de diagnóstico, preventiva, curativa, quirúrgica, hospitalaria, odontológica, farmacéutica y de rehabilitación que otorga el Instituto, en sus diferentes niveles de atención.
- Proporcionar atención médica a los derechohabientes del Instituto sujetos al régimen de su Ley y participar en los programas nacionales en materia de salud.
- Proporcionar los servicios de rehabilitación física y mental a minusválidos derechohabientes del Instituto.
- Elaborar programas de enseñanza y fomentar la investigación científica, en aspectos de atención, conservación y recuperación de la salud.
- Vigilar la prestación de los servicios médicos subrogados, para mantener el nivel de calidad institucional.
- Elaborar, operar y actualizar el sistema de información médica.
- Conceder licencias e incapacidades médicas".<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Informe Anual de Actividades 1993. Programa de Trabajo 1994. ISSSTE, p. 21 - 22.

<sup>21</sup> Estatuto Orgánico del ISSSTE, p 73.

Como se puede observar, sus funciones están relacionadas con los seguros y servicios que sobre la materia se establecen en la propia Ley.

La asistencia médica se basa en la operación de un modelo estructurado en tres niveles de atención y organizado regionalmente. Se cuenta con instalaciones propias y se complementan con servicios subrogados. En el primer nivel tenemos a las unidades y clínicas de medicina familiar y a los consultorios auxiliares; en el segundo, se encuentran las clínicas-hospital y los hospitales generales; por último el tercer nivel, lo componen los hospitales regionales. Estas unidades médicas funcionan en toda la República Mexicana.

### Diagnóstico

Para 1988, la población amparada ascendía a 7700,000 derechohabientes siendo característica una población joven: el 64 % de los trabajadores tenía menos de 40 años. Las mujeres en edad fértil ( de 15 a 49 años ) representaban el 48.4 % de la población asegurada, con efectos en la demanda de servicios de planificación familiar y de asistencia obstétrica.<sup>22</sup>

La mayor concentración de la derechohabencia se localizaba en las capitales de los estados y en el Distrito Federal, tan sólo en éste era de 36.8 % y en el área foránea de 63.2 %.

Debido al rápido crecimiento de la población derechohabiente, que se ha manifestado de 1970 a la fecha, han sido rebasados los esfuerzos para asegurar el acceso total y oportuno a los seguros, prestaciones y servicios que otorga el Instituto; asimismo la infraestructura médica resulta insuficiente, en parte por la distribución geográfica heterogénea de los usuarios y por estar sujeta a disponibilidades presupuestales.

---

<sup>22</sup> Programa Institucional 1989 - 1994, ISSSTE. p. 63.

Respecto a la cobertura por programas, hasta 1988 se habían registrado resultados poco favorables. En vacunación antipoliomielítica se observa sólo un 63.5 %; en antisarampión 41 %; 59.8 % en toxoide tetánico; los servicios de planificación familiar han sido de 22.6 % y sólo el 6.3 % en el control del cáncer cérvico-uterino y mamario.<sup>23</sup>

La concentración excesiva de la demanda en algunas unidades médicas, servicios y en turno matutino, originó el desequilibrio entre regiones y niveles de atención; por otra parte, las diferencias de capacidad, el abasto deficiente de insumos básicos y la inoperancia del sistema de referencia y contrarreferencia han provocado baja calidad en la prestación del servicio, que se expresa en trato descortés y deshumanizado a los derechohabientes, esperas innecesarias para acceder al servicio especializado y a estudios de laboratorio y gabinete.

Como una medida complementaria para satisfacer la demanda, se ha utilizado la subrogación de servicios principalmente, de consulta externa, de diagnóstico y tratamiento, consulta especializada y hospitalización. Pero la inobservancia de la normatividad correspondiente y la insuficiencia de controles ha dado lugar a servicios subrogados de baja calidad y en ocasiones, no justificados.

El servicio médico estaba organizado en once regiones que abarcaba a las 35 delegaciones estatales, en donde cada una de ellas debería contar con unidades médicas de los tres niveles. A finales de 1988, sólo en el Distrito Federal y en cinco regiones se había adoptado este esquema, en virtud de que para su implantación total se requería de una asignación presupuestal superior a lo disponible y un eficiente sistema de referencia y contrarreferencia.

La capacidad instalada con que se disponía era de 1,051 centros de primer nivel, 144 hospitales de segundo nivel, 7 clínicas de especialidad y 11 hospitales regionales de tercer nivel. Además se contaba con 2,972 consultorios, 6,152 camas censables incluyendo incubadoras, 193 quirófanos, 92 laboratorios y 268 gabinetes de rayos X. Para la prestación

---

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 64.

de los servicios se disponía de 12,124 médicos, 15,215 enfermeras y 4,497 paramédicos y se incrementó de cuatro a seis horas la jornada de los médicos, no obstante dicha capacidad todavía era insuficiente para atender a la demanda.<sup>24</sup>

A pesar de que existe insuficiencia de recursos humanos, en general, se observa una mala distribución de éstos ya que existe exceso en algunos servicios y especialidades y en el turno matutino. Lo anterior, provocado por la deficiente política aplicada en la contratación de médicos especialistas, la modificación sin control de las plantillas de personal y al elevado ausentismo de la fuerza de trabajo médica ( incluyendo tanto médicos como enfermeras y paramédicos ) que en su gran mayoría son trabajadores de base y hacen uso de todas sus prestaciones sindicalizadas como son: días económicos, permisos y licencias, sin importarles las cargas de trabajo que en un momento dado, puedan existir.

La disponibilidad y acceso de los servicios aún es desigual entre las diversas regiones del país. En siete entidades federativas se presentaban deficiencias en consultorios por 1,000 derechohabientes; 10 contaban con un índice superior al promedio nacional, 6 tenían un indicador de camas inferior a la media y 18 superaban la norma de una cama por 1,000 usuarios.<sup>25</sup>

En forma adicional, la formación de personal médico ha sido limitada por la carencia de docentes calificados; los programas no han sido desarrollados por falta de las unidades administrativas correspondientes en las subdelegaciones y unidades médicas y se ha obtenido un mínimo avance en el sistema semiescolarizado de enfermería nivel técnico.

Los programas anuales de adquisiciones tanto de medicamentos como de material de curación no responden a las necesidades de las unidades hospitalarias, entre otros motivos, a que se desconocen los consumos reales, no existe sujeción a cuadros básicos y a la centralización en

---

<sup>24</sup> *Idem*, p. 65 - 66.

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 66.

la elaboración de dichos programas. Aunado a ésto, se agrega una reducida capacidad de almacenamiento, un control ineficiente de inventarios y la insuficiencia de transporte para distribuir los productos. Lo que ha repercutido en un abasto inoportuno, incrementando compras aisladas o por subrogación, las cuales tienen costos más elevados; existencia de sobreinventarios de productos de lento o nulo desplazamiento, con la consecuente caducidad de los insumos y desperdicio de recursos.

Se carece de programas de conservación y mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos médicos, que provoca disminución de la capacidad de resolución en las unidades.

Los recursos financieros destinados para la atención médica han sido insuficientes, lo que provocó que en 1986 se modificara la distribución del porcentaje de las cuotas y aportaciones que por Ley le corresponde a este rubro. Por último, no se dispone de un sistema adecuado de información que apoye la planeación y evaluación de los servicios, ya que las estadísticas con que se cuentan han sido parciales y fuera de tiempo.

#### Avances en la Atención a la Salud.

Bajo estas consideraciones, se definieron en el Programa Institucional 1989 - 1994, los objetivos, metas de resultado y estrategias que se seguirán a lo largo del presente sexenio y que permitirán avanzar en la transformación que requiere esta área del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; destacan por su importancia los siguientes:

*Objetivo general:* Garantizar el acceso generalizado de la población derechohabiente a servicios de salud, debidamente estructurados por niveles, con énfasis en la atención primaria, oportunos y de alta y homogénea calidad técnica y humanitaria.

*Objetivos específicos:*

- Mejorar la calidad de los servicios y la oportunidad en su otorgamiento, así como la calidez en su relación médico-paciente.

- Modificar la orientación curativa del sistema institucional de salud y extender la cobertura de los servicios de atención primaria en beneficio de toda la población derechohabiente.
- Desarrollar una cultura para la salud que permita modificar el perfil general de los daños a la salud e impulsar la participación activa y permanente de los derechohabientes en el autocuidado de la misma.
- Atender y, en lo posible, eliminar los desequilibrios regionales en la dotación de recursos para la atención médica y racionalizar los servicios subrogados.
- Elevar la productividad de los servicios así como el nivel de preparación técnica del personal dedicado a la protección a la salud.

*Metas de resultado:*

- Ampliar la cobertura general de los servicios médicos del 70 % al 85 %.
- Aumentar la cobertura del programa de planificación familiar del 23 % al 50 %.
- Aumentar la esperanza de vida de la población derechohabiente de 68 a 70 años.
- Incrementar la proporción del personal profesional y técnico capacitado del 55 % al 67 %.<sup>26</sup>

*Estrategias:*

- Reorientar la prestación de servicios médicos con énfasis en la atención primaria.
- Revisar y adecuar los criterios y mecanismos para la asignación y ejercicio de los recursos canalizados al área médica.
- Racionalizar los costos de administración y operación de los servicios médicos.
- Reorganizar y modernizar la administración y operación de los servicios de salud para elevar su eficiencia y productividad.
- Consolidar la desconcentración del sistema institucional de salud.
- Fomentar la participación de grupos sociales y derechohabientes en el autocuidado de su salud.
- Propiciar el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional y sectorial.

Durante el período de análisis, el proceso de modernización que ha adoptado el ISSSTE otorga prioridad a la responsabilidad social de atención a la salud. En este contexto, se ha reorientado la prestación de los servicios a la atención primaria y la reorganización administrativa y apertura de los servicios médicos, de conformidad con los lineamientos del Programa Nacional de Salud y bajo la directriz de los lineamientos institucionales, para consolidar un sistema de atención médica eficaz, eficiente, de vanguardia y con mayor contenido técnico humano y social. con la capacidad de instrumentar la respuesta adecuada a las demandas que en la materia plantean día con día, los trabajadores al servicio del Estado.

<sup>26</sup> *Idem*, p. 68

Así podemos decir que, las acciones estratégicas que han sido desarrolladas para lograr este cambio y la consolidación del sistema son las siguientes:

- Se lleva a cabo la reestructuración orgánica de la Subdirección General Médica (1993), mediante un reagrupamiento por funciones, utilizando el enfoque por niveles de atención y de programas prioritarios. Esta estructura se integra por tres áreas sustantivas y dos de apoyo.

Las sustantivas son las Subdirecciones de: Medicina Familiar, Medicina Preventiva y Programas para la Salud, la cual tiene bajo su responsabilidad los servicios y programas del primer nivel de atención; la de Hospitales Regionales y Generales, responsable de consolidar las acciones de las unidades médicas del segundo y tercer nivel; y la de Enseñanza e Investigación, encargada de la capacitación y formación del personal de salud que requiere el Instituto y de la investigación básica y aplicada.

Las áreas de apoyo, una se encarga de integrar los aspectos técnico-normativos y la otra del proceso administrativo en apoyo a la Subdirección General Médica.

- Con el propósito de disponer de mayores recursos para el otorgamiento de los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y servicios de rehabilitación física y mental se reforma la Ley ( 1993 ), en cuanto a la distribución del porcentaje de las cuotas y aportaciones que corresponden a estos seguros, elevándose a 9.5 % ( artículos 16 y 21).<sup>27</sup>
- Se establece el Programa de Regionalización de los Servicios Médicos , el cual se conforma de cuatro etapas:
  1. Redistribución regional ( concluida en 1991 ).
  2. Regionalización funcional ( concluida en 1992 ).
  3. Reordenamiento técnico-administrativo ( concluida en enero de 1994 ).
  4. Micro-regionalización funcional.

<sup>27</sup> Ley del ISSSTE. p. 38 y 40.

En la tercera etapa se han desarrollado las acciones de reforzamiento del programa de equipamiento para las unidades médicas, principalmente del segundo y tercer nivel de atención: reordenamiento técnico-administrativo del sistema, iniciándose la redefinición del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" como centro de alta especialidad,<sup>27</sup> elaborándose un Plan General de Reordenamiento que integra la reestructuración de las 8 regiones existentes; fortalecimiento de las plantillas de recursos humanos en unidades hospitalarias derivadas del plan de reordenamiento; y establecimiento de un grupo colegiado para el control del programa de regionalización que da inicio en el primer trimestre de 1994.

- Redefinición del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", para transformarlo en Centro Médico Nacional como vértice del sistema de atención médica; su remodelación integral inicia en julio de 1993 y se tenía programada la terminación de la obra a fines de julio de 1994, pero por motivos de atraso tanto de obra como de entrega del equipo y mobiliario médico, se encuentra pendiente su reinaguración.
- Para fortalecer la operación del tercer nivel de atención se programa la rehabilitación de hospitales regionales y generales, la cual no pretende sólo la rehabilitación física sino que plantea el incremento de la capacidad técnico-administrativa de esas unidades.
- Fortalecimiento de la capacidad instalada de la red de asistencia; para lo cual se efectúan obras de ampliación y remodelación de 12 clínicas-hospital: 10 hospitales generales y 8 regionales. En cuanto a reestructuración, están en proceso 2 hospitales generales y 3 regionales y se están llevando a cabo trabajos de reforzamiento de la estructura en 4 clínicas de medicina familiar, y en 2 de especialidades.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Se considera un centro de alta especialidad, ya que se tiene previsto dotarlo de equipo médico altamente especializado que proporcionará servicios de la más alta complejidad, a través de un estricto sistema de referencia, entre los cuales se encuentran: transplantes, cirugía cardiovascular, neurocirugía, cirugía reconstructiva, cirugía oftalmológica, oncología y urología.

<sup>28</sup> Informe de Actividades 1993, Subdirección General Médica, p. 30.

- Se continúan las obras de infraestructura, para 1993 se programó la terminación de 38; en el primer nivel, 10 unidades de medicina familiar y 5 clínicas de medicina familiar; en el segundo nivel, 3 clínicas de especialidades, 10 clínicas hospitalares y 9 hospitales generales y en el tercer nivel, un hospital regional.

Para 1994, se tiene programado terminar 20 obras; entre otras, el Centro Hospitalario "20 de Noviembre"; 9 hospitales regionales y 3 hospitales generales.<sup>29</sup>

- Por lo que respecta al equipamiento, en 1993, se autorizó un presupuesto de 50 millones de nuevos pesos y en 1994 de 70.2 millones de nuevos pesos. Dentro de las políticas de asignación, además de prever la dotación y sustitución del equipo básico para todos los servicios en las unidades médicas, se establecieron como prioridades, entre otras: fortalecer las áreas hospitalarias críticas; iniciar otros tres polos de desarrollo, en las ciudades de Monterrey, Zapopan y Mérida; y otorgarles autosuficiencia en imagenología<sup>4</sup>.
- La capacidad física instalada con que en la actualidad cuenta el ISSSTE, es de 1,174 establecimientos ( no incluye los subrogados ); los de primer nivel son 971 unidades y clínicas de medicina familiar, 108 consultorios auxiliares y 8 clínicas de especialidad. El segundo nivel se integra de 55 clínicas - hospital y 21 hospitales generales; y el tercer nivel tiene 10 hospitales regionales y el Centro Hospitalario " 20 de Noviembre".<sup>30</sup>
- La capacidad resolutive es de 3,431 consultorios; 5,956 camas censables y 2,023 en tránsito; 217 quirófanos; 486 laboratorios y 339 gabinetes de rayos X. Los recursos humanos se componen de 14,559 médicos; 17, 515 enfermeras y 4,718 paramédicos ( sin incluir lo relativo al 20 de Noviembre ).<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Idem, p. 32.

<sup>30</sup> Se refiere a otorgarles el equipo médico necesario para efectuar los estudios de radiodiagnóstico como son: rayos x, tomógrafo, ultrasonido y resonancia magnética.

<sup>30</sup> Informe Anual de Actividades 1993, Programa de Trabajo 1994. ISSSTE. p. 25.

<sup>31</sup> Ibidem, p. 26.

- En cuanto a la apertura programática, se han aplicado 4'662.393 vacunas. Se ha orientado a la población sobre el control de enfermedades transmisibles a través de 3'487,000 mensajes. Se han distribuido 2'171,927 sobres de suero oral. Se otorgaron 394,294 consultas para atender tos y catarro; 168,988 para casos de neumonía, otitis y faringoamigdalitis. Para la atención, estudio y difusión de las medidas disciplinarias para evitar el cólera se integraron grupos multidisciplinarios. Respecto al Sida, no obstante la difusión masiva para el cuidado que se debe tener en las relaciones sexuales, se ha registrado un aumento del 27 % respecto a 1992 ( 1,271 casos ).<sup>32</sup>

Se establecieron convenios de coordinación para la lucha contra las adicciones, entre el ISSSTE, la Procuraduría General de la República y el Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato del ISSSTE.

En 1993, se otorgaron 620 mil consultas de planificación familiar; se incorporaron 144 mil nuevas aceptantes y se atendieron a 605 mil usuarias activas, lográndose una cobertura de 43 % de las mujeres en edad fértil. Como inicio del programa Vasectomía sin bisturí, se definieron y establecieron 4 centros regionales de capacitación en esta técnica.<sup>33</sup>

- Para fortalecer y mejorar la capacidad técnica y administrativa de las unidades médicas se integra el programa Sistemas delegacionales de salud, para 1994 se espera instrumentar las acciones médicas para su efectividad y eficiencia, de acuerdo a la formación de comités que promocionarán la calidad asistencial, el fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios.
- En el marco de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, se inician las acciones en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal, atendiendo a 979 niños con diagnóstico probable de desnutrición. Se actualiza el programa Amigo del niño y de la madre, para

<sup>32</sup> V Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994, Subdirección General Médica, p. 9 - 11.

<sup>33</sup> Informe Anual de Actividades 1993, Programa de Trabajo 1994, ISSSTE, p. 30.

proporcionar atención materno-infantil integral en las 30 unidades hospitalarias que para tal efecto se han determinado, promoviendo el alojamiento conjunto de la madre y del recién nacido, así como la lactancia al seno materno.<sup>34</sup>

- Se puso en marcha el programa Salud extramuros, cuyo propósito es el diagnóstico oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas, como son cáncer mamario y cérvico uterino; diabetes mellitus; hipertensión arterial y obesidad.
- Se amplía la cobertura del programa Prevención del retraso mental del recién nacido, tanto en las delegacionales regionales como estatales, aplicándose medidas terapéuticas oportunas a través de las muestras sanguíneas capilares de los recién nacidos.
- Se están llevando a cabo acciones para fomentar la donación de órganos y tejidos, entre los derechohabientes, para 1994 se programa efectuar 20 transplantes.
- Se han conformado e instalado 56 Consejos médicos en todos los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del Sistema Institucional de Salud, para que funcionen como foro de análisis y recomendaciones orientados a mejorar los servicios médicos.
- Con el objeto de abatir el diferimiento de cirugías programadas en los hospitales regionales del área metropolitana, en las especialidades con mayor rezago de pacientes, se realiza el programa Quirúrgico de contingencia. En una primera etapa, se realizaba en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre, a partir de su cierre temporal, este programa se continúa en el Hospital Regional 1o. de Octubre y en Hospital Regional Adolfo López Mateos.

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

---

<sup>34</sup> Informe de Actividades 1993. Subdirección General Médica. p. 78 - 79 y 88 - 91.

- Se establece en las 35 delegaciones del ISSSTE, el programa "Hacia un compromiso con pensionados, jubilados y minusválidos", el cual tiene como estrategia brindar atención domiciliaria y especial a dicha población.
- Respecto a los recursos humanos, se han identificado necesidades de personal para complementar plantillas mínimas y aumentar la capacidad de 15 hospitales claves; se ha apoyado la formación de 8,300 profesionales y técnicos en las diferentes ramas de la salud; se han capacitado 52 mil trabajadores médicos; se inició el programa de Especialización en medicina familiar para los médicos generales, a fin de elevar la calidad del primer nivel de atención que se otorga a los derechohabientes. Se impartió el Diplomado en dirección de hospitales que se realizó conjuntamente con la Facultad de Medicina de la UNAM, como parte de los convenios de cooperación técnico-académica que se han formalizado con organismos nacionales e internacionales para incrementar el nivel científico, técnico y académico del personal médico del Instituto.<sup>35</sup>
- Se da inicio al programa de Desconcentración presupuestal en 17 hospitales, para facilitar el manejo directo y oportuno de los recursos y favorecer el marco de la actuación administrativa de estas unidades.
- Se crea el Sistema Integral de Información Médica, para disponer de información veraz y oportuna apoyando la toma de decisiones; para este fin se ha dotado de equipo de cómputo a la subdelegaciones y unidades médicas concentradoras.
- Se han reforzado las bibliohemerotecas con la suscripción a 412 revistas y la adquisición de 321 bases de datos "Med line". con la finalidad de que el personal del Instituto tenga un acceso ágil, expedito y actualizado al acervo informático sobre los temas de salud, tanto del nivel nacional como del internacional.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Informe Anual de Actividades 1993, Programa de Trabajo 1994, ISSSTE, p. 33 - 34

<sup>36</sup> *Ibid.* p. 34.

- Se actualizaron los documentos normativos existentes desde 1986, de 118 documentos después de la revisión, quedaron en 13.( Ver Anexo 4 ).
- Referente a la elaboración de los programas anuales de adquisiciones de medicamentos y material de curación dentro de cuadro básico, se reúnen dos veces al año. representantes de las Subdirecciones Generales de Abastecimiento y Médica, y de las subdelegaciones y unidades médicas para determinar los consumos promedios mensuales y sobre esa base, efectuar los requerimientos.
- Para garantizar el suministro de los insumos necesarios a las unidades médicas, se ha elaborado el procedimiento de Abasto complementario de medicamentos y material de curación dentro de cuadro básico, con la participación de Iссstefarmacias. pretendiéndose cubrir el 100 % de abastecimiento. Por otra parte. también se ha implantado el procedimiento para la Dotación de medicamentos fuera de cuadro básico. mediante vales a Iссstefarmacias.
- En lo que concierne a la subrogación de servicios, se ha efectuado la actualización del manual de procedimientos y el tabulador de servicios; asimismo. se están realizando visitas de supervisión a aquellas unidades que presenten un ejercicio presupuestal mayor al autorizado.
- El presupuesto asignado al fondo de atención a la salud, durante 1994 es de 2.252.6 miles de nuevos pesos. del cual 86.4 % corresponde a gasto corriente y 13.6 % a gasto de inversión. Con respecto al total global del presupuesto del ISSSTE representa el 24.9 %. Por primera vez en el Instituto, se realiza el Programa - Presupuesto con vinculación de meta programática y partida presupuestal, lo que permitirá llevar un control efectivo de los montos asignados a cada programa y del cumplimiento de los mismos.

#### IV. PROPUESTA.

No obstante que el Estado mexicano, en la actualidad, ha modificado su actividad económica, siendo ahora más promotora que interventora, no debe dejar de participar en el renglón de la política de bienestar y seguridad social, por ser ésta básica para el mejoramiento del nivel de vida para la mayoría de la población.

Este compromiso se traslada al ISSSTE, al cual, aún cuando ha logrado avances relevantes en la ampliación de su cobertura, en la modernización administrativa, en la adecuación financiera y ha aumentado y mejorado sus recursos tanto humanos como físicos, todavía le falta mucho por hacer.

Por lo anterior, debe continuar modernizándose para cumplir mejor con los derechohabientes afiliados a su régimen de seguridad social. Para ello, debe llevar a cabo las siguientes acciones en materia de atención a la salud:

##### I

Se requiere reforzar el énfasis en la atención primaria de salud, para lo cual tiene que concluir la construcción de las unidades del primer nivel, evitando diferir este tipo de obras para dar prioridad a las del tercer nivel. Como en el caso actual, que para realizar la remodelación integral del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" se cancelaron 24 obras por 40 millones de nuevos pesos debido a que este centro hospitalario ha requerido más recursos presupuestales de los que se tenían previstos. ( Ver Anexo 5 ).

Además en este rubro, es indispensable que todas las unidades y clínicas de medicina familiar, otorguen consultas de medicina preventiva, en virtud de ser ésta una prioridad que se establece tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Institucional del mismo periodo y que permitirá realmente proteger la salud de la derechohabiente.

## II

Es indispensable que el personal que maneja la información estadística y programática en las Subdelegaciones Médicas esté supervisado directamente por el Subdelegado, en virtud de que no existe una estrecha coordinación entre ellos, ocasionando que la información que se reporta a través del Sistema Integral de Información Médica (cifras estadísticas de medicina preventiva) no coincida con lo señalado en el Avance Físico-Financiero (cifras programáticas), siendo estos documentos elaborados en la propia Subdelegación y avalados directamente por el Subdelegado Médico. Esta irregularidad provoca la existencia de discrepancia en la información y repercute a nivel central, ya que lo informado a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en la Cuenta Pública del Instituto (cifras programáticas), difiere del Anuario Estadístico del ISSSTE de los años 1989 y 1990. Lo anterior incluso ha generado observaciones de la Contaduría Mayor de Hacienda.

Para los años 1991 a 1993, se ha tomado la decisión de manejar las cifras estadísticas tanto para la Cuenta Pública como para el Anuario Estadístico. Esta postura es muy aventurada, en virtud de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público aprueba el Presupuesto de Egresos con base a las metas programadas, no a datos estadísticos. A partir de este año, la vinculación que se ha establecido de meta programática con partida presupuestal no permitirá este tipo de ambigüedades; siendo necesario que a nivel central exista consenso entre las Subdirecciones Generales de Finanzas y la Médica, a fin de mantener un sólo canal de información que proporcione tanto la información estadística como la programática. También es conveniente que los datos de medicina curativa que maneja el área de Estadística Institucional de la Subdirección General de Finanzas, los absorba la Subdirección General Médica para que se tenga una visión integral de la información médica y la toma de decisiones sea más veraz, oportuna y confiable.

## III

Respecto a los programas anuales de adquisiciones de medicamentos y material de curación dentro de cuadro básico, es recomendable que la representación que tiene el área médica en el Comité de Adquisiciones sea tanto de las Subdelegaciones, Unidades y Subdirecciones de

Medicina Familiar, Medicina Preventiva y de Hospitales Regionales y Generales como de la Coordinación Administrativa, por ser ésta la responsable de elaborar el Anteproyecto del Programa-Presupuesto y contar con los consumos históricos de los productos. Esto permitirá que se tengan más elementos al momento de determinar los requerimientos, se efectuó la previsión presupuestal y se adquirieran realmente los artículos demandados.

#### IV

La adquisición de equipo y mobiliario médico debe estar acorde a nuestras necesidades y desarrollo tecnológico, ya que se adquiere equipo altamente desarrollado y en nuestro país no existe el personal capacitado para su operación.

Por otra parte, se debe ser más estricto en el cumplimiento de la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas, pues en ésta se determina que las dependencias y entidades en los actos de adquisiciones deben estipular las condiciones que garanticen su correcta operación y funcionamiento, el aseguramiento de los bienes y, en caso de ser necesario, la capacitación del personal que operará los equipos, siempre y cuando sea señalado en las Bases de Licitación. Esta disposición no se está cumpliendo, con lo cual se subutiliza el equipo médico y se pierde la oportunidad de desarrollar al personal.\*

Asimismo, también es urgente el mejoramiento del sistema de adquisiciones, en el que se verifiquen los precios y pruebas de calidad para que los bienes que se adquieran respondan a las características solicitadas. Además la Subdirección General Médica, debe promover una mayor coordinación con la Subdirección General de Abastecimiento para evitar que se compren productos muy por arriba de lo presupuestado, ocasionando sobregiros y restando disponibilidad presupuestal para la adquisición de otros artículos ya requeridos. Como

---

\* Es conveniente puntualizar que la adquisición de equipo y mobiliario médico, ha enfrentado diversos problemas como son: la insuficiencia presupuestal ( en 1993 se autorizaron para el Capítulo 5000 "Bienes Muebles e Inmuebles", 50.0 millones de nuevos pesos y se ejercieron 109.0 millones de nuevos pesos), los constantes aumentos de precios por ser mercancía de importación y muchas veces, las decisiones políticas que provocan la compra de equipos no adecuados al tipo de unidad médica; aunado a esto, a partir de enero de 1994, se tiene el problema normativo ya que las adquisiciones no se están realizando con estricto apego a la Ley correspondiente.

ejemplo se puede mencionar, el caso de un equipo de sistema de microondas prostático que fue presupuestado en N\$ 170,000.00 y se adquirió en N\$ 2'855,505.40.\*

#### V

Debe existir un sólo canal de trámite ante la Subdirección General de Abastecimiento, siendo éste la Coordinación Administrativa de la Subdirección General Médica, para evitar que se dé curso a los requerimientos sin que se haya efectuado registro presupuestal y se distorsione el control del presupuesto que realiza esta área. Como ejemplo se tiene la adquisición de un equipo de braquiterapia por N\$ 2'700,645,48 que fue tramitado y adquirido sin conocimiento de la Coordinación Administrativa.

#### VI

La Subdirección General Médica debe solicitar a la Subdirección General de Finanzas, la ratificación de los convenios de responsabilidad de las áreas administradoras del gasto; en virtud de que éstas no cumplen con el envío de información presupuestal, en donde se reporte mensualmente lo comprometido, lo ejercido y lo disponible. Así como el detalle de los servicios contratados, los bienes adquiridos y el avance físico-financiero de las obras, ya que sin información real se toman decisiones con base a lo presupuestado, que no siempre es lo más real.

En este mismo tenor, se debe pedir a las áreas administradoras del gasto, que cualquier cargo al presupuesto del área médica, debe ser previamente concertado y sólo una vez que se cuente con la autorización de ésta, la Subdirección General de Finanzas estará en posibilidad de efectuar el pago.

#### VII

No obstante la importancia que se le ha dado a la atención a la salud, es innegable que en el período analizado, el presupuesto asignado a este fondo ha sufrido un decremento. Los datos

---

\* Cabe señalar que la Contraloría General del ISSSTE, realizó una auditoría a la Subdirección General Médica durante los meses de noviembre y diciembre de 1993, donde se señaló el sobregiro presupuestal en el Capítulo 5000 "Bienes Muebles e Inmuebles" y estableció como corresponsables de este sobregiro tanto a la Subdirección General de Abastecimiento como a la de Finanzas y a la Médica, a esta última se le indicó una serie de recomendaciones para subsanar esa deficiencia y a la Subdirección General de Abastecimiento, se le iba a realizar también una auditoría. Se desconoce si se efectuó o no. Respecto a la Subdirección General de Finanzas se procedió a una revisión, dando como resultado la disposición de no dar suficiencia presupuestal a ningún pedido, que no cuente con presupuesto autorizado.

indican que ha perdido terreno mayormente en este año, al pasar a 24.9 % contra el 41.4 % en 1989. Una característica básica ha sido el gran aumento de la proporción del presupuesto global destinado a las prestaciones económicas (aproximadamente del 40 %). Para subsanar esta deficiencia es necesario que el ISSSTE, replantee a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las partidas presupuestales que integran el sueldo básico para determinar el monto de las cuotas y aportaciones y someter incluso a la autorización del Presidente de la República; además, al igual que el Instituto Mexicano del Seguro Social, modifique los porcentajes de financiamiento, sólo así podrá contar con los recursos suficientes que le permitan ofrecer seguros, prestaciones y servicios de calidad.

### VIII

Con el propósito de evitar sobregiros en las delegaciones, es requisito indispensable que éstas se apeguen a las Políticas de racionalidad, austeridad y disciplina para regular el ejercicio presupuestal 1994; ya que en el año pasado, se tuvo un déficit de 49.5 millones de nuevos pesos correspondieron a servicios médicos subrogados (49.7%), a medicamentos (26.0%), a guardias y suplencias (17.8%) y a mantenimiento (6.5%). Además de este déficit, tuvieron un pasivo de 15.4 millones de nuevos pesos. Ante esta problemática se deben tomar medidas drásticas y ejemplares en contra tanto de los Directores de las Unidades Hospitalarias como de los Subdelegados Médicos e incluso de los Delegados. Toda vez que en los hospitales se subutiliza el equipo médico y existe constante ausencia de personal, entre otras cosas, que provoca una subrogación innecesaria. Asimismo, sólo se deberán pagar guardias y suplencias cuando haya una demanda mayor de los servicios o en caso de urgencias. La compra de medicamentos y material de curación tanto dentro como fuera de cuadro básico requiere una supervisión constante y a detalle por parte de un grupo colegiado de representantes de la Contraloría General, las Subdirecciones Generales de Abastecimiento, Finanzas y Médica, debido a que se tiene garantizado, teóricamente, el abasto de los artículos dentro de cuadro básico a nivel central por 60 días y se tienen quejas por parte de la derechohabiente que cuando se les interviene quirúrgicamente, ellos son los que deben llevar su material de curación.

## IX

Para la terminación del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", se requerían hasta el mes marzo, 95 millones de nuevos pesos adicionales a lo presupuestado, como el Fondo de Atención a la Salud ya no cuenta con recursos disponibles para hacer frente a este compromiso presidencial, también aquí es conveniente que se someta a autorización del Presidente de la República, para conseguir una ampliación líquida al presupuesto autorizado, que permita la consolidación de los servicios de alta resolución.

## X

En cuanto a los recursos humanos con que cuentan los centros hospitalarios, se puede afirmar que aún persiste la falta de vocación de servicio público, ya que existe inconformidad de los derechohabientes en el trato que reciben; por otra parte, no obstante de existir exceso de personal en el turno matutino se tiene carencia en los demás horarios. En este sentido, la Subdirección General Médica debe continuar promoviendo y motivando al personal para que asistan a los cursos de capacitación de relaciones humanas y aplicar integralmente los programas de racionalización y asignación óptima de recursos humanos en las unidades médicas de todo el país, con lo que se logrará fortalecer la calidad de la prestación de los servicios médicos que día con día demanda la población asegurada.

## ANEXOS

### ANEXO I. EVOLUCION DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE Y DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL REGIMEN DEL ISSSTE ( 1965 - 1990 ).

CONCEPTO	1965	1970	1980	1990
DEPENDENCIAS Y ENTIDADES	48	58	123	172
POBLACION DERECHOHABIENTE	1'070,971	1'347,470	4'985,108	8'302,425
a) ASEGURADOS DIRECTOS	283,806	472,520	1'503,674	2'216,528
•TRABAJADORES	261,472	430,482	1'435,278	2'012,184
•PENSIONISTAS	22,334	42,038	68,396	204,344
b) FAMILIARES	787,165	874,950	3'481,434	6'085,897
•DE TRABAJADORES	768,229	839,218	3'421,539	5'909,784
•DE PENSIONISTAS	18,936	35,732	59,895	176,113

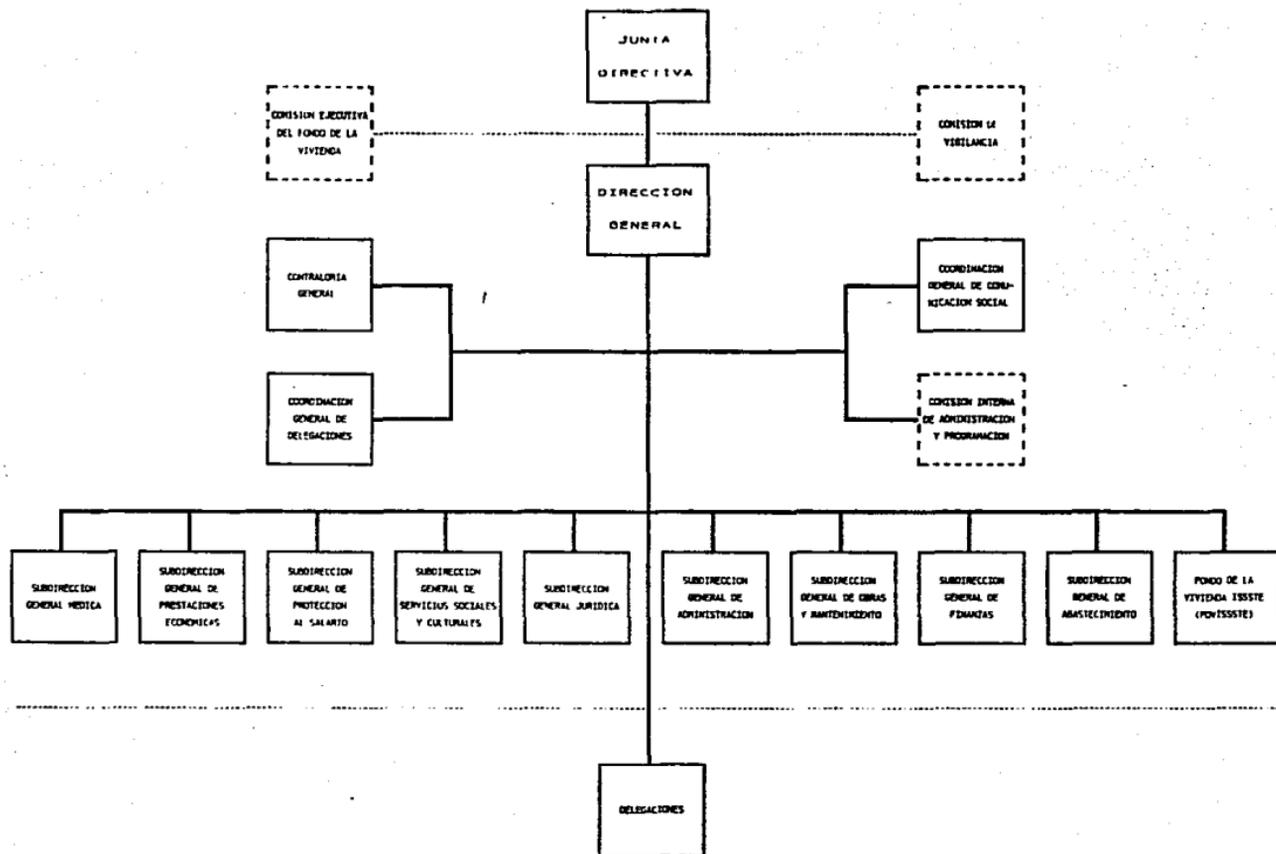
FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS DEL ISSSTE.

**ANEXO 2. POBLACION DERECHOHABIENTE EN LAS  
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL  
(1989 - 1991).**

AÑO	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	ISSFA
1989	46'876,860	37'212,960	7'844,533	1'420,926	408,432
1990	48'028,003	38'575,140	8'073,672	897,337	481,854
1991	48'716,530	38'953,374	8'506,748	776,494	489,914

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1993. INEGI.

ANEXO 3. ORGANOGRAMA GENERAL DEL ISSSTE



FUENTE: ESTATUTO ORGANICO Y LEY DEL ISSSTE

#### **ANEXO 4. DOCUMENTOS NORMATIVOS DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.**

Los trece documentos normativos son:

- Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.
- Manual de Organización de la Subdirección General Médica.
- Manual de Organización de las Subdelegaciones Médicas.
- Manual de Organización y Funcionamiento de las Unidades Médicas de Primer Nivel.
- Manual de Organización y Funcionamiento de las Unidades Médicas de Segundo Nivel.
- Manual de Organización y Funcionamiento de las Unidades Médicas de Tercer Nivel.
- Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- Manual de Procedimiento de Subrogación.
- Manual de Procedimientos de Cuotas por Atención a no Derechohabientes.
- Manual de Procedimientos de Expedición de Licencias Médicas.
- Manual de Procedimientos de Otorgamiento de Dictámenes Médicos. Certificados de Defunción y Traslado de Cadáveres.
- Manual de Procedimientos para el Control de los Servicios de Salud.
- Manual de Procedimientos de Servicios al Público para la Atención Médica.

Los documentos anteriormente señalados, se encuentran en proceso de publicación, difusión e implementación.

**ANEXO 5. RELACION DE OBRAS CON TRANSFERENCIAS  
PRESUPUESTALES PARA EL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE  
NOVIEMBRE".**

UNIDAD	LOCALIDAD	ESTADO	IPO DE OBRA	IMPORTE MILES DE NUEVOS PESOS )
U.M.F. "D"	CALKINI	CAMPECHE	AMPLIACION Y REMODELACION	1,016.0
U.M.F. "E" Y RESOLUTIVO 3	IXMIQUILPAN	HIDALGO	OBRA NUEVA	809.1
U.M.F. "E"	CUAUTITLAN DE ROMERO RUBIO	MEXICO	OBRA NUEVA	335.8
U.M.F. "A"	XILITLA	SAN LUIS POTOSI	OBRA NUEVA	681.2
C.H	PIEDRAS NEGRAS	COAHUILA	OBRA EN PROCESO	3,389.2
C H	CHILPANCINGO	GUERRERO	AMPLIACION	650.0
C H	IGUALA	GUERRERO	AMPLIACION	650.0
C.H.	PACHUCA	HIDALGO	REMODELACION	1,110.5
C.H.	CUAUTLA	MORELOS	AMPLIACION Y REMODELACION	1,300.0
C.H.	TEZIUTLAN	PUEBLA	AMPLIACION Y REMODELACION	2,442.7
C H	MATAMOROS	TAMAULIPAS	AMPLIACION Y REMODELACION	650.0
H.G.	TACUBA	DISTRITO FEDERAL	AMPLIACION	4,104.0
H.G	GOMEZ PALACIO	DURANGO	AMPLIACION Y REMODELACION	650.0
H.G	ACAPULCO	GUERRERO	AMPLIACION Y REMODELACION	572.9
H.G	MORELIA	MICHOACAN	REMODELACION	1,424.0
H.G	CUERNAVACA	MORELOS	AMPLIACION	1,400.0
C.E.	INDIANILLA	DISTRITO FEDERAL	AMPLIACION	600.0
E.T.E.E.	MISTERIOS	DISTRITO FEDERAL	AMPLIACION	600.0
C.E.	CHURUBUSCO	DISTRITO FEDERAL	AMPLIACION	600.0
C.H.	CD. MANTE	TAMAULIPAS	AMPLIACION Y REMODELACION	3,500.0

H.G.	TAMPICO	TAMAULIPAS	AMPLIACION Y REMODELACION	720.0
C.H.	FRESNILLO	ZACATECAS	AMPLIACION Y REMODELACION	3,645.3
C.H.	COATZACOALCOS	VERACRUZ	OBRA EN PROCESO	3,716.3
C.H.	POZA RICA	VERACRUZ	AMPLIACION Y REMODELACION	5,433.0
<b>TOTAL</b>				<b>40,000.0</b>

FUENTE: PROGRAMA ORIGINAL Y DEFINITIVO DE OBRA 1994, DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. ISSSTE.

U.M.F. = UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

C.H. = CLINICA HOSPITAL

H.G. = HOSPITAL GENERAL

C.E. = CLINICA DE ESPECIALIDADES

E.T.E.E. = ESTANCIA TEMPORAL PARA FAMILIARES DE ENFERMOS DE LOS ESTADOS

## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS.

Basurto, Jorge.

Del Avilacamachismo al Alemanismo (1940-1952).

México, Siglo XXI Editores, 1984.

291 pp.

( La Clase Obrera en la Historia de México ).

Carrillo Castro, Alejandro.

La Reforma Administrativa en México.

México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1978.

151 pp.

Narro Robles, José.

La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI.

México, Fondo de Cultura Económica, 1993.

158 pp.

( Una Visión de la Modernización de México ).

Reyna, José Luis y Trejo Delarbre, Raúl.

De Adolfo Ruiz Cortínez a Adolfo López Mateos.

México, Siglo XXI Editores, 1988.

188 pp.

( La Clase Obrera en la Historia de México ).

Ward, Peter.

Políticas de Bienestar Social en México, 1970 - 1989.

México, Ed. Nueva Imágen, 1989.

158 pp.

Waldo, Dwight.

La Función Administrativa, los Sistemas de Administración y otros Aspectos.

México, Edit. Trillas, 1967.

520 pp.

Weber, Max.

El Político y el Científico.

Madrid, Alianza Editorial, 1969.

233 pp.

( El Libro de Bolsillo ).

## **DOCUMENTOS.**

Aguilera Hintelholher, Rina.

Apuntes de Seminario de Segunda Opción. Metodología.

México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1994.

Anuario Estadístico.

México, 1989 (1313 pp.), 1990 (1346 pp.), 1991 (1411 pp.) y

1992 (1182 pp.)

I.S.S.S.T.E.

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

México, 1993.

INEGI. pp.105 - 118.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

México, 1994.

Editorial Alco, S.A. 151 pp.

Cuenta Pública.

México, 1989 (155 pp.), 1990 (86 pp.), 1991 (73 pp.) y 1992 (84 pp.).  
I.S.S.S.T.E.

Estatuto Orgánico del ISSSTE.

México, 6 de junio de 1988.  
Diario Oficial de la Federación. pp. 65 - 78.

Informe de Actividades 1993.

México, 1994.  
Subdirección General Médica. 156 pp.

V Informe de Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994.

México, 1993.  
Subdirección General Médica. 29 pp.

Ley de Adquisiciones y Obras Públicas.

México, 30 de diciembre de 1993.  
Diario Oficial de la Federación. pp. 5 - 32.

Ley de Pensiones Civiles.

México, 31 de diciembre de 1947.  
Diario Oficial de la Federación. pp. 1 - 12.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

México, 30 de diciembre de 1959.  
Diario Oficial de la Federación. pp. 41 - 55.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

México, 27 de diciembre de 1983.  
Diario Oficial de la Federación. pp. 1 - 29.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
de los Trabajadores del Estado.

México, 1993.

I.S.S.S.T.E., 160 pp.

Ley General de Pensiones Civiles de Retiro.

México, 19 de agosto de 1925.

Diario Oficial de la Federación. pp. 1025 - 1038.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Leyes y Códigos de México.

México, 1994.

Fondo de Cultura Económica. 1000 pp.

Los Constituyentes ante su Obra 1917.

México, 1985.

Senado de la República. 322 pp.

Lozoya Thalmann, Emilio.

Informe Anual.

México, 1989 (43 pp.). 1990 (52 pp.) y 1991 (55 pp.).

I.S.S.S.T.E.

Martínez Corbalá, Gonzalo.

Informe Anual de Actividades y Programa de Trabajo.

México, 1992 (128 pp.) y 1993 (136 pp.).

I.S.S.S.T.E.

México a través de los Informes Presidenciales. La Seguridad Social.

México. 1976.

Secretaría de la Presidencia. 215 pp.

Plan Nacional de Desarrollo, 1989 - 1994.

Poder Ejecutivo Federal.

México, 1989.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

XXI - 143 pp.

Programa Institucional, 1989 - 1994.

México, 1989.

I.S.S.S.T.E., 73 pp.

Programa Original y Definitivo de Obra 1994 de la Subdirección General

Médica.

México, 1994.

I.S.S.S.T.E., 15 pp.