

96



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

EL ESQUEMA DE MODERNIZACION ADOPTADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 1994-2000.

AVANCES DE SU IMPLEMENTACION

T E S I S I N 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 :
EDGAR RICARDO REYES TOLEDANO

ASESOR: LIC. SANTA DEL CARMEN GALVEZ CORTES



MEXICO, D. F.

290036

MARZO DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres: Prof. Luis Reyes Ortiz (q.e.p.d.) y Profa. Emilia Toledano Sánchez. Por haberme dado la vida y las bases que cimentaron mi desarrollo y mi formación.

A mi pareja María Graciela. Por darle sentido a mi existencia y enseñarme que la vida es una escuela de amor hecha de etapas sucesivas.

A mis hermanos: Rafael, Pablo Luis y Edilberto Maximino. Con mi especial cariño, de quienes he aprendido que solo hay dos legados duraderos en la vida; uno de ellos, raíces el otro, alas.

A mis tíos: Lic. Isauro Cervantes Cortés y Profa. Estela Reyes Ortiz. Por que sus consejos me han llevado ampliar mis horizontes.

A mi asesora Lic. Santa del Carmen Gálvez Cortés Por su compromiso con la educación universitaria.

Al Dr. Fernando Rocha Larráinzar. Como un sencillo reconocimiento a su mística de servicio al frente del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro social.

Al Dip. Francisco Javier López González. Por su amistad y apoyo que siempre me ha brindado.

Al grupo "Unidad Sindical" por su trabajo en la superación de nuestro sindicato. En lo particular a los Licenciados: Eduardo y Enrique Pérez Saucedo.

Al Dr. Armando Ovalle Zavala. Por su disponibilidad en compartir experiencias.

Al Dr. Enrique Daniells Barrera. Por nuestra sincera amistad.

A mi Organización Sindical, ejemplo del nuevo sindicalismo mexicano.

CONTENIDO

Página

PROEMIO	1
APARTADO 1.EL SUSTENTO HISTÓRICO DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	5
1.1. Solidaridad de la comunidad prehispánica	7
1.2. Dominación colonial y cristianización	7
1.3. Bases incipientes en la nación independiente	8
1.4. Tarea asumida por los gobiernos revolucionarios	10
APARTADO 2.LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL	14
2.1. Creación	15
2.2. Fundamentos legales	19
2.3. Misión y cobertura	22
2.4. Estructura orgánico-funcional	24
Órganos de gobierno	24
Órganos de administración	26
APARTADO 3.LA MODERNIZACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	30
3.1. Contexto	31
3.2. Antecedentes	33
3.3. Fundamentos	37
3.4. Acciones de modernización organizacional	38
3.4.1. La regionalización	38
3.4.2. La reorganización administrativa	40
3.4.3. El fortalecimiento financiero.	42
3.4.4. Administración de personal y de los recursos materiales.	42
3.4.5. El financiamiento.	43
3.4.6. La incorporación de la voz del usuario.	45
3.4.7. Acciones de modernización en la prestación de los servicios	46
A. En los servicios médicos	47
B. En los sistema de pensiones	49
C. En la protección contra accidentes	51
D. En los servicios sociales	52
E. En la calidad en los servicios	53
RESULTADOS	55
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	64

PROEMIO

El Estado moderno se erige sobre la base del consenso, por ello uno de sus cometidos es la aceptación social, esto implica que debe tender al equilibrio que sólo se logra procurando el bienestar general, es decir, donde la cobertura de acciones no privilegie a un sector o grupo en detrimento de otros. En este contexto emergen los esquemas de seguridad social como una instancia dirigida a la protección de la clase trabajadora inserta en el proceso productivo.

En México la acción estatal al respecto encarna en el Instituto Mexicano del Seguro Social, como una respuesta del gobierno a los reclamos de seguridad social expresados por la clase trabajadora, que por mucho tiempo careció de las condiciones mínimas para salvaguardar derechos elementales de vida y salud.

En efecto, desde su creación en 1943, el Instituto se ha erigido como una expresión de solidaridad social hacia los trabajadores mexicanos y sus familias; aunado a su papel redistribuidor del ingreso que lo sitúa como baluarte auténtico de la equidad e instrumento para privilegiar el desarrollo armónico del país encaminado al equilibrio y el progreso.

Para cumplir con su cometido, la institución tiene el deber de mantenerse en constante proceso de cambio, con el objeto de adaptarse a las transformaciones experimentadas por la sociedad y así estar en posibilidad de responder a las demandas que ésta le plantea, lo cual implica la superación de momentos difíciles, tales como los padecidos en la década de los ochentas, cuando la crisis económica que aún vive el país se refleja en el Instituto en el recrudescimiento de su descapitalización. Ante la crítica situación, en 1991 se inicia un nuevo proceso de modernización y a partir de 1994 se da un cambio más significativo consistente en la adecuación tanto de sus estructuras como de sus funciones, con el objeto de imprimir coherencia, dinamismo y transparencia en las actividades desarrolladas para consolidar su papel desempeñado en la política social del Estado.

Es precisamente el proceso de modernización aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social el objeto de estudio en la presente investigación, pues consideramos que desde la óptica del administrador público es importante analizar las acciones emprendidas, sean éstas adecuaciones, modificaciones, o supresiones, para determinar si realmente coadyuvan a elevar los niveles de eficiencia en la gestión. Además como trabajador de la institución, pude conocer en forma general e integral tanto su estructura y funcionamiento como su actual proceso modernizador.

En cuanto a la organización de este trabajo, para su exposición final consideramos conveniente dividirlo en tres apartados básicos y uno de resultados. El primero de ellos fue dedicado a realizar una recopilación del devenir de la seguridad social en México, desde la época prehispánica hasta el momento en que se convirtió en una tarea de Estado. Este panorama nos permitió entender su filosofía.

El segundo apartado representa un esfuerzo por conocer la institucionalización del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de entender sus fundamentos legales, su misión y cobertura, así como, su estructura orgánico funcional, dado que constituyen las bases sobre las que se deben trabajar cuando se aplica un proceso de modernización.

En el tercer apartado, realizamos un estudio exploratorio del proceso modernizador que al momento de cerrar esta investigación aún se estaba verificando en la Institución. Por su importancia para este trabajo, consideramos necesario seccionarlo cuatro partes, a saber:

- En la primera que denominamos contexto expusimos nuestro punto de vista del concepto modernización dentro de otro gran marco llamado reforma de Estado, que en nuestro país se dio con marcada tendencia hacia el redimensionamiento, a partir de 1982.
- En la segunda que titulamos antecedentes incluimos un resumen de las principales medidas administrativas tendentes a la modernización, que se tomaron a partir de 1982 en el Instituto Mexicano del Seguro Social y que tuvieron su punto más alto de importancia en 1995 cuando se formuló un diagnóstico institucional que fue el punto de partida para aplicar el programa de modernización, objeto de análisis de esta tesina.
- En la tercera denominada fundamentos, la dedicamos a revisar y exponer las bases administrativas y legales que sirvieron de marco para emprender en el IMSS la transformación gradual de sus estructuras, procesos y actitudes, con el fin de revitalizar sus esquemas de trabajo, simplificar los procedimientos, desconcentrar sus funciones y, acercarlo a la independencia financiera por ramo de aseguramiento.
- La cuarta parte, que es la más amplia, contiene un análisis pormenorizado de las principales acciones de modernización institucional emprendidas en el IMSS durante el período 1994-2000. Esta parte se presenta, a su vez, subdividida en siete incisos, que representan espacios donde se verificaron algunos resultados reales del proceso modernizador, convencionalmente los agrupamos en las materias de regionalización interna, reorganización administrativa, fortalecimiento financiero, administración de personal y de los recursos materiales, el financiamiento, la incorporación de la voz del usuario y las acciones de modernización en la prestación de los servicios. Cabe hacer notar que en este último inciso solo se revisan las principales medidas adoptadas en lo referente a los servicios médicos, los sistemas de pensiones, la protección contra accidentes, los servicios sociales y la calidad de los servicios materializada en los avances recientes del "Plan Integral de Calidad de los Servicios Médicos".

Nuestro documento lo terminamos con el apartado que llamamos "Resultados", no obstante que siempre estuvimos concientes de que nuestro tema central, objeto de estudio de esta tesina, no era un proceso acabado. A la luz de la información analizada, nos fue posible hacer un balance final, consideramos con validez práctica, ya que además de tener como base las vivencias que tenemos como trabajador con más de 18 años de servicio en la institución que analizamos, aportamos lo más relevante de lo que descubrimos durante nuestra investigación. Desde luego nuestras conclusiones y sugerencias tienen carácter preliminar, pues consideramos que el estudio del tema está por conocer sus mejores días, nosotros por principio, ponemos en la mesa de discusión este modesto producto que esperamos sea de utilidad para compañeros que se interesen en el tema.

APARTADO 1

EL SUSTENTO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

EL SUSTENTO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Para abordar el proceso de modernización aplicado por la Administración Pública¹ en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es necesario ubicar previamente el devenir histórico que la seguridad social experimenta para ser asumida como una tarea estatal, dado que ello marca los derroteros que guían la misión desempeñada, y por ende constituye la base sobre la cual se asienta su desarrollo futuro.

En la historia del ser humano siempre ha estado presente el interés por establecer mecanismos que les proporcionen seguridad para el futuro, garanticen su bienestar presente y reivindiquen sus anhelos de justicia "...en el caso de México, la política social ha sido un importante instrumento gubernamental cuyo objetivo es mejorar las condiciones económicas, sanitarias, sociales y culturales de la población. En la conformación mexicana del Estado nacional moderno la política social implantada representó uno de los puntales necesarios para su solidificación, lo cual fue una manera de cubrir espacios, tener presencia y dar respuesta a las demandas de grupos sociales organizados."²

En este contexto, la seguridad social constituye, conjuntamente con la asistencia social, el instrumento para llevar a cabo los objetivos de la política social pretendida para satisfacer las legítimas demandas y aspiraciones de la población. Su materialización en instituciones se ha destacado por los beneficios proporcionados a los trabajadores, a sus familias y a las empresas, garantizando "...el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo."³

Las transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales ocurridas en la sociedad mexicana presentan una dinámica de cambio; de ahí que la seguridad social, desde su inicio hasta la actualidad se ajuste y modifique de acuerdo con cada contexto específico. "En este marco la seguridad social mexicana rompe con los esquemas tradicionales de los seguros sociales y anticipa en la práctica lo que posteriormente vendrían a constituir los modelos conceptuales e ideológicos de la seguridad social integral."⁴

¹ "Es una consecuencia de la asociación, como lo es del espíritu de sociabilidad inherente a la especie humana, está, al menos en cuanto a su organización y a los efectos que de ella proceden, sometida lo mismo que a la sociedad a un modo de existir. "C. J. Bonin, "Principios de la administración", en *Revista Homenaje al Maestro Gabino Fraga*, p. 479.

² José Narro Robles y Javier Moctezuma Barragán. *La Seguridad social y el Estado moderno*, p. 78

³ IMSS, *Ley del Seguro Social*. p. 10

⁴ José Narro Robles y Javier Moctezuma Barragán. *Op.cit.*, p. 78

1.1. Solidaridad de la comunidad prehispánica.

La seguridad social no ha sido tarea fácil, pues podemos afirmar que los logros actuales constituyen el producto de esfuerzos evolutivos cuyos más remotos antecedentes se ubican en el México prehispánico, con los indicios de una política encaminada a la solidaridad social, cuando en el Calpulli hallamos la existencia de establecimientos benéficos, en los cuales un grupo poblacional joven se dedica a la atención de ancianos e impedidos que, a pesar de no contar con capacidad para prestar servicio a la comunidad, se les considera como parte integrante de la misma, por lo tanto sujeta de atención y respeto.

1.2. Dominación colonial y cristianización

Durante la época de la colonia ubicamos a la asistencia social dentro de las medidas de cristianización e hispanización practicadas por la iglesia, así como en la implementación de acciones de caridad dirigidas a comunidades indígenas, donde los misioneros se convierten en el centro de la vida de los pueblos conquistados, al actuar como rectores de las actividades colectivas y de las nuevas formas de cohesión social.

En efecto, debemos recordar que los "...franciscanos (1523), fundadores de la iglesia en nuestro país, y posteriormente los dominicos (1528), los agustinos (1533), los jesuitas (1572), los carmelitas (1585)..."⁵ trataron de demostrar la posibilidad de llevar a la práctica las propuestas de los utopistas del renacimiento, mediante la implementación de hospitales-pueblos que otorgaban una protección efectiva de los daños a la salud, acciones que en especial desarrolla Vasco de Quiroga en la zona michoacana.

Asimismo, en los pueblos indígenas se establecieron las llamadas cajas de comunidad, que constituyeron un fondo de ahorro destinado para atender los gastos generados por "... servicios religiosos... a la enseñanza, a la atención médica gratuita, a la protección de los ancianos y desvalidos y al fomento agrícola con la concesión de créditos."⁶

A pesar de las medidas antes señaladas, la colonización es un acto generador de grandes desigualdades en el pueblo mexicano, de tal forma que en el inicio del siglo XIX se gesta un movimiento independentista dirigido a terminar la dominación española ejercida sobre los criollos, en tanto que, para las castas y los indígenas es la liberación del yugo y la opresión a la que estaban sometidos.

⁵ Agustín Cue Canovas. *Historia social y económica de México 1521-1854*, p.156

⁶ Alberto Trueba Urbina. *Legislación de seguridad social en México*, p. 217

1.3. Bases incipientes en la nación independiente

Este movimiento de independencia que inicia con la proclama efectuada por el cura Miguel Hidalgo y Costilla, el 15 de septiembre de 1810, encuentra su sustento ideológico en el documento denominado Los Sentimientos de la Nación, elaborado por el cura José María Morelos y Pavón, pues en él se plasman los ideales que determinan la búsqueda de una nación socialmente justa, en la cual fueran moderadas tanto la pobreza como la riqueza. Este ideario se refrenda en la Constitución del 22 de octubre de 1814, que fue promulgada en Apatzingán y que postula lo siguiente con relación a nuestro tema de investigación: “...la felicidad del pueblo y de cada uno de los ciudadanos consiste en el goce de la igualdad, seguridad, libertad y propiedad... la seguridad de los ciudadanos consiste en la garantía social: ésta no puede existir sin que fije la ley los límites de los poderes ...”⁷

Una vez declarada la independencia, siendo presidente el General Guadalupe Victoria, se promulga la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, el 4 de octubre de 1824, en la cual se reconoce el pleno goce de los derechos de los hombres libres. El artículo 50, referente a las facultades del Congreso General, establece en su apartado XXIII la posibilidad de: “Crear o suprimir empleos públicos de la federación, señalar, aumentar o disminuir sus dotaciones, retiros y pensiones.”⁸

México al emerger como nación independiente tiene que afrontar la construcción de un nuevo modo de vida, sin embargo, la mayoría de los esfuerzos se dedican a consolidar su régimen político antes que a satisfacer las más elementales necesidades de la población, debido a que las pugnas entre optar por una república central o federal se dan entre los grupos de poder, lo que ocasiona que la cuestión de la asistencia social quede relegada.

Es hasta el 5 de febrero de 1857, (al promulgarse la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos siendo presidente el General Ignacio Comonfort) cuando se ubican por primera vez los postulados que van a constituir un esfuerzo importante para la seguridad social, instituye que: “se expedirán leyes para mejorar las condiciones de los mexicanos, premiando á [sic] los que se distinguen en cualquier ciencia ó [sic] arte, estimulando al trabajo y fundando colegios y escuelas prácticas de arte u oficios.”⁹

Cuatro años más tarde, el 2 de febrero de 1861, el Licenciado Benito Juárez García decreta la secularización de los hospitales y establecimientos de beneficencia instituyendo que “...el gobierno de la unión se encarga del cuidado, dirección y mantenimiento de dichos establecimientos en el Distrito Federal, arreglando su administración como le parezca conveniente”¹⁰, medida que si bien se encuentra fundada

⁷ Felipe Tena Ramírez. **Leyes fundamentales de México. 1808-1995**, p. 34

⁸ *Ibid.*, p. 175

⁹ *Ibid.*, pp. 607-611

¹⁰ *Ibid.*, p. 665

en la secularización del poder, impacta en la prestación de servicios a la población, a pesar de que la solidaridad social todavía no se contemplaba como una tarea de Estado.¹¹

Los gobiernos posteriores a Juárez no abordaron aspectos de política social, pues se preocuparon más por establecer la paz e iniciar el desarrollo industrial del país. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar que la seguridad social mexicana, cuenta con un gran aporte el 7 de mayo de 1904 cuando se vio beneficiada con la publicación en la Gaceta del Gobierno del Estado de México, de la Ley de Accidentes de Trabajo signada por don José Vicente Villada, gobernador del Estado de México, en donde se estableció que "...todo aquel que recibiera los servicios de un obrero, estaría obligado a indemnizarlo por los prejuicios que sufriera, cuando, por una verdadera desgracia, y sin culpa alguna de su parte, sea víctima; con motivo del trabajo al que se le consagra de algún accidente que traiga por lamentable consecuencia la muerte de dicho obrero, ó [sic] lesiones más o menos graves; que, impidiéndole continuar en sus cotidianas labores, le sumerjan, lo mismo que a su desventurada y no pocas veces numerosa familia, en todos los horrores de la más honda miseria."¹²

Ante la precaria situación que vivió la mayor parte del pueblo mexicano bajo la dictadura del General Porfirio Díaz, se lanza el Programa del Partido Liberal Mexicano, el 1° de julio de 1906 en la ciudad de San Luis Missouri, en el cual se plantean muchas de las aspiraciones sociales que serían la bandera del movimiento revolucionario de 1910. Los firmantes de este documento "...Ricardo y Enrique Flores Magón, Juan y Manuel Sarabia, Antonio Villareal, Rosalio Bustamante y Librado Rivera demandan en materia laboral, la instauración del salario mínimo; una jornada máxima de 8 horas y descanso dominical obligatorio; reglamentación de trabajo doméstico, a domicilio y a destajo; prohibición de trabajo a menores, penalización del retraso de pagos de jornales y de su liquidación en especie, e igualdad salarial entre trabajadores mexicanos y extranjeros. Adjuntamente se propuso obligar a los dueños de minas, fábricas, talleres, y demás empresas a mantener las mejores condiciones de higiene en sus propiedades y a guardar los lugares de peligro en un estado que preste seguridad a la vida de los operarios; al tiempo en que se plantea la necesidad de dar alojamiento higiénico a los trabajadores, cuando la naturaleza del trabajo de éstas exija que reciban albergue de dichos patronos ó [sic] propietarios, y a pagar indemnización por accidentes de trabajo."¹³

Los reclamos obedecieron a la crítica situación que vivió el pueblo mexicano, ello puede corroborarse con el censo nacional de 1910 que registra una población de 15 millones de habitantes, de los cuales más del 80% se catalogó como analfabeta y

¹¹ "Este sistema es organizado por el poder coordinado de la sociedad que es el Estado. Su fin: dar una dirección común y política a lo diverso de la sociedad, lo cual significa que no hay poder o poderío particular que sea superior a él. El reconocimiento y aceptación de un poder superior capaz de dar dirección a la sociedad erige al Estado en la organización política de la propia sociedad. Es precisamente el Estado moderno, el que nace como una conjugación de fuerzas encaminadas a dar orden y contenido a lo diverso y plural de la sociedad." Uvalle Berrones Ricardo. **Los nuevos derroteros de la vida estatal**, p.67

¹² Víctor Ruiz Naufal. **Constitución. Seguridad Social y Solidaridad**, pp. 11-12

¹³ *Ibid.*, pp. 12-13

sujeta a injusticias sociales y económicas manifestadas en crecientes disparidades con respecto al acceso de oportunidades laborales y distribución de la riqueza; se llega a tal punto que la insatisfacción popular expresa su intolerancia a la opresión (que padecía en especial el sector rural) mediante un levantamiento armado que buscó destituir la arraigada hegemonía oligárquica y conseguir oportunidades de acceso a niveles de vida desarrollados en los marcos de la igualdad y la justicia.

En efecto, la demanda original de la Revolución Mexicana es la de conformar una sociedad igualitaria, democrática, donde se logre la equidad que permita ampliar las oportunidades y las capacidades de superación de la población, que una vez satisfechas las carencias se dirija al desarrollo conjunto.

1.4. Tarea asumida por los gobiernos revolucionarios

Con el triunfo del movimiento armado, México confronta la difícil tarea de integrar un modelo de gobierno capaz de homogeneizar las políticas de desarrollo nacional, lo cual logra plasmas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, signada el 5 de febrero de 1917, por el encargado del Poder Ejecutivo de los Estados Unidos Mexicanos el jefe del Ejército Constituyente, General Venustiano Carranza. Dicho documento retoma los derechos individuales establecidos en 1857 y, además, genera las garantías sociales que protegen a las personas no como individuos, sino como miembros de una clase o grupo social determinados e impone obligaciones activas al Estado para intervenir en favor de estas clases o grupos.

Los derechos sociales constituyen la gran innovación de la norma fundamental en nuestro país, que en su artículo 123, fracción XXIX, establece que: "...se considera de utilidad pública el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular."¹⁴

De tal manera se reconoce la necesidad de establecer un sistema del seguro social, que resuelva razonablemente el problema de los riesgos sufridos por los trabajadores, además la necesidad de encontrar un sustituto del salario, cuando por razones de invalidez o de vejez, los trabajadores dejan de ser útiles para el servicio.

No obstante, durante los primeros 25 años de vigencia de la Constitución Política de 1917, no fue factible establecer un régimen del seguro social; sin embargo, es importante resaltar el especial aporte que recibe este rubro durante el régimen presidido por el General Álvaro Obregón, específicamente cuando el 2 de junio de 1921 se redacta "Un Proyecto de Ley para la Creación del Seguro Obrero". En dicho documento se declaró como necesidades impostergables las de elaborar leyes

¹⁴ Ángel Guillermo Ruiz Moreno. *Nuevo derecho de la seguridad social*. p. 62

funcionales y federalizar las normas laborales; el poner al cubierto de la indigencia a las clases que sólo disponían de su fuerza de trabajo; el reconocer al trabajador como creador de riqueza y el contribuir a aligerar las fricciones entre obreros y patrones. Dicho Proyecto comprendía las indemnizaciones por accidentes de trabajo, las jubilaciones por vejez de los trabajadores y los seguros de vida para los mismos. Por la inconformidad del sector patronal en contribuir para el mantenimiento de dicho seguro con el equivalente al diez por ciento de todos los pagos que hicieran en sus empresas por conceptos de trabajo, el proyecto no llega a ser discutido en el congreso...¹⁵; a pesar de que este proyecto no cristaliza, constituye un precedente para lo que años más adelante será la norma que da origen al actual Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, también durante el periodo presidencial encabezado por el General Plutarco Elías Calles, se elabora un Proyecto de Ley sobre Accidentes de Trabajo, en el que abiertamente se propone la creación de un Instituto Nacional del Seguro Social, el cual debería ser administrado por los patrones, los trabajadores y el Estado; de la misma época data la Ley de Pensiones y Retiro destinada a la protección de trabajadores al servicio del Estado.

Es conocido que estos proyectos no fructificaron debido al temor de una mayor injerencia del gobierno federal en los asuntos locales, pues es sabido que tanto los gobernadores como los diputados y senadores de los estados se opusieron a cualquier iniciativa de ley en materia de seguridad social que pretendiera regir en toda la República. En contraposición el movimiento obrero de México encabezado básicamente por la Confederación Regional Obrero Mexicana demandó el establecimiento de un verdadero régimen de seguro social basado en la fracción XXIX del artículo 123 Constitucional, entonces el 31 de agosto de 1929 el licenciado Emilio Portes Gil en su calidad de Presidente interino del país, expidió la ley por la cual se reformaron los artículos 73 y 123 Constitucionales, a fin de dejar perfectamente estipulada la facultad del Congreso Federal para expedir las leyes del trabajo, y la idea de considerar como materia de utilidad pública la expedición de una ley del seguro social.

Una vez allanado el camino, el 18 de agosto de 1931, siendo Presidente de la República el ingeniero Pascual Ortiz Rubio se promulgó la primera Ley Federal del Trabajo en México, en cuya exposición de motivos quedó asentado que el Gobierno Federal "... está consciente que no es posible establecer un sistema racional y equitativo de reparación de los riesgos profesionales, ...sino es por medio del seguro, ...considera la reglamentación de esta materia que se hace en el proyecto de Ley del Trabajo como meramente provisional, y desde luego emprende un estudio tan serio como el asunto lo requiere, a fin de proponer en breve el seguro obligatorio."¹⁶

¹⁵ Víctor Ruiz Naufal. *Op. cit.*, p. 56

¹⁶ *Ibid.*, p. 59

Con fundamento en la Ley Federal del Trabajo, el 27 de enero de 1932, se otorgan facultades al Ejecutivo Federal para promulgar la Ley del Seguro Social, sin embargo, debido a los acontecimientos políticos sucedidos en la vida de la República durante el período conocido como “El Maximato” (que precipita la renuncia del Presidente) no fue posible hacer uso de dicha facultad, por lo tanto queda suspendida su materialización. No obstante, una vez que el general Abelardo L. Rodríguez asume el poder en 1932, instala una comisión encargada de proyectar la Ley del Seguro Social, ésta elabora un anteproyecto que no llega a alcanzar el rango de ley.

Posteriormente, el general Lázaro Cárdenas del Río en el Plan Sexenal de Gobierno para el periodo 1934-1940, incluye la implantación del Seguro Social obligatorio aplicable a todos los trabajadores, fundado en “...tres principios esenciales tendientes a implementar al Seguro Social Obligatorio en forma tripartita, cubriendo todos los riesgos no considerados en la Ley Federal del Trabajo y habiéndose propuesto promover el crédito público para sustraer del interés privado a los seguros sociales.”¹⁷

El general Cárdenas le encomienda al licenciado Ignacio García Téllez la realización de estudios estadísticos con el fin de analizar los datos de mortalidad de la población y llevar a cabo una investigación actuarial para determinar los costos que implicaba para el Estado la prestación de servicios médicos involucrados con la implantación del seguro social obligatorio.

Como un apoyo a la política del general Lázaro Cárdenas del Río, durante la elaboración del Plan Sexenal 1940-1946 del Partido de la Revolución Mexicana, se estableció el compromiso de que durante el primer año de vigencia del nuevo sexenio se emitiría la Ley del Seguro Social para cubrir los riesgos profesionales y sociales más importantes, cuyo capital sería aportado por la clase patronal y el Estado, en cuya organización y administración debería intervenir la clase obrera organizada, sin embargo la emisión de dicha legislación tampoco llegó a concretarse. La concreción de los esfuerzos enunciados se dio durante el gobierno del general Manuel Ávila Camacho, ya que en su carácter de titular del Poder Ejecutivo, como primer paso transformó el entonces Departamento del Trabajo en la nueva Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Luego procedió a encomendar a su titular la tarea de elaborar un anteproyecto de ley de seguros sociales, hecho que dio lugar a que el 2 de julio de 1941, se creara una comisión técnica formada por cinco representantes del Estado, siete de las organizaciones obreras y siete de las agrupaciones patronales, con la misión de ejecutar el proyecto. Un año después, tras de intensos debates y arduos trabajos, el Ejecutivo de la Unión, presentaba al Congreso Federal, la iniciativa de Ley del Seguro Social, que como ya es sabido fue aprobada el 29 de diciembre del mismo año, para que posteriormente “...el 19 de enero de 1943, al entrar en vigor la Ley del Seguro Social, se iniciaría una nueva etapa para los trabajadores

¹⁷ Miguel García Cruz. *La seguridad social en México*, p. 70

mexicanos, una etapa que borraría muchos agobios mediante una creciente gama de prestaciones médicas, económicas y sociales.”¹⁸

Esta breve exposición histórica, intenta lograr una mirada retrospectiva sobre los antecedentes de la seguridad social mexicana, nos da cuenta, de que, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, hubo que esperar muchos años para hacerse realidad, enfrentándose, en el momento mismo y aún antes de nacer a descomunales embates. La implementación legal y obligatoria de los seguros sociales fue trascendental, pues se trataba de organizar a partir del Estado, un sistema permanente, estable y progresivo de bienestar social que habría de favorecer, en una primera etapa, a todos los mexicanos sujetos a una relación de trabajo, pero que estaba destinado a evitar que la miseria y marginación agotaran a grandes sectores de la población, tal y como lo describimos en el siguiente apartado, referente a la institucionalización del seguro social.

¹⁸ Víctor Ruiz Naufal. *Op. cit.*, P.60.

APARTADO 2

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

El estudio para la implantación de un proceso modernizador tiene dos requisitos: la ubicación y el análisis de la Institución en la cual se aplica. Estos elementos constituyen nuestro referente para detectar las desviaciones que en la práctica pudieran presentarse, en tal virtud, a continuación nos aplicaremos en situar la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sus fundamentos legales, su misión y cobertura, así como, la estructura orgánico-funcional con que opera en el período de análisis de nuestro ensayo

2.1 Creación

Una vez aprobada la Ley del Seguro Social, en diciembre de 1942, se inician los trabajos para dar vida al órgano de gobierno que materialice el mandato, en consecuencia la segunda quincena de marzo de 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que posteriormente se ratificará mediante decreto presidencial expedido el 1° de enero de 1944, con el cual se le otorga la organización y administración de cuatro ramas de seguros sociales: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada.

Desde su creación el IMSS, en su calidad de organismo público descentralizado, constituye un ejemplo clásico de la llamada descentralización administrativa por servicio, pues cuenta con las características de tener "...una personalidad jurídica propia distinta del gobierno central; [además] cuenta con órganos de gobierno internos, colegiados y representativos, los que toman decisiones autárquicas; tiene además un patrimonio propio, el que conforma y sostiene con la cualidad de organismo fiscal autónomo; ...tiene además una denominación propia y un domicilio, en su carácter de persona moral oficial y, tiene su propio y exclusivo régimen jurídico..."¹⁹

Es necesario mencionar que la creación institucional no fue una tarea fácil, pero fue aún más difícil su desempeño inicial, porque tuvo que enfrentar diversas reacciones; prueba de ello son las 73 demandas de amparo por inconstitucionalidad en el cobro de las cuotas presentadas por grupos empresariales y sindicales de la oposición. No obstante, las resoluciones judiciales resultaron favorables al Instituto, quien en su carácter de organismo autónomo asumió el cobro de las cuotas obrero-patronales y la prestación de servicios.

Si bien, el Instituto, gana de inicio la batalla legal por el cobro, la difícil situación económica que prevalecía determinó que durante el sexenio regido por el licenciado Miguel Alemán Valdés se estableciera "...en la ley una oportunidad para la subrogación

¹⁹ Ángel Guillermo Ruiz Moreno. *Op. cit.* 138.

de servicios en la rama de enfermedades generales y maternidad y de riesgos profesionales, mediante la reversión de una parte de las primas de estos seguros.²⁰

Más aún, el 31 de diciembre de 1956 siendo Presidente Constitucional el licenciado Adolfo Ruiz Cortines, se aplicó una primera reforma a la Ley con el objeto de mejorar la administración del IMSS al introducir variantes en la definición de los riesgos de trabajo y aumentar el número de grupos de cotización basado en las alzas efectuadas en los salarios; ello permitió a la institución acrecentar los ingresos y extender su cobertura a todos los estados de la federación.

Posteriormente, ante la necesidad de crear los instrumentos legales para ampliar el espectro de incorporación al régimen de ciertos grupos de trabajadores rurales y urbanos, el 21 de diciembre de 1959, el licenciado Adolfo López Mateos introdujo una serie de modificaciones con las que "...se plasmaron en los reglamentos el seguro social obligatorio de los trabajadores del campo, ... [y se completaron] el 7 de diciembre de 1963 [cuando] se incorpora al régimen del seguro social a los productores de la caña de azúcar y sus trabajadores."²¹

De igual forma, el 31 de diciembre de 1965, durante el régimen presidido por el licenciado Gustavo Díaz Ordaz se plasmó una modificación para permitir "...el amparo, por parte del seguro, a aquellos ejidatarios y pequeños propietarios que por sus escasos recursos, no pudieran cubrir altas cotizaciones ...y en 1969 se incorporó a los trabajadores mineros al régimen del seguro social."²²

En este contexto de cambios legales encaminados a la ampliación de la cobertura, el 1 de mayo de 1970 se expidió una nueva Ley Federal del Trabajo, la cual resultó trascendental para la vida del Instituto, ya que otorgó a los trabajadores, en general, algunos beneficios no contenidos en la ley anterior, pues si bien era cierto que los artículos 27 y 123 constitucional protegían a las clases campesinas y obreras, el desarrollo del país podía considerar los beneficios para todos los sectores de la población mexicana, ya que el verdadero progreso, según esta ley, consistía en que los resultados de la producción deberían ser aprovechados por la mayoría para mejorar de modo más general los niveles de vida.

La Ley que comento, contemplaba en su capítulo de "Riesgos de Trabajo" una reglamentación que se refiere a la cobertura de seguridad social, en donde se especificaba que "...las disposiciones relativas a la seguridad social tienen un carácter provisional y que, en el futuro, la ley del seguro social deberá extenderse a todos los trabajadores y a contener la totalidad de sus principios."²³

²⁰ Miguel García Cruz. *Op. cit.*, pp. 149-150.

²¹ Víctor Ruiz Naufal. *Op. cit.*, p. 112.

²² *Ibid.*, p.112.

²³ Baltasar Cavazos Flores. *Nueva Ley Federal de Trabajo Tematizada y Sistematizada*, p. 517

El 12 de marzo de 1973, siendo Presidente Constitucional el licenciado Luis Echeverría Álvarez, entró en vigor una Nueva Ley del Seguro Social, en ella se privilegiaba la solidaridad social como eje de la política gubernamental, para lo cual se introdujeron medidas tendentes a ampliar el "...número de beneficiarios del seguro social, al establecer el sistema de afiliación voluntaria, y al dar pie a la creación, dentro del instituto, del Programa Nacional de Solidaridad Social. Por medio de este recurso, se pudo llevar a cabo la incorporación al sistema los voceadores del Distrito Federal, y diversos grupos de henequeneros, tabacaleros, ixtleros y campesinos de las zonas temporaleras."²⁴

Por estas fechas, el Instituto dictó un acuerdo para otorgar por medio de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) atención médica, de primer nivel de salud, a los trabajadores del campo, para ello se aprovechan los espacios en los centros recolectores de granos localizados en las zonas temporaleras en donde se instalaron consultorios rurales provistos de un set mínimo de medicamentos y material de curación, así como el equipo de salud indispensable para dar la atención, formado por un médico de servicio social y un auxiliar del área médica.

Durante el sexenio presidido por el licenciado José López Portillo, lo relevante con respecto a la seguridad social se verificó el 17 de enero de 1977, con la creación de la "Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados" (COPLAMAR), como un instrumento que, según los deseos del presidente, buscaba dar solución a la marginación y la grave injusticia en la que vivía el país. Posteriormente, el 25 de mayo de 1979, el COMPLAMAR fue la base para instituir el "Sistema de Solidaridad Social y Cooperación Comunitaria identificado como IMSS-COPLAMAR, cuyo "...objetivo central consistió en ampliar la cobertura de los servicios de solidaridad social del Instituto ...consistente en la atención médica-hospitalaria, asistencia farmacéutica y promoción a la salud."²⁵ En ese mismo sexenio, el IMSS desarrolló importantes programas con recursos federales dedicados a la prevención y el mejoramiento social de los sectores más desprotegidos de la población.

Posteriormente, siendo presidente de la república el Licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, en 1983, en el sistema IMSS-COPLAMAR, el Instituto trató de establecer un "Modelo de Atención Integral a la Salud" sustentado en la atención primaria que contempló la plena participación ciudadana y la concertación intersectorial e interinstitucional con el fin de establecer "...protección a la salud para todos, equidad en el otorgamiento de servicios, tendencia hacia la seguridad social para toda la población y protección a ancianos y minusválidos."²⁶

Entre 1985 y 1988, para cumplir con la política gubernamental de descentralizar los servicios de salud, el Instituto se vio precisado a entregar a 14 Estados de la federación los servicios que operaba por encargo del gobierno federal bajo el

²⁴ Víctor Ruiz Naufal. *Op. cit.*, p. 199.

²⁵ *Ibid.*, pp.122-123.

²⁶ Raúl Ayala y Carlos Schaffer. *Perspectivas en Salud Pública. Salud y seguridad social*, p. 42.

esquema de IMSS-COPLAMAR, situación que implicó la transferencia de la responsabilidad de esa institución a los gobiernos estatales. Cabe recordar que el Instituto cedió la infraestructura física, entregó los inmuebles, pero no los recursos presupuestales.

En 1989, siendo Presidente de la República el Licenciado Carlos Salinas de Gortari, el programa IMSS-COPLAMAR se transformó en IMSS-SOLIDARIDAD, con la intención de construir un piso básico en salud, educación, vivienda y alimentación como estrategia de lucha contra la extrema pobreza del país. Como es aceptado, la intención se frustró debido, en gran parte, a la falta de recursos financieros suficientes, perdiéndose, de paso, la misión que se había desarrollado el programa IMSS-COPLAMAR en esas entidades. En este contexto y la luz de los resultados 1990-91, el Instituto detuvo la transferencia del programa IMSS-SOLIDARIDAD a los estados.

Cabe hacer notar, que en las entidades federativas en donde la institución mantuvo la rectoría del programa (básicamente los estados más pobres del país) fue posible propiciar la incorporación voluntaria de nuevos grupos de población, proyectar la acción del IMSS a la colectividad en lo referente a medicina preventiva y mantener, en los grandes grupos campesinos e indígenas, la prestación de asistencia sanitaria, nutricional, médica, farmacéutica, y hospitalaria por cooperación comunitaria.

No obstante los esfuerzos realizados, la población usuaria demandaba consolidar modelos de atención que ofrecieran una más amplia protección regional a los grupos marginados, como medio para materializar el principio insoslayable de alcanzar la universalidad de la cobertura. Para ello se exigía lograr plena coordinación en la tendencia modernizadora y, en su caso, de las posibles integraciones orgánicas o programáticas con otras instituciones del sector salud.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, se integró el Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública, marco dentro del cual en 1991, el Instituto estableció su estrategia de modernización. Aplicó una metodología propia para incorporar como base de sustentación el enfoque de la planeación estratégica y la calidad total, fundamentalmente en lo que concierne a los siguientes principios: todas las acciones de modernización son procesos de cambio altamente participativos, es necesario establecer las fuerzas y debilidades internas, así como las oportunidades y los peligros externos, el centro la atención se pone en la misión institucional y, los cambios se orientan en beneficio de los usuarios internos y externos en el cumplimiento de dicha misión.

Con el propósito de garantizar que el IMSS operará bajo estrictas condiciones de equilibrio financiero, redefinirle sus atribuciones fiscales, fortalecerlo como organismo fiscal autónomo, ampliarle la capacidad de protección y servicios a través de un programa de reorganización administrativa que permitiera incorporar una administración moderna y eficaz en todos los niveles, el 21 de diciembre de 1995

siendo Presidente de la República el doctor Ernesto Zedillo Ponce de León se aprobó la actual Ley del Seguro Social.

Después de este apretado resumen y con base en mis vivencias laborales, considero que en la historia institucional de las modernizaciones, encontramos cuatro modelos administrativos-funcionales que respondieron en su momento a circunstancias determinadas, a saber:

- El modelo extensivo (1943-1972), que tuvo como eje vector la extensión del régimen obligatorio del seguro social y la creación de la infraestructura necesaria para el crecimiento de los servicios.
- El modelo extensivo-solidario (1973-1982), con el cual continuo el proceso de ampliación de la cobertura, pues se introdujo el concepto de solidaridad a partir de considerar como permanente y ampliado el crecimiento económico del país, así como de plantear una propuesta de empleo creciente y sostener el papel del Estado como generador del subsidio. Estos dos modelos se encuentran inmersos en un Estado de bienestar social, paternalista, intervencionista, proporcionado por el desarrollo estabilizador que tiene nuestro país.
- El modelo extensivo-equilibrado-público (1983-1995), con el cual se mantienen los programas de solidaridad, pero a partir de un claro financiamiento público, buscando el equilibrio financiero en condiciones de crisis económicas. Modelo que enfrenta el inicio del desgaste de un Estado proteccionista, protagonista, que se caracteriza por adquirir una dinámica que desajusta los equilibrios institucionales con la sociedad, y
- El modelo extensivo-equilibrado-individual (1996-...), en el que, como el anterior, se busca un equilibrio financiero pero a partir de considerar nuevos elementos, como el financiamiento individual y los costos operativos de los ramos de aseguramiento. Este modelo se encuentra inmerso en un Estado gerencial, acorde con un país en plena globalización, como lo demuestra la existencia de tratados internacionales de libre comercio, y con una plena participación de la sociedad civil.

2.2. Fundamentos legales

El Seguro Social encuentra su fundamento legal en el Título Sexto de la Constitución, denominado "Del Trabajo y de la Previsión Social", que en su Artículo 123, apartado XXIX, inciso A, instituye que "...es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familias."²⁷

²⁷Rubén Delgado Moya. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. p. 283.

Derivado de este mandato constitucional se establece la actual Ley del Seguro Social promulgada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, la cual entró en vigor hasta el 30 de julio de 1997, desfase que se explica básicamente, por el establecimiento de un nuevo sistema de pensiones que se funda en el reconocimiento de la propiedad del trabajador sobre sus recursos previsionales, los cuales se acumularán en una cuenta individual operada por la administradora de fondos para el retiro elegida por el asegurado. Lo que implica que, para iniciar y desarrollar la transformación del sistema pensionario, es indispensable que los recursos de cada asegurado estén plenamente identificados, además de que se requiere la adopción de procesos más eficaces y seguros tanto en materia de administración como de informática, de tal manera que se otorgue certidumbre y transparencia al entero de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en la cuenta individual. Asimismo, es hasta el 23 de octubre de 1996, en que se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para la adopción y uso por la Administración Pública Federal de la Clave Única de Registro de Población. Clave que es empleada como elemento para identificar la cuenta individual del trabajador con un número definitivo en el nuevo sistema de pensiones.

Los 18 meses, que pasaron para la entrada en vigor de la nueva ley, permitieron que se vincularan las claves únicas con los registros de cobranza y las aportaciones que les correspondían, se hizo necesario éste periodo para realizar ajustes de normatividad a la "...Ley de los Sistemas de Ahorro -de las administradoras de los fondos de retiro-, de reformas y adiciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para regular las agrupaciones financieras de Instituciones de Crédito, del Mercado de valores y Federal de Protección al consumidor..., con la finalidad de que los términos y plazos señalados, sean armónicos con la nueva fecha de entrada en vigor de la nueva Ley..."²⁸

La actual Ley del Seguro Social sustenta la operación del Instituto Mexicano del Seguro Social como instrumento básico de la seguridad social con carácter de "...organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propio, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene el carácter de organismo fiscal autónomo..."²⁹

El Instituto cubre las contingencias y proporciona los servicios que a continuación se especifican, que es el propósito de cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por la nueva ley y sus reglamentos. Por lo que, para poder llevar a cabo sus actividades, la institución cuenta con una serie de reglamentos de organización que entre otras cosas:

- Imprimen coherencia a las gestiones de afiliación.
- Controlan el pago de cuotas al seguro social.

²⁸ Miguel Huerta Maldonado **La Ley del Seguro Social y sus Reformas**. Tomo 111. p. 57.

²⁹ *Ibid.*, p. 63

- Regulan el uso del recurso de inconformidad.
- Establece el seguro de salud para la familia.
- Continúa con la seguridad social para el campo.
- Regula la imposición de multas por infracción a las disposiciones de la ley del seguro social y sus reglamentos.
- Organiza y regula la prestación de los servicios médicos.
- Regula la prestación del servicio de guardería.
- Reglamenta el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el IMSS; Establece el seguro social obligatorio para los trabajadores de la construcción, obra o tiempo determinado.
- Clasificación a las empresas y determinación de la prima en el seguro de riesgos de trabajo.
- Regula la inscripción de patrones y trabajadores.
- Controla el funcionamiento de la Dirección General del Instituto, y
- Reglamenta la celebración de sesiones del Consejo Técnico.

Así mismo, en el IMSS se cuenta con instructivos para la dictaminación sobre el cumplimiento de las obligaciones que la Ley del Seguro Social y sus reglamentos imponen a los patrones y demás sujetos obligados, así como, un instructivo para el trámite y resolución de las quejas ante el IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, como parte integrante de la Administración Pública Paraestatal, sustenta su personalidad en el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que instituye como organismos descentralizados a las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión, o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten.

En efecto, la Ley de Entidades Paraestatales considera al Instituto como un organismo descentralizado no sectorizado, y establece que "...se seguirá rigiendo por sus leyes específicas en cuanto a las estructuras de sus órganos de gobierno y vigilancia, pero en cuanto a su funcionamiento, operación, desarrollo y control, en lo que no se oponga a aquellas leyes específicas se sujetaran a las disposiciones de la presente ley..."³⁰

Cabe mencionar, que esta institución sujeta su actuación a otras leyes federales, complementarias y supletorias, tales como: Ley Federal de Procedimiento Administrativo; Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, Ley de Planeación, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, etc. Esta multiplicidad repercute en la operación, ya que se produce un exceso de normatividad en la interna, la cual debe de estar siempre en concordancia y sujeta a los reglamentos de las diversas leyes.

³⁰"Ley Federal de las Entidades Paraestatales" en: **Legislación de la Administración Pública Federal**, p. 2.

2.3. Misión y cobertura

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como misión "...otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte. La protección se extiende no sólo a la salud, prerrequisito indispensable de toda actividad, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide, en forma temporal o permanente, que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva."³¹

La misión implica una decidida adopción de acciones en favor de la clase trabajadora y sus familiares, misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública, pues tiende a materializar en la realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables. Por la misma índole de su encargo, el instituto actúa como un mecanismo para redistribuir la riqueza, contribuyendo a la consecución de la justicia social; además de constituir un medio para amortiguar presiones sociales y políticas.

Actualmente la cobertura del Seguro Social involucra los regímenes obligatorio y voluntario. El primero queda cubierto con los seguros de riesgos de trabajo para protección contra los accidentes y enfermedades que puedan derivarse del ejercicio o con motivos de su trabajo. Brinda la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria y los servicios de rehabilitación, cubre un subsidio o una pensión temporal o definitiva mientras el trabajador esté incapacitado, así como, pensiones a sus beneficiarios en caso de fallecimiento por riesgos de trabajo. A partir de la ley aprobada en 1995, esta responsabilidad corre a cargo de la administradora del fondo de retiro, en donde cada trabajador tiene su cuenta individual.

Igualmente se contempla como obligatorio el seguro de enfermedades y maternidad que otorga asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria al asegurado y a sus familiares derechohabientes, así como, un subsidio en dinero en tanto dure su incapacidad para el trabajo; asimismo, se incluye el seguro de invalidez y vida no derivadas de riesgos de trabajo, mediante el otorgamiento de una pensión al trabajador asegurado o a sus familiares derechohabientes.

También involucra la obligatoriedad para el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, mediante una cuenta individual capitalizable, que está integrada con las aportaciones del asegurado, de los patrones y del gobierno federal, cuya administración de los recursos estará a cargo de la Administradora de Fondo para el Retiro (AFORE) que el trabajador haya contratado. Tiene la opción de elegir: una renta que se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al índice nacional de precios al consumidor o mantener el saldo de su cuenta individual para efectuar con cargo a éste, retiros programados. El otorgamiento de esta prestación requiere del cumplimiento de períodos de espera medidos en semanas de cotización

³¹ IMSS, *La visión y la misión del IMSS. La modernización de los servicios de salud en el IMSS*, p. 35.

reconocidas por el Instituto, conforme se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los ramos de aseguramiento amparados. Cabe mencionar que el derecho a la pensión se asocia al derecho de recibir asistencia médica, además de asignaciones familiares y ayuda asistencial.

Además, se incluye el seguro de guarderías otorgado a las trabajadoras aseguradas y al trabajador viudo o divorciado, que conserve la custodia de los hijos y no pueda proporcionarles los cuidados que requieren durante su jornada de trabajo. En cuanto a las prestaciones sociales, tienen como finalidad: fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, y contribuir a elevar los niveles de vida de la población a través de programas y servicios que se proporcionan a población abierta, con orientación en favor de núcleos de población que constituyen polos de marginación rural, suburbana y urbana, así como a los jubilados y pensionados.

Dentro del capítulo relativo al régimen voluntario se instituye el seguro médico familiar que cubre las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad a las familias de los asegurados que aceptan quedar protegidas mediante el pago anual anticipado de una cantidad equivalente al 22.4% del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, tiene una cobertura que incluye al asegurado, a su esposa ó concubina a los hijos menores de 16 años ó hasta 25 en caso de ser estudiante, así como, a los ascendientes que dependan económicamente del asegurado, quien puede incluso inscribir un familiar adicional mediante una cuota equivalente al 65% de monto de la cuota familiar.

Asimismo, mediante un convenio del Instituto, los trabajadores de industrias familiares, trabajadores independientes, domésticas, ejidatarios, colonos, comuneros, pequeños propietarios, pueden acceder a la seguridad social a través de la incorporación voluntaria al régimen obligatorio, o bien mediante el seguro de salud para la familia. Los indígenas, campesinos temporales de zonas de alta marginalidad y todas aquellas familias campesinas, cuya condición económica se ubique en pobreza extrema, tendrán acceso a las prestaciones de Solidaridad Social.

Las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, a través del Programa IMSS-Solidaridad, establecido en 17 entidades federativas y dirigido exclusivamente a los núcleos de población que constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana y, que el poder ejecutivo determine como sujetos de solidaridad social. Los mexicanos atendidos en el Programa, que cabe decir no pagan por el servicio, hacen una retribución al mismo mediante trabajo comunitario. Los servicios no representan una cobertura universal, ya que no todos los estados de la república lo contemplan y en donde existe, está localizado para determinados grupos de comunidades marginadas, lo que lleva a realizar esfuerzos de coordinación con otras instituciones, dependencias o programas externos a la institución, dependientes del Sistema Nacional de Salud, las cuales no siempre son oportunas o de calidad.

Además, dentro del régimen voluntario encontramos seguros adicionales en donde "...el Instituto podrá contratar seguros adicionales para satisfacer las prestaciones económicas pactadas en los contratos de ley ó en los contratos colectivos de trabajo que fueran superiores a las de la misma naturaleza que establece el régimen obligatorio del seguro social ...las prestaciones económicas a que se refiere corresponderán a los ramos de los seguros de trabajo, de invalidez y vida así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez ...la prima, cuota, periodo de pago y demás modalidades en la contratación de los seguros adicionales, serán convenidos por el instituto con base en las características de los riesgos y de las prestaciones protegidas."³²

2.4. Estructura orgánico funcional.

Si consideramos su personalidad de organismo descentralizado, el Instituto cuenta tanto con órganos de gobierno encargados de dictar las políticas y verificar su cumplimiento, como con aquellos que se aplican en la ejecución propiamente dicha, tal como podremos apreciar a continuación. (Anexo 1)

2.4.1. Órganos de gobierno.

Se encuentran instituidos y normados en el artículo 257 de la Ley del Seguro Social que determina la existencia de la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General, donde la primera encarna "...la Autoridad Suprema del Instituto, integrada de manera tripartita por treinta miembros, designados de la siguiente manera: Diez miembros por el Ejecutivo Federal, diez por las organizaciones patronales, e igual numero de miembros por las organizaciones de trabajadores, los que durarán en su cargo seis años y pueden ser reelectos ...entre sus facultades está discutir anualmente, para su aprobación ó modificación, el estado de ingresos ó gastos, el balance contable de la Institución, el programa de actividades y presupuesto para el año siguiente, el informe de la comisión de vigilancia, y el de las actividades presentadas por el Director General."³³

El Consejo Técnico resulta ser de vital importancia en la operación cotidiana de la Institución, pues por disposición expresa del artículo 263 de la Ley del Seguro Social es el representante legal y el administrador del IMSS, para lo cual se integra con "...12 miembros propietarios, 4 de ellos le corresponden a los representantes patronales; otros 4 a los representantes obreros; y los 4 restantes a los representantes del Estado, ...el Secretario de Salud y el Director General del IMSS, serán siempre consejeros del Estado, tocándole a este ultimo presidir el consejo técnico."³⁴

Este Consejo Técnico tiene como atribuciones "...decidir sobre las reservas y demás recursos del instituto ...vigilar y promover el equilibrio financiero de todos los ramos del

³² Miguel Hurta Maldonado. *Op. cit.*, p.132

³³ Ángel Guillermo Ruiz Moreno. *Op. cit.*, pp. 172-173

³⁴ *Ibid.*, p. 175.

aseguramiento comprendidos en esta ley ...resolver sobre las operaciones del instituto ...establecer y suprimir direcciones regionales, delegaciones, subdelegacionales y oficinas para cobros del instituto ...convocar a la Asamblea General ...expedir el reglamento de reversión de cuotas para los seguros ...conceder, rechazar y modificar las pensiones ...nombrar y remover al secretario general, a los directores, directores regionales, coordinadores generales, y coordinadores regionales, así como a los delegados ...aprobar las bases para la celebración de convenios ...establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones...celebración de convenios relativos al pago de cuotas ...dar a conocer al derechohabiente del régimen el disfrute de prestaciones médicas y económicas previstas en esta ley ...decidir sobre la aplicación de los recursos ...y las demás que señale esta ley y sus reglamentos.³⁵

La Comisión de Vigilancia es un órgano pluripersonal, integrado por seis miembros, que son designados por conducto de la Asamblea General, quien propone dos miembros propietarios por cada sector representativo, los cuales desempeñan funciones de comisionados durante seis años.

Las atribuciones de la Comisión de Vigilancia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 265 de la Ley del Seguro Social se dirigen a "...vigilar que las inversiones se hagan de acuerdo con las disposiciones de la Ley y sus reglamentos... practicar la auditoria de los balances contables y comprobar avalúos de los bienes materia de operación del instituto ...sugerir a la Asamblea General, al Consejo Técnico, y a la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro en su caso, las medidas que juzguen convenientes para mejorar el funcionamiento de los seguros que ampara ésta ley ...presentar a la Asamblea General un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico y citar a Asamblea General Extraordinaria."³⁶

Existe, asimismo, una Dirección General que es el órgano unipersonal de gobierno interno de más alta jerarquía en la institución, cargo que debe de recaer en un mexicano por nacimiento, que es designado por el presidente de la República y, cuyas atribuciones son: "...presidir las sesiones de la Asamblea General y del Consejo Técnico ...ejecutar los acuerdos del propio consejo ...representar al IMSS ...presentar anualmente al consejo el informe de actividades así como el de actividades de labores y los presupuestos de ingresos y egresos para el siguiente periodo ...presentar anualmente al Consejo Técnico el balance contable y el estado de ingresos y gastos ...presentar anualmente al Consejo Técnico el informe financiero y actuarial ...proponer la designación o destitución de los funcionarios mencionados en la fracción IX del artículo 264 ...nombrar y remover a funcionarios ...realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con los fines del instituto y las demás que señalen las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos."³⁷

En síntesis, la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General son los órganos superiores de gobierno del Instituto; los tres primeros se encuentran integrados en forma tripartita y sectorizada por

³⁵ Miguel Huerta Maldonado. *Op. cit.*, pp. 139 - 141

³⁶ *Ibid.*, pp. 141 -142

³⁷ *Ibid.*, pp. 142-143

representantes patronales, por trabajadores y del Ejecutivo Federal, que cumplen sus funciones colegiadamente y, sólo la Dirección General es órgano unipersonal.

2.4.2. Órganos de administración.

El 24 de enero de 1996 se expidió el actual Reglamento de Organización Interna del IMSS, fue modificado en 1998 para formalizar en el ámbito central una estructura administrativa acorde con los nuevos tiempos (Anexo 1) , se aprecia un órgano superior denominado Dirección General, a la cual se adscriben como áreas de apoyo: la Unidad de Control Técnico de Insumos, la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente, la Coordinación de Comunicación Social y la Coordinación del Programa IMSS-Solidaridad.

En línea directa de la Dirección General se encuentra la Secretaría General, cuyas atribuciones están dirigidas a la planeación, atención, tramitación y coordinación de acciones necesarias para atender los asuntos relativos a los cuatro órganos superiores de gobierno y, tiene la facultad expresa de suplir las ausencias del Director General.

En este esquema se contemplan cuatro niveles: el normativo, el regional, el delegacional y el operativo. En línea directa con la Dirección General se ubican siete órganos normativos en el ámbito central denominadas: Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, Dirección de Afiliación y Cobranza, Dirección de Finanzas y Sistemas, Dirección Administrativa, Dirección Jurídica y Dirección de Calidad y Desarrollo, todas ellas con atribuciones específicas y concretas en sus esferas de actividades que involucran desde la planeación, dirección, evaluación y control de acciones en todas las delegaciones del sistema, hasta lo relativo a la elaboración de presupuestos de sus áreas específicas, y determinación de directrices.

A la fecha de cierre de esta investigación, el IMSS cuenta con una estructura regional creada a partir de enero de 1995, cuando se toma la decisión de dividir al país en siete regiones, a cada una de las cuales se les dota de una Dirección Regional y un Consejo Consultivo Regional, este último como instancia máxima para la toma de decisiones en la propia región, cuyas sedes fueron ubicadas en donde ya se encontraban operando los centros médicos del IMSS. Estos órganos administrativos regionales son prácticamente de reciente creación, constituyen la respuesta, a un proceso tendiente a la desconcentración de la toma de decisiones de un modo gradual y ordenado, buscado que los problemas cotidianos, diferentes en cada región del país, se resolvieran en el mismo lugar que se generasen, además de terminar con el añejo problema detectado de que cada delegación del sistema que manejaba cierto concepto de autonomía, que orillaba a pensar que en cada Estado de la República había un Instituto diferente.

Recordamos que la creación de delegaciones en todas y cada una de las entidades federativas de la República, obedeció a la necesidad de extender ordenadamente el régimen de la seguridad social a todos los confines del país. Su implementación primaria se efectuó por principio de cuentas solamente en el Distrito Federal, pese a estar previsto como un servicio público nacional. Primero se formó el padrón inicial de patrones y se conformó el padrón de los asegurados de la capital de la República, posteriormente se fueron instrumentando los mecanismos necesarios para la extensión del régimen a otras entidades federativas, lo que se dio en forma paulatina y constante, hasta abarcar todo el territorio nacional. En la actualidad existe una delegación en cada estado de la federación, a excepción del Estado de México y de Veracruz en donde por su extensión se crearon dos en cada entidad y en el Distrito Federal cuatro.

Las delegaciones son las directamente responsables de la operación de los servicios institucionalizados en el ámbito de su competencia. "Como órganos desconcentrados establecen la coordinación necesaria entre sus diferentes áreas y proporcionarán a todas y cada una de las unidades operativas que las conforman, los presupuestos y recursos necesarios. Las Delegaciones se integran con las jefaturas de servicios y unidades administrativas que sean necesarias para su operación, manteniendo una estructura similar y análoga a la estructura central de organización interna del Instituto".³⁸

En una tercera línea jerárquica regional se ubican las subdelegaciones que constituyen los órganos administrativos de la delegación, en tal virtud sus atribuciones están dirigidas a "...ejercer dentro de la circunscripción territorial que expresamente señale el Reglamento de Organización Interna del IMSS, todas las relativas a la afiliación de patrones y trabajadores, la cobranza, la fiscalización, y otras análogas que determinen tanto la Ley, sus reglamentos y las que le confieran en forma expresa los órganos superiores del Instituto en el ámbito central".³⁹

Existen delegaciones metropolitanas y foráneas, cuyo criterio de clasificación contempla no sólo su ubicación geográfica sino la importancia económica de la zona en que se ubiquen, éstas llegar a ser tan importantes, administrativa y operativamente hablando, como la propia delegación de la cual dependen.

Las unidades operativas son los centros de trabajo donde se proporcionan los servicios que la institución ofrece, en donde se llevan a cabo los planes y programas institucionales concretando la esencia de la seguridad social. Abarcan una diversidad de instalaciones que proporcionan diferentes servicios. El Instituto cuenta con clínicas, hospitales, guarderías, tiendas, almacenes entre otras instalaciones.

Ante la imposibilidad, en el presente trabajo, de mencionar el funcionamiento de todos y cada uno de los diferentes servicios, acotamos nuestra descripción al sistema de servicios médicos. Este está organizado en tres niveles: "... el primer nivel

³⁸ Ángel Guillermo Ruiz Moreno. *Op. Cit.*, p. 192.

³⁹ *Ibid.* p. 196.

es el de medicina familiar, donde se ofrecen consulta externa y se debiera resolver hasta un 85% de los padecimientos de la población, por lo que presenta una problemática más delicada ya que es la puerta de entrada del paciente al resto del sistema. Las unidades de medicina familiar proporcionan servicios diurnos matutinos y vespertinos y donde cada derechohabiente sólo puede recibir consulta en el turno correspondiente, el eje del funcionamiento de la unidad es el médico familiar, que está responsabilizado de cuidar a una población de 2400 derechohabientes atendiendo enfermedades de menor grado de dificultad técnico-médica que requieren de diagnóstico y tratamiento poco complejo".⁴⁰ Las unidades de medicina familiar, también cuentan con módulos de prestaciones en dinero en donde se pagan incapacidades y pensiones.

En este nivel de atención es donde encontramos los mayores problemas que enfrenta la prestación de servicios médicos: largas filas de espera para recibir consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipo e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades.

El segundo nivel es el de los hospitales generales, los cuales pueden ser regionales, de zona o subzona dependiendo de su infraestructura, pero en todos "...se otorga atención de urgencias y tratamientos especializados en patologías de gran demanda y complejidad media, ...en donde el eje central de la atención es el médico internista, pediatra, gineco-obstetra y el cirujano, recayendo el trato de los pacientes principalmente en el personal de enfermería, ...en el se debiera resolver el 12% de los padecimientos de la población, para lo cual se apoya con auxiliares de diagnóstico y tratamiento más desarrollados, garantizando la atención de urgencias las 24 horas de los siete días de la semana".⁴¹

El tercer nivel es el de alta especialidad, en donde: "...se atienden padecimientos de baja frecuencia y elevada complejidad, la atención se otorga en los 10 centros médicos que existen, ...en donde se desarrolla tecnología médica de punta, investigación y docencia, así como el establecimiento de las directrices de atención para el resto del sistema; ...en ellos se debería resolver el 3% de la patología de la población, es decir aquellas que no se resolvieron en el segundo nivel".⁴²

De acuerdo con datos oficiales del Instituto, en el segundo y tercer nivel existe una mayor satisfacción del derechohabiente con relación al primer nivel de atención, los problemas que generan insatisfacción están directamente vinculados a la estructura administrativa del sistema. La casi nula capacidad de gestión de los directivos de los hospitales inhibe su propia experiencia administrativa y de mejoramiento de las condiciones de servicio.

⁴⁰ IMSS. Diagnóstico del IMSS. p.41

⁴¹ *Ibid.* pp. 46-47.

⁴² ----- pp.48

La mayoría de las quejas tiene su origen en los problemas relacionados con la entrega oportuna de medicamentos y otros insumos relacionados con el diagnóstico. Otro aspecto problemático es la saturación de las salas de consulta externa en las unidades de medicina familiar y en los servicios de urgencias en los hospitales. Finalmente, el retraso y el diferimiento de la consulta de especialidades y de intervenciones quirúrgicas constituye en frecuente motivo de queja que debe ser resuelta casi de inmediato, a riesgo de provocar problemas más graves.

Desde su fundación y hasta la fecha que abarca este modesto ensayo, el organismo descentralizado llamado Instituto Mexicano del Seguro Social, ha sido él valuarte y la vanguardia de la respuesta mexicana al anhelo de seguridad social que demanda la población. El camino no ha sido fácil pues se han tenido que sortear muchos obstáculos para abarcar a todos los trabajadores, uno de esos obstáculos, convertidos en retos y oportunidades ha sido el mantener al Instituto modernizado y acorde con el contexto en el que se encuentra inmerso. Parte de ese camino por y hacia la modernización es el hilo conductor en la redacción del siguiente apartado.

APARTADO 3.
LA MODERNIZACIÓN DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

LA MODERNIZACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

3.1. Contexto.

El Estado contemporáneo debe ser capaz de generar acciones para preservar la convivencia en los ámbitos de la justicia. En este contexto el desempeño de la administración pública, como aparato de servicios, constituye el centro neurálgico del quehacer estatal, pues ella se sitúa como el punto en el cual convergen los individuos para materializar el proceso de gobierno.

A partir de la década de los ochentas, "...particularmente el año de 1982, marca el inicio de una etapa en la cual, se manifiesta el declive de la efectividad administrativa. La etapa del Estado protagonista no da más de sí. El crecimiento estatal llega a su tope, ...imposible reanimar la vida nacional sin realizar cambios ...imposible que el Estado pueda gobernar cuando su crisis fiscal lo impide."⁴³

El excesivo intervencionismo del Estado en la vida social, económica, política, cultural de nuestro país, llevó a una excesiva centralización y burocratización, sin mejora de las condiciones de vida de la sociedad.

En este tiempo se llega al fin de una etapa del estado intervencionista (entre 1920-1982). Con el período presidencial de Miguel de la Madrid se rompen pautas tradicionales de mediación, concertación, gestoría, así como, la obtención de apoyos clientelares, ante la presencia de una ciudadanía participativa que se vuelca hacia organizaciones no gubernamentales. Una vez que el Estado reconoce que sus capacidades están siendo rebasadas por el devenir de la sociedad, tiene que dirigir sus esfuerzos hacia la adopción de medidas tendientes a su revitalización para situarse en su papel rector, En este contexto surge la reforma del Estado, cuyo punto central fue "...la revisión de los medios de gobierno, que permitan, el logro de la gobernabilidad democrática, la estabilidad institucional, el crecimiento económico y el cumplimiento de los objetivos del bienestar social, ...contribuye a asegurar el grado de comunidad política, la lealtad de los ciudadanos con el Estado, la suma de consensos, la eficacia para cumplir con metas colectivas, el logro de la legitimidad, y la eficacia para resolver los conflictos sociales y políticos."⁴⁴

La llamada reforma del Estado, en este período, conlleva a modificar el comportamiento de sus instituciones, las cuales constituían y constituyen sistemas vivientes que intercambian con la sociedad información, recursos y servicios a fin de obtener mayores niveles de consenso con la ciudadanía. Como consecuencia, en el aparato administrativo del gobierno se inicia un proceso de modernización, entendido

⁴³ Ricardo Uvalle Berrones. **La Actividad Económica del Estado Mexicano**, p 66.

⁴⁴ Ricardo Uvalle Berrones. **Las Transformaciones del Estado y la Administración Pública en la Sociedad Contemporánea**, p. 95.

éste "...como la adecuación y ajuste que hace el Estado para que el flujo de acciones predominantes de una sociedad [se logre] con la coherencia y organización necesaria."⁴⁵

Este proceso, implica que el aparato de servicios se modernice, esto es, que se ajuste su funcionamiento a premisas básicas, tales como el reconocimiento de la necesidad de eliminar todas aquellas condiciones anacrónicas, mantener los procesos que sean todavía funcionales y la incorporación de nuevos esquemas que faciliten las tareas; así como el establecimiento de modelos organizativos que sean capaces de lograr autorregulaciones y la profesionalización de la función pública que contribuya a mejorar los resultados de la acción del gobierno, revalore sus instituciones y la prestación de los servicios públicos.

La modernización del Gobierno implica acercarlo a la sociedad, ello se logra a través de un cambio en la forma de organizarse, pues se pasa de una estructura funcional a una estructura de procesos de la Administración Pública, en donde las expectativas, demandas, iniciativas y reclamos de la ciudadanía sean tomadas en cuenta. Esta debe ser la respuesta para reordenar la vida de la sociedad y del Estado, puesto que "...El cambio estructural es un medio para responder y ajustar una realidad nacional que lo demanda, ...es un cambio que llega al fondo de las estructuras y procesos para adaptar las instituciones de un sistema político que, como el mexicano opta por la renovación, por la modernidad, entendida ésta como la capacidad que tienen los Estados para insertarse en los procesos de cambio para institucionalizarlos con democracia, bienestar y gobernabilidad."⁴⁶

Además la modernización proporciona, a los grupos humanos que en ella intervienen, una oportunidad para asumir compromisos y conductas nuevas, con el fin de enfrentar los desafíos que presenta la sociedad, a través de la adopción del trabajo en equipo que garantice la mejora de las interrelaciones de los procesos, con el fin de poder satisfacer las necesidades de los usuarios, es un medio, "...una estrategia para inducir, institucionalizar y consolidar el cambio ...para crear, innovar, imaginar, modificar lo que se detiene o desvía."⁴⁷

De tal manera, podemos considerar que la modernización es el proceso de adaptación que tiene que llevar a cabo el Estado con base en lo que la sociedad necesita, ya que "El Estado moderno es aquel que conduce la estrategia nacional de desarrollo, crea las condiciones para un crecimiento sostenido y estable; eleva la eficiencia y fortalece las entidades públicas estratégicas y prioritarias; desincorpora entidades no fundamentales para ampliar su acción de las responsabilidades sociales."⁴⁸

Por último, es bueno recordar que es una percepción de los prácticos que han vivido este proceso modernizador en México, que su implementación ha implicado, entre otras cosas, una simplificación administrativa caracterizada por la compactación de estructuras, la incorporación de tecnología de punta (sistemas informáticos

⁴⁵ María del Carmen Pardo, *La modernización administrativa en México*. p. 11

⁴⁶ Ricardo Uvalle Berrones, *La actividad Económica del Estado Mexicano*. pp. 68-69.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 95.

⁴⁸ Carlos Salinas de Gortari, *Revista de Comercio Exterior*, Vol. 38, núm. 12, pp. 1137-1144

computacionales), la reducción de las plantillas de personal adscritas en los niveles directivos y el aumento del personal en las áreas operativas.

3.2. Antecedentes

A raíz de la crisis económica de 1982, que de manera persistente ha agobiado al país durante las últimas tres décadas, el Instituto Mexicano del Seguro Social inevitablemente se ha visto afectado, dado que sus ingresos dependen directamente del salario real y del nivel de empleo de sus asociados. Más aún, la recaudación de cuotas al estar ligada a los salarios y no al costo de los servicios, depende considerablemente de la evolución de éstos, por lo que en épocas en que los salarios no crecen en términos reales los ingresos de la institución disminuyen.

En efecto, de acuerdo a lo indicado en un documento coeditado por el IMSS y la Fundación Mexicana para la Salud, a partir de 1994 los gastos de operación del IMSS muestran "...un desequilibrio estructural en el Seguro de Enfermedad y Maternidad; debido a que la demanda de los servicios es cada vez mayor, a lo que se aúna el paulatino envejecimiento de la población y el incremento en la esperanza de vida que elevan los costos del sistema, haciendo más delicada la situación financiera; ...además que el sistema de financiamiento desincentiva el crecimiento del empleo y los salarios al imponer tasas de gravamen altas que se traducen en una inhibición del crecimiento de la cobertura; ...existe un sistema de trabajo que no fomenta activamente la superación del personal, lo que genera desmotivación, limitando la eficiencia de los servicios; ...el modelo de prestación de los servicios médicos no propicia una adecuada relación entre el médico y el paciente, lo cual limita la satisfacción del derechohabiente con la atención que recibe; ...el crecimiento centralizado de la institución, aunado a la escasa capacidad de gestión de las unidades médicas genera problemas de oportunidad en la prestación de servicios; ...en las unidades médicas las decisiones administrativas importantes no se toman en el lugar de los hechos; ...existe insatisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio, por los factores anteriormente descritos."⁴⁹

Al respecto, resulta ilustrativo mencionar que, hasta ese año de 1999, la cobertura del IMSS en el ámbito nacional, a través de su régimen obligatorio era de casi 45 millones de usuarios potenciales, en área de servicios médicos contaba con una infraestructura de 1748 unidades medicas, a las que concurrían diariamente más de 700 mil usuarios. Se proporcionaban 422 mil consultas médicas y se realizaban alrededor de 5492 cirugías. Los reportes oficiales de ese período recordaban que en los hospitales y clínicas nacían uno de cada tres mexicanos, ya que se atendían 1742 partos diarios.

En otro importante rubro de servicios que por Ley estaba y está obligado el IMSS a proporcionar, al cierre del año mencionado, contaba con 692 guarderías para atender a 82 870 niños; 140 centros de prestaciones sociales, cuatro centros vacacionales,

⁴⁹IMSS La visión y la misión del IMSS. La modernización de los servicios de salud en el IMSS. p. 158.

75 teatros, 149 tiendas, 25 centros deportivos, 15 velatorios y 133 oficinas subdelegacionales para la atención de la afiliación y cobranza. Además se proporcionaba atención a un millón 700 mil pensionados.

A finales de 1999 la institución atendía, además a 11 millones de beneficiarios por medio del programa IMSS-SOLIDARIDAD, el cual contaba con 3540 unidades médicas y 69 hospitales rurales.

Para proporcionar todos estos servicios, es conveniente anotar que al cierre del primer semestre de 1999, la plantilla laboral era de 353 mil 458 trabajadores, de los cuales 44 mil 743 eran de confianza, 268 mil 429 de base, 28 mil 269 se clasificaban como sustitutos, 3321 eran becados (fundamentalmente del área médica), 5 122 eran médicos residentes y 3 mil 574 caían dentro los considerados trabajadores temporales. Por lo tanto, la coordinación de todas las actividades implicaba una tarea difícil de realizar, ya que para ese entonces prevalecía un esquema de administración centralizado y a veces autoritario, en donde la toma de decisiones adoptadas desde el Distrito Federal dificultaba su operación en lugares lejanos. Lo anterior aunado a la escasa capacidad de gestión, acotada por la normativa vigente, de los centros de trabajo, generaba múltiples problemas en las unidades que tenían que ver con el usuario, trayendo como consecuencia la insatisfacción por la escasa calidad de los servicios recibidos.

Por otra parte la administración de la institución se había tornado ritualista y retardataria en los tramites, especialmente en la dotación de los insumos requeridos para la operación, lo que ocasionaba constantes fricciones entre los trabajadores y los derechohabientes, lo cual consecuentemente afectaba la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios, en particular en las unidades de medicina familiar que es donde se atiende a la mayoría de la población.

De tal manera en el marco de la Septuagésima Sexta Asamblea General del IMSS, celebrada el 25 de enero de 1995, el Presidente de la República Doctor Ernesto Zedillo Ponce de León, dio instrucciones al entonces Director Licenciado Genaro Borrego Estrada, para que se realizara un diagnóstico situacional de la institución.

Antes de describir los resultados del diagnóstico del IMSS, intentare destacar, para que nos sirva de referencia, la situación que guardaban los diferentes ramos de aseguramiento en 1995:

- La atención médica proporcionada por el seguro de enfermedad y maternidad presentaba el siguiente panorama "...desde su origen -en 1943- ha estado desfinanciado, ...los recursos han provenido de subsidios de los ramos de: Invalidez, Vejes, Cesantía y Muerte; y de Guarderías. Esto se debió originalmente a la inversión necesaria para iniciar su operación. Es decir, esta situación se dio por dos razones fundamentales: primero, existía una urgencia de establecer la infraestructura necesaria para los servicios médicos así como financiar el gasto corriente; y segundo,

el ramo IVCM contaba con importantes remanentes debido a que al inicio los pensionados eran pocos.⁵⁰

- El ramo de “Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM), destacaba que desde que empezó a funcionar “... en 1944 como un instrumento financiero capaz de garantizar niveles mínimos de bienestar a la clase trabajadora que, al momento en que, por razones de edad o invalidez se retirara de la vida laboral ...desde su inicio, sus reservas generadas fueron destinadas a construir el patrimonio inmobiliario del Instituto en lugar de construir un fondo que permitiese enfrentar obligaciones futuras ...[otro problema que enfrentó surgió paralelo a la inflación] de los años, setenta, ochenta y noventa, las pensiones, al no tener un mecanismo de indización, sufrieron un fuerte rezago que afectó considerablemente los ingresos reales de los pensionados ...el crecimiento de los pensionados es más dinámico al de los asegurados como resultado del cambio demográfico y el aumento en la esperanza de vida lo que compromete las finanzas del ramo ...de tal manera que en el Diagnóstico Institucional se establece que para el año 2002 los egresos del ramo serán mayores a sus ingresos y el problema se agudizara en el año 2004, fecha en que las reservas estarán agotadas.”⁵¹
- Por lo que se refería al “Sistema de Ahorro para el retiro SAR, complementario del IVCM” se decía que “...desde su creación ha enfrentado problemas administrativos tales como números de registros erróneos, lo cual incide en ineficiencias y retrasos el registro de cuentas individuales y problemas de fiscalización entre otros. Por otra parte, para el sistema bancario resulta poco atractivo manejar cuentas de trabajadores de bajos ingresos ya que les genera muy poca utilidad.”⁵²
- En lo referente al llamado “Seguro de Riesgos de Trabajo”, a la fecha del diagnóstico se indicaba que fue “...creado con la finalidad de salvaguardar al trabajador en el caso de que sufra algún accidente o enfermedad relacionado con el ejercicio de su trabajo, o aquel que pudiera ocurrir al trasladarse de su domicilio al centro de labores y viceversa ...está financiado por cuotas patronales, las cuales se determinan según la clase de riesgo a la que corresponda su ramo de actividad ...en este sistema, una empresa no puede cambiar la clase de riesgo en la que cotiza a menos que todas las empresas de su ramo lo hagan. ...El ramo enfrenta dos problemas estructurales: no existen incentivos a la modernización de las empresas y menos aún a invertir en la reducción del grado de riesgo por la vía de prevención, lo cual resulta inequitativo para las empresas que si lo hacen y existe un desequilibrio financiero generado principalmente por el notorio aumento de la esperanza de vida de los pensionados y los aumentos de las prestaciones no consideradas en el régimen inicial.”⁵³

⁵⁰ IMSS. Diagnóstico del IMSS. P.

⁵¹ *Ibid.* pp. 54-76

⁵² ----- p. 77.

⁵³ ----- pp.79-82.

- Otro importante rubro era el "Seguro de Guardería", el cual ofrecía "...una cobertura sumamente limitada -una de cada diez madres con derechos al servicio-, [y en cuanto al aspecto material] ...adolece de falta de instalaciones, a tal punto que sólo se atiende al 14% de la demanda, situación que limita la incorporación de la mujer en auténticas condiciones de igualdad al mercado laboral, al tiempo que priva a los hijos de una base sólida de cuidados y preparación futura ...[un punto más que habría que destacar es el referente a que] ...la cuota que corre a cargo del patrón, no ha sido aplicada en su totalidad al seguro de Guardería, sino que ésta ha sido empleada para cubrir los déficit de otros ramos de seguro, principalmente el de Enfermedad y Maternidad."⁵⁴
- Cabe mencionar finalmente, que las prestaciones sociales, no tenían aportaciones propias, siendo sus gastos absorbidos por el ramo de IVCM, lo que había representado una carga financiera, señalamos que los servicios que proporcionan no beneficiaban directamente a los derechohabientes ya que los servicios que eran y son abiertos para toda la población que lo solicita.

Para concluir nuestro apartado de antecedentes, cabe mencionar que en el diagnóstico ordenado por el Presidente del País, además de tomar en cuenta la problemática ya referida, se resaltó las debilidades financieras que para entonces constituían un verdadero lastre para la institución. Retomaremos como ejemplo solo una de ellas, a saber: el hecho de que la indexación de las cuotas estaba correlacionada a los salarios y no al costo de los servicios, lo cual aunado al crecimiento de esquemas para la prestación de servicios gratuitos, por ejemplo a todos los alumnos de educación superior, constituían una pesada carga, a tal punto que en diciembre de 1994 el déficit era del orden de \$ 954 millones de pesos.

A partir de que se presentó el diagnóstico situacional del Instituto, se constituyó una comisión tripartita para el fortalecimiento y modernización de la institución, integrada por representantes del gobierno federal y los sectores obrero y patronal, cuya conclusión generó el documento denominado "Propuesta de Alianza Obrero Empresarial para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social". Cabe hacer nota que en éste documento, "...los sectores productivos, beneficiarios y aportantes de la seguridad social propusieron llevar a cabo una reforma, que contempla los siguientes objetivos: fortalecer y sanear financieramente al IMSS para garantizar en el futuro su capacidad para brindar mayor protección, elevar la calidad de sus servicios, ampliar su cobertura y mejorar las prestaciones".⁵⁵

Por lo tanto las acciones emprendidas para lograr el fortalecimiento y la modernización del IMSS, que se concibieron desde 1995, se plasman, acordes con el documento citado, "...como una estrategia integral, capaz de sintetizar las demandas de los sectores productivos y de la población con tres vertientes fundamentales: una nueva ley que garantizara la viabilidad financiera de largo plazo del IMSS y sentara las bases para

⁵⁴ ----- pp.83-95.

⁵⁵ IMSS, *La Visión y la Misión del IMSS. La Modernización de los servicios de salud en el IMSS*, p.159.

ampliar su capacidad de protección y servicios; un amplio programa de reorganización administrativa que permitiera incorporar una administración moderna y eficaz en todos los niveles; y una tercera vertiente de modernización, cuyo objetivo radica en la elevación de la calidad de los múltiples servicios institucionales.⁵⁶

3.3. Fundamentos.

El IMSS adoptó, según se expresa en un documento interno de divulgación limitada, un proceso modernizador con el objeto de llevar a cabo una "...transformación gradual de sus estructuras, procesos y actitudes a efecto de lograr una revitalización de esquemas de trabajo, simplificación de procedimientos, desconcentración, autonomía de gestión, independencia financiera por ramo de aseguramiento, así como el establecimiento de nuevos mecanismos para el otorgamiento de los servicios y prestaciones valiéndose de los avances tecnológicos e informáticos que acrediten calidad y oportunidad en los servicios en una relación favorable de costo-beneficio."⁵⁷

El desafío que el IMSS enfrentaba condujo a la asimilación de los cambios de que fue objeto para prepararlo en el cumplimiento de su misión en el Siglo XXI, pues se consideró que la población trabajadora modificaría progresivamente su composición, preparación, demandas y necesidades. Los empresarios diversificarán actividades, modernizarán instalaciones e iniciarán procesos productivos especializados para lograr la competitividad internacional. De tal manera los ambientes laborales presentaran nuevas condiciones en donde la seguridad social jugará un papel central no sólo para garantizar con calidad los servicios de salud sino para hacer el mercado de trabajo funcional ante la modernización.

Por ello, los grandes objetivos que fundamentaban la modernización del IMSS se dirigían a evitar, en primer lugar, el colapso financiero de la institución, además de garantizar una mejor atención sin soslayar una mayor cobertura. En este proceso se buscaba mantener vigentes los principios de universalidad y solidaridad de la seguridad social, obtener mayores recursos fiscales y ampliar la capacidad de adaptación al cambio demográfico, epidemiológico y socioeconómico del país. También se quería trascender el ámbito de la protección para apoyar el crecimiento económico y la generación del empleo.

Para lograr éxito con el proceso de modernización emprendido en 1995, era necesario, según las autoridades que les toco tomar la decisión, adecuar los esquemas vigentes de organización y funcionamiento encaminándolos al establecimiento de un nuevo modelo de atención integral a la salud que diera respuesta a los problemas identificados en el diagnóstico, a las perspectivas de la nueva ley y a las necesidades y demandas de la población usuaria, por lo que en su

⁵⁶ *Ibid.*, p.159.

⁵⁷ Gilberto Jiménez Ovalle. "Estructura orgánica y proceso de desconcentración operativa del IMSS", en Versión estenográfica de apuntes personales,

planeación y ejecución se siguieron dos líneas de acción "... una de reorganización administrativa para hacer más eficiente la toma de decisiones y la solución de problemas que derivan en la desconcentración hacia las áreas médicas de gestión desconcentrada. [y otra para] „, crear y poner en operación programas básicos y generales de las coordinaciones de la dirección de prestaciones médicas que se enlazan con otros programas institucionales para resolver de fondo las insuficiencias que se presentan."⁵⁸

Ambos caminos coincidían en el propósito de hacer más eficientes los servicios de atención médica, para contribuir al fortalecimiento de la institución y así alcanzar la satisfacción y el reconocimiento de la sociedad por la calidad que otorgue el Instituto, de tal manera que el hecho de proporcionar atención integral a sus derechohabientes, propiciara una mayor satisfacción de los usuarios.

3.4. Acciones de modernización organizacional.

De manera formal, la modernización del Instituto se inició en el año de 1995, con una reestructuración orgánica tendiente, según documentos oficiales, a consolidar una autonomía de gestión en las áreas operativas (misma que como dijimos estaba acotada por la normativa vigente), a través de un proceso de regionalización administrativa que reagrupa recursos y funciones en siete direcciones regionales que coordinarán el trabajo de las 36 delegaciones existentes en ese año (actualmente son 37). También se dan opciones para el fortalecimiento financiero, por lo cual reestructuran los ramos de financiamiento y se incorpora la voz del usuario, además se emprenden acciones para modernizar la prestación de los servicios, se reforman los sistemas de pensiones, se busca una mejor protección contra accidentes, se reestructura el ramo de prestaciones sociales y se busca incorporar la cultura de calidad. Veamos a continuación algunas peculiaridades de este proceso modernizador.

3.4.1. La regionalización.

El 11 de enero de 1995, el Consejo Técnico del IMSS, dicta un acuerdo mediante el cual se crean siete direcciones regionales y siete consejos consultivos regionales (por recomendación de la consultoría Mc. Kensie) cuyas sedes se marcaron como sigue: dos en el Distrito Federal (las regiones Siglo XXI y la Raza), y cinco en la provincia (la Norte en Monterrey, la Occidente en Guadalajara, la Noroeste en Hermosillo, la Sur en Puebla y la Oriente en Mérida). El acuerdo en cuestión indicaba las competencias en el ámbito territorial donde actuarían como órganos jerárquicos de mando, las unidades administrativas de representación del Instituto que enlazarían a los órganos de gobierno de nivel central con las delegaciones. También se les facultaba para ejercer la vigilancia de correcta operación de las unidades ubicadas en su jurisdicción territorial, la aplicación de los lineamientos normativos, la

⁵⁸ IMSS. *Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud*. pp. 9-10.

evaluación de los resultados de los programas regionales y la resolución de los planteamientos de las delegaciones a su cargo.

Esta regionalización era un paso muy importante en la modernización del Instituto ya que, implicaba la desconcentración de facultades, funciones y responsabilidades, sin perder la conducción central estratégica; es decir se orientaba a que cada región y delegación contará con una administración propia que le permitiera actuar en función de sus requerimientos y posibilidades locales, de tal forma que ello impactara a la unidad prestadora de servicios.

Actualmente, las direcciones regionales tienen atribuciones para convocar y presidir las sesiones ordinarias o extraordinarias del Consejo Consultivo Regional, autorizar las actas y vetar los acuerdos de éste cuando no observen lo dispuestos en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y demás disposiciones legales. También ejercen autoridad directa sobre las delegaciones en su ámbito de influencia para asignarles el presupuesto de acuerdo a los objetivos y metas presentados y aprobados por órgano normativo respectivo, supervisar su funcionamiento y el acatamiento a la normatividad establecida, brindarles el apoyo necesario para dotarlas de insumos y, vigilar el estricto ejercicio presupuestal conforme con los lineamientos aprobados y demás establecidos en el artículo 272 de la Ley del Seguro Social.

Las direcciones regionales se zonificaron de la siguiente manera:

- Dirección Regional Siglo XXI con sede en el Distrito Federal, integra a las delegaciones N° 3 y 4 metropolitanas, Querétaro, Morelos, Guerrero y Chiapas (por una decisión de conveniencia política)
- Dirección Regional la Raza con sede en el Distrito Federal, abarca a las delegaciones N° 1 y 2 metropolitanas, Hidalgo, Estado de México Poniente y Estado de México Oriente.
- Dirección Regional Norte con sede en Monterrey, Nuevo León, abarca a las delegaciones: Coahuila, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas y Nuevo León.
- Dirección Regional Occidente con sede en Guadalajara, Jalisco, comprende a las delegaciones Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Michoacán, Jalisco y Nayarit. Dirección Regional de Noroeste con sede en Hermosillo, Son, abarca a las delegaciones Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa.
- Dirección Regional Sur con sede en Puebla, abarca los estados de Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala, Puebla y las delegaciones regionales Veracruz Norte y Veracruz Sur.
- Dirección Regional Oriente con sede en Mérida, Yucatán, que atiende las necesidades de las delegaciones Campeche, Quintana Roo y Yucatán (es la única región que cuenta con una identificación auténticamente regional, donde destacan los aspectos, étnicos, culturales, históricos y políticos.)

3.4.2. La reorganización administrativa.

La modernización, objeto de estudio de esta tesina, se basó en la aplicación de un esquema de planeación estratégica con el fin de llegar alcanzar la calidad total de los servicios. Oficialmente ha tenido varias etapas desde 1995 en donde se pretendió incidir en el personal para que integrara la cultura de la calidad en todos los actos institucionales.

Con base en, "...en el acuerdo 5/95 del 11 de enero de 1995, el Consejo Técnico crea la Comisión Ejecutiva para la Reorganización Administrativa con el objeto de establecer las políticas para que de forma gradual y ordenada se faculte a las regiones, delegaciones y unidades operativas para la toma de decisiones referentes a los problemas que se presentan en el área geográfica de su competencia ...dada la importancia que adquiere la comisión, en el mes de enero de 1997 cambia su nombre por el de Comisión Ejecutiva del IMSS, ampliando el alcance de sus funciones al encargársele la conducción estratégica del proceso de modernización y desconcentración institucional."⁵⁹

La reorganización administrativa implicaba la reducción del nivel central, tanto en lo físico como en lo funcional, para abocarse a la emisión de políticas y lineamientos normativos de aplicación general, a la asignación de recursos presupuestales, a la vigilancia de cumplimiento de los objetivos institucionales y a evaluación de los resultados de sus ámbitos de competencia con base en los indicadores de desempeño y metas fijadas a las regiones. También significaba que las direcciones regionales deberían supervisar el funcionamiento de las delegaciones en acatamiento a la normatividad establecida, asignar presupuestos, autorizar metas y programas y, brindar el apoyo para alcanzarlas. Por último las delegaciones quedaban directamente responsables de la operación de los servicios para lo cual deberían destinar a las unidades operativas de su jurisdicción territorial, los presupuestos y recursos necesarios para cumplir de manera eficiente con los programas de trabajo formulados.

Es importante señalar que dentro del proceso de modernización, la autonomía de gestión se concebía como un objetivo que debería ser logrado gradualmente, por ello, el IMSS adoptó un esquema llamado de desconcentración de la unidad operativa, dirigido a la definición de la autoridad y responsabilidad como medio para hacer eficiente la prestación de los servicios, agilizar y mejorar la solución de problemas, evitar el burocratismo y combatir los vicios de la operación.

En efecto, la desconcentración operativa aplicada en el Instituto se planteó como el elemento motor de la autogestión, la aplicación gradual de un proceso jurídico-administrativo que haría posible "...al titular de la institución delegar en sus funcionarios u órganos subalternos, la responsabilidad del ejercicio de una o varias funciones y transferir

⁵⁹ IMSS. Comisión Ejecutiva del IMSS. Informe Enero 1995- Agosto 2000. pp. 3-5.

los recursos presupuestales y apoyos administrativos necesarios; sin que el órgano desconcentrado pierda la relación de autoridad que lo supedita a un órgano central.”⁶⁰

Dentro de la vertiente de desconcentración de facultades y procesos operativos, pudimos constatar para efectos de nuestra investigación que, todos los esfuerzos fueron orientados para fortalecer la autonomía de gestión de las unidades prestadoras de servicios tuvieron el propósito de garantizar la continuidad y oportunidad en la atención médica y así responder en forma más rápida a la demanda de servicios en cada nivel operativo.

Con el propósito de apoyar la autonomía de gestión y en el desarrollo de programas operativos, así como acercar los servicios administrativos a las unidades operativas médicas y no médicas, en el mes de febrero de 1996 se establecieron 293 unidades de apoyo a la operación, las cuales fueron el resultado de una reestructuración aplicada básicamente en las subdelegaciones donde existían recursos humanos cuyas funciones no se encontraban definidas, esto permitió, según informes de las autoridades directivas del IMSS, integrar personal calificado a los hospitales y unidades de medicina familiar, a los centros de seguridad social, y las guarderías, entre otros centros de trabajo, sin que las plantillas generales del Instituto crecieran en forma desmesurada, antes bien, con racionalidad administrativa.

Con base en la reorganización administrativa, las dependencias normativas, ubicadas en el nivel central, se vieron obligadas a emitir las herramientas técnicas necesarias para facilitar el logro de los objetivos del Instituto, por lo que en el mes de julio de 1996, se estableció un programa de actualización normativa, orientado a la simplificación de procesos, la satisfacción de los requerimientos y necesidades de los usuarios, el fortalecimiento de la autonomía de gestión, la elevación de la eficiencia y calidad de los servicios, el uso óptimo de los recursos asignados, la de identificar oportunidades de innovación que repercutan en reducción de costos y mejora de servicios.

Este esquema de desconcentración operativa para alcanzar la autonomía de gestión, iniciado desde 1997, se da en los hospitales generales de zona, cuando asumen las funciones administrativas y de apoyo que estaban bajo responsabilidad de las subdelegaciones foráneas o de las sedes delegacionales. Éstos hospitales se constituyeron, siempre de acuerdo a informes oficiales, en ejemplo de modelo de autogestión al apoyar funcional y administrativamente a las unidades de medicina familiar de su zona. Con este esquema las subdelegaciones quedaron con funciones operativas de servicios sustantivos no médicos.

La autonomía de gestión con respecto a los servicios generales en las unidades operativas involucra el control y lavado de ropa hospitalaria, los servicios de transporte, telecomunicaciones, archivo, correspondencia, fotocopiado y

⁶⁰ *Ibid.*, p.105

reproducciones gráficas. También implica el control de la seguridad, la relación con los servicios municipales y, en su caso, la aplicación de procesos para la enajenación de los bienes de la unidad.

3.4.3. El fortalecimiento financiero.

Derivado de la LXXXIII asamblea General del IMSS, celebrada en octubre de 1998 se aprobó el denominado "Programa de Fortalecimiento Financiero", que tuvo como elementos centrales el monitoreo del comportamiento de sus egresos, para ello se dispuso supervisar la trayectoria de los diferentes renglones de gasto y se introdujeron previsiones sobre comportamientos futuros. De igual forma se elaboró un modelo para evaluar el desempeño de las finanzas de la institución.

Al amparo de este "Programa de Fortalecimiento Financiero", a la Contraloría Interna se le dio autonomía en los procesos de verificación de facturas para pagos, el trámite de reembolso y pago a proveedores, el pago de fondo fijo a unidades de medicina Familiar, el control del fondo fijo propio, el control de egresos y, la contención de costos.

A la Tesorería de la institución se le facultó para la aplicación de procedimientos en la dotación sistemática de efectivo, manejar el enlace con los sistemas de pago y control en las delegaciones, manejar la integración del programa de pagos, revisar la ejecución de los pagos derivados de obligaciones institucionales, así como la expedición de cheques, la actualización del catálogo de firmas autorizadas para expedición de documentos para pago y, la vigilancia y el control de la disponibilidad bancaria de conformidad con la asignación del techo financiero asignado.

3.4.4. Administración de personal y de los recursos materiales.

En esta materia, con el programa de modernización, a las unidades operativas se les faculta para que, mediante el aprovechamiento de la informática en la aplicación del sistema institucional de atención al personal (SIAP), puedan ejercer el control de incidencias del sistema de asistencia, la puntualidad y la sustitución de personal de la propia unidad. También se les responsabiliza para apoyar en este rubro a las unidades de medicina familiar, llevar el control y ejercicio del presupuesto para la dotación de recursos humanos incluyendo la contratación de sustitutos, otorgar las prestaciones contractuales y servicios al personal, considerando las acciones para la capacitación y adiestramiento.

Dentro de esta misma línea, en el mes de junio de 1999 se estableció oficialmente el llamado "Sistema de Abasto Institucional (SAI)", dirigido al funcionamiento desconcentrado de los almacenes de unidades médicas, a las que se les encargó el

control del material de curación y diversos. Se dejaba a los módulos de farmacias la responsabilidad del manejo de los medicamentos.

De acuerdo a datos oficiales, que no pudimos comprobar en la realidad, con este sistema, instrumento básico de la modernización del Instituto, se debería materializar el proceso desconcentrador de las adquisiciones, el suministro y el ejercicio del control presupuestal. Las anteriores funciones se tendrían que ejecutar a través del SAI, de manera autónoma en las unidades operativas, incluyendo las relativas a los procesos de control de almacén, la dotación continua de artículos de consumo terapéuticos a las unidades con autonomía de gestión, el control de la farmacia, la dotación periódica de consumo no terapéutico, el abastecimiento de bienes de consumo terapéuticos y no terapéuticos a las unidades de gestión desconcentrada y, la consolidación anual de bienes de consumo, así como el trámite de autorización, la distribución de dotaciones y, las compras autorizadas y emergentes.

3.4.5. El financiamiento.

Para cumplir con la misión del Instituto, en la Ley del Seguro Social vigente desde 1996 se reestructuraron los ramos de aseguramiento para conferir el soporte financiero a la prestación de servicios. Quedaron establecidos cinco ramos de aseguramiento que se nutren de aportaciones tripartitas integradas por, cuotas de los trabajadores, de los patrones y del Estado.

Los cinco ramos de aseguramiento vigentes son los siguientes a) Riesgos de trabajo, b) Enfermedad y maternidad, c) Invalidez y vida, d) Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, e) Guardería y prestaciones sociales. Todos ellos con esquemas de financiamiento propios atendiendo a las particularidades, Ver ANEXO 2.

Otra medida importante de modernización, fue que a partir de 1999, se estableció un programa de recuperación de los gastos erogados en la prestación de los servicios de enfermedad y maternidad a los pacientes no derechohabientes, a través de un sistema de clasificación de pacientes denominado "Grupos Relacionados con el Diagnóstico" (GRDs). Con los GRDs el Instituto buscó evitar la descapitalización generada por la prestación de servicios sin remuneración. Cabe aclarar que esta técnica de la economía de la salud, basado en la Teoría General de Sistemas, se está desarrollando y su aplicación es reciente, no obstante lo cual, según informes oficiales, ya se ha podido validar su utilidad en el estudio de los procesos hospitalarios. La aplicación de la técnica tiene como eje central al hospital, la cama censable y al paciente, "...ya que registra todas las etapas de la atención hospitalaria de un paciente, desde su ingreso hasta el momento de su alta, permite identificar a los actores y elementos que intervienen en el proceso de la atención e inclusive los apoyos directos e indirectos necesarios, considerando todos los niveles en forma integral."⁶¹

⁶¹ IMSS. Método Costos GRDs. p.2.

Como parte del fortalecimiento financiero, podemos ubicar la disposición contenida en la Ley del Seguro Social en su artículo 89, fracción III, que a la letra dice: "...el Instituto podrá celebrar convenios con quienes tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratara de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza de la cuantía de los servicios relativos"⁸². Con esta base se abrió la posibilidad para que los patrones contratase o establecieran servicios médicos privados mediante la figura de la subrogación a cambio de la reversión de cuotas.

Dada la persistente crisis financiera que sufría el país, el IMSS, tenía la necesidad de recurrir al financiamiento de organismos internacionales para lograr un mayor financiamiento y evitar un colapso que repercutiera en el grueso de sus derechohabientes. Entre los financiamientos logrados, destaca uno otorgado, en 1998, por Banco Mundial, que en su calidad de agente promotor del desarrollo económico y social apoya con la asistencia técnica y prestamos monetarios sustentables y los cambios estructurales, como los que se planteo el Instituto.

Específicamente, en de enero de 1998, la institución obtuvo un préstamo de 700 millones de dólares, teniendo como prestatario al Banco Nacional de Obras y Servicios (Banobras), a pagar en 15 años con tres años de gracia a una tasa de interés fijo, estos recursos financieros estaban destinados a servir de soporte para apoyar las políticas institucionales de seguridad social en razón de su proyecto modernizador a través de proyectos de asistencia técnica para el área médica, que contemplaba entre otros:

- El "Programa de Fortalecimiento Gerencial de los Servicios de Salud, cuyo objetivo era el diseñar, implantar y evaluar un programa de fortalecimiento gerencial a través de capacitación dirigida a personal de mandos medios y superiores en las áreas médica, financiera y administrativa para fortalecer la desconcentración de facultades a fin de alcanzar la autonomía de gestión, elevar la capacidad resolutive, aumentar la eficiencia y elevar la calidad de la atención.
- [El Programa de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGDs) con el objeto de] ...diseñar e implantar los componentes básicos para la consolidación y fortalecimiento de las AMGDs, a fin de impulsar la desconcentración de facultades para alcanzar la autonomía de gestión, aumentar la capacidad resolutive, mejorar la eficiencia y elevar la calidad de la atención de los servicios de salud.
- [El Programa de Evaluación Tecnológica, cuyo objetivo inicial fue establecer] ...los instrumentos fundamentales y las bases de organización para sustentar el proceso de evaluación tecnológica de equipo e instrumental médico quirúrgico, que contribuya a racionalizar el proceso de planeación y control del ciclo de equipamiento.
- [El Programa para el Fondo de Desarrollo Innovativo, que estableció los instrumentos fundamentales y funcionales para] ...sustentar un proceso de equipamiento médico soportado en políticas de largo plazo, mecanismos de ahorro y modelos orientadores de inversión en las unidades de atención médica.

⁸² IMSS. Ley del Seguro Social, p.96.

- [El Programa de Incentivos al Desempeño, por medio del cual se pretendió diseñar el “Sistema de Incentivos al Desempeño para la Atención a la Salud (SINDAS),] ...a fin de introducir estímulos económicos para las diferentes instancias y actores, con el fin de mejorar la calidad de la atención, aumentar la efectividad y la eficiencia de los procesos y elevar las percepciones del personal que presta una practica laboral destacada.
- [El Programa para la Prestación Indirecta de Servicios Parciales, con el que se buscaba] ...elaborar el marco regulatorio para la prestación indirecta de los servicios de salud parciales al IMSS y reglamentar la subrogación parcial de los servicios.
- [El Programa de Medicina de Familia, con el que se diseñaría e implantaría el “Nuevo Modelo de Medicina de Familia” , con cuya consolidación y fortalecimiento se pretendía] ...elevar la capacidad resolutive de las unidades operativas y mejorar la eficiencia y calidad de la atención.
- [Finalmente, el Programa de Calidad Técnica de la Atención Médica, destinado a diseñar e implantar] “...los instrumentos fundamentales para garantizar la calidad de la atención médica en los procedimientos que se desarrollan en las diferentes unidades del IMSS a través de la formulación de Guías Diagnósticas Terapéuticas-.”⁶³

Específicamente, se decía en fuentes oficiales “...el préstamo financiara el diseño y la implementación de políticas mayores que pretenden: Mejorar el manejo financiero de la Institución para asegurar la transparencia financiera, introduciendo nuevos mecanismos financieros y limitando el impacto fiscal de la reforma; ...fortalecer el marco institucional y regulatorio para extender la cobertura de los trabajadores independientes y los del sector informal, en donde los derechos de los derechohabientes se hagan presentes; ...y mejorar la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios, apoyando la descentralización de la toma de decisiones, reestructurando la red de servicios en un sistema basado en la población usuaria y la introducción de incentivos para los proveedores basados en su desempeño.”⁶⁴

3.4.6. Incorporación de la voz del usuario

Con el objeto de revitalizar la gestión del IMSS para erradicar las prácticas rutinarias incidentes que dan origen a la insatisfacción de los usuarios con el modelo de atención, se adoptaron acciones dirigidas a incorporar la voz del usuario en la definición y posibles esquemas de solución a los problemas confrontados en la prestación de los servicios, tales como la posibilidad de los derechohabientes para escoger al médico que se encargue de darle atención a su núcleo familiar. Con esta solución “...El paciente tiene derecho a conocer la evolución de su padecimiento y a solicitar la revisión de su caso, por un grupo de médicos cuando su padecimiento no evolucione satisfactoriamente. El paciente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen diagnóstico o terapéutico y a oponerse a participar en estudios de investigación o enseñanza medica.”⁶⁵

⁶³ IMSS. **Proyectos de Asistencia Técnica para la Modernización de los Servicios Médicos del IMSS**. Sin Numeración.

⁶⁴ Comisión de Seguridad Social, de la Cámara de Diputados, LVII legislatura. **Sumario del proyecto del Préstamo, traducción de la Presidencia de la Comisión**, pp. 1 y 26.

⁶⁵ IMSS. **Modelo institucional de atención integral a la salud**, pp. 84-85.

Tal y como se aprecia en el anexo respectivo, al cierre de esta investigación, el Instituto contaba con una Coordinación General de Atención y Orientación al derechohabiente (funciona como instrumento gestor y sensor), cuya misión consiste en asegurar la satisfacción de derechohabientes, patrones y población abierta, en el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones. Proporciona acciones de atención, orientación y gestión con el fin de auxiliar a los usuarios externos para subsanar problemas referidos a la obtención de los servicios, para atender sus quejas y considerar sus observaciones.

Se dice en un documento oficial, "Es una área sensora de voz y satisfacción del usuario, ...es el primer recurso que tienen los usuarios para hacer uso de los servicios y el último cuando los demás procesos fallan, ...obtiene la opinión de los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos, ...retroinforma a las áreas normativas y operativas sobre la opinión de éstos para que se realicen acciones de mejora o rediseño de los procesos, ...es el órgano responsable de medir la calidad de los servicios captando la voz del usuario y coadyuvando en el reconocimiento de los esfuerzos exitosos a favor de la satisfacción del derechohabiente ...recibe las quejas verbales y escritas como un indicador de insatisfacción y reporta las desviaciones de mayor relevancia al Comité de Administración del Área Médica de Gestión Desconcentrada para la toma de decisiones llevando a cabo el seguimiento de las mismas como oportunidad de mejora."⁶⁶

En efecto, con el fin de atender las inconformidades de los derechohabientes se colocaron buzones de sugerencias y quejas con el propósito de resolver en forma oportuna sus inquietudes, escuchar sus planteamientos para que éstos se canalicen y se resuelvan a la brevedad, y las controversias presentadas en la atención médica son turnadas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para que con justicia e imparcialidad, se solucionen bajo los procedimientos legales pertinentes.

Además, los módulos de orientación y atención, informan a los usuarios sobre los trámites administrativos, ubicación, horarios de atención etc., que prestan los diversos servicios tanto de la unidad operativa en donde se encuentran como de alguna otra.

3.4.7. Acciones de modernización en la prestación de servicios

Para el análisis de las acciones de modernización en la prestación de los servicios lleve a cabo una delimitación que me condujo a la definición de aquellos que constituyen la esencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, como son los servicios médicos, el sistema de pensiones, la protección contra accidentes, la prestación de servicios sociales y el plan integral de calidad 1999-2000. A continuación se verán cada uno de los apartados mencionados.

⁶⁶ IMSS. Los Servicios de Atención y Orientación al Derechohabiente. pp. 3-11.

A. En los servicios médicos

Dentro del esquema de modernización analizado se apreció el rediseño en la prestación de la atención médica, materializado con la instrumentación del "Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud (MIAIS)", que fue elaborado por la Dirección de Prestaciones Médicas. Establece la necesidad de transformar el enfoque tradicional de la atención médica predominantemente tecnológica y curativa, hacia una perspectiva integral de salud, con priorización de actividades preventivas y anticipatorias de las enfermedades y, en su caso, ofrecer atención médica al paciente bajo un nuevo enfoque de calidad, equidad, eficiencia y oportunidad de todos los procesos de atención que requiera, bajo un método sistematizado, aplicable en todas las unidades de medicina familiar, hospitales y servicios de salud de toda la institución.

Cabe hacer mención que el MIAIS, ha sido el producto de la evolución de otros modelos que han existido y que en su momento fueron funcionales para la prestación de los servicios médicos institucionales, solo por mencionar algunos en 1970, 1976, 1982 y 1991 se establecieron modelos que responden a los criterios que prevalecían, de directivos médicos y administrativos que en su tiempo les toco atender los destinos de la institución.

En su planeación y ejecución se pretendió seguir dos líneas de acción: una de reorganización administrativa para hacer más eficientes la toma de decisiones y, otra la de crear y poner en operación programas básicos y generales de todas las dependencias de la Dirección de Prestaciones Médicas que se enlazan en los diferentes programas institucionales.

Con el MIAIS "...se reordena la regionalización de los servicios de atención médica y del sistema de referencia -conjunto de criterios técnico, médicos y administrativos, por medio de los cuales se determina el envío de los pacientes de una unidad médica a otra con mayor capacidad resolutive- y contrarreferencia -conjunto de criterios técnico, médico y administrativos, mediante el cual el médico tratante determina el envío del paciente de una unidad médica de mayor capacidad resolutive a otra de menor, después de haber atendido y controlado los daños a la salud-[asimismo, el modelo] "...actualiza y capacita en técnicas modernas de administración y gestión en salud a los directivos de las unidades médicas, ...arriba a las áreas médicas la descentralización para consolidar la autonomía de gestión y la desconcentración operativa, ...promueve que la capacidad instalada y los servicios de la institución en los niveles locales, delegacionales y regionales sean suficientes en cuantía y calidad para garantizar la autosuficiencia y satisfacción de los derechohabientes, ...proporciona servicios centrados en el usuario, ...considera los derechos humanos, de los pacientes y de los trabajadores, ...promueve cambios de conducta y actitud de los usuarios y prestadores de conducta, ...es un instrumento de guía y orientación permanente, imitable y reproducible para todo el personal de atención a la salud de la institución."⁶⁷

⁶⁷ IMSS. Modelo Institucional de Atención Integral a la salud. pp.11-18

Dentro de los capítulos sustantivos del modelo comentado, se encuentra el "Programa de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGDs)", del que ya hicimos comentarios en líneas anteriores de este mismo apartado, destinado a la modernización de la red de servicios y procesos médico técnicos, de prestaciones sociales, administrativos y financieros. El AMGDs, según se dice en informes oficiales, se dirige hacia la circunscripción geodemográfica en la que se interrelaciona la capacidad instalada y los servicios de la institución, para ofrecer respuestas organizadas a las necesidades y demandas de salud de la población derechohabiente, en un espacio en el que se vinculan las acciones médicas, sociales, científicas, administrativas y financieras, para transformarse en servicios de salud, bienestar y desarrollo del individuo, la familia y la comunidad.

El AMGD es una estrategia de modernización que postula cinco principios fundamentales: "...fortalecer al instituto; consolidar la descentralización y la desconcentración de los procesos y facultades a las áreas operativas en los ámbitos médicos, administrativo, financiero y social; desarrollar la autonomía de gestión de las amgds; así como garantizar la calidad y oportunidad de servicios."⁶⁸

En enero del 2000 se inició el proceso de implementación de seis áreas médicas de gestión desconcentradas consideradas como áreas-pilotos, situadas en los hospitales generales de zona de Poza Rica y Cosamaloapan, Veracruz; Cárdenas, Tabasco; Tepic, Nayarit, Colima y Guadalajara, Jalisco. En de junio de ese año, se estableció una unidad de este tipo en cada una de las siete regiones, y para finales del año 2000 se pretendía contar con 37. Durante el año 2001 se irá gradualmente incorporando a 102 unidades más, para llegar en el 2002 a 139.

Al cierre de esta investigación, se decía oficialmente que las unidades médicas de gestión desconcentrada atendían alrededor de 150 a 250 mil derechohabientes en una área geodemográfica determinada. Que eran el enlace lógico de los servicios de atención integral a la salud y la enfermedad, el eje terminal de la descentralización y la autonomía de gestión; que eran los instrumentos para integrar el Hospital General de Zona o Región, de Subzona con las unidades de atención médica de segundo nivel, así como con las unidades de medicina familiar, los centros de seguridad social, los centros artesanales, las unidades deportivas y los centros culturales que se ubicaban en el ámbito de su demarcación.

Es importante señalar, que este proceso esta ligado al Programa de Fortalecimiento Financiero ya mencionado, por lo cual cada una de las siete regiones en que se dividió la operación del Instituto, debería elaborar un programa presupuestal para la gestión desconcentrada, de igual forma cada delegación debería suscribir con el mismo propósito un dictamen de adhesión al programa regional, en el cual asumía el compromiso de la desconcentración hacia las áreas operativas, mediante la firma de acuerdos de gestión, documento en el que se explicitarían el tipo y la cantidad de facultades que la delegación transferiría ala unidad médica, así como los

⁶⁸ IMSS. Estrategias y Acciones de Desconcentración de Facultades y Responsabilidades en los Procesos Administrativos en las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada. p. 6.

compromisos que ésta adquiriría al recibirlos. Para respaldar el proceso se contó con fondos de asistencia técnica derivados del préstamo del Banco Mundial.

Por otro lado, dentro del proceso de modernización, específicamente en el área médica se contó, desde el primer semestre del año 2000, con los servicios de tres consultorías: a) La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), que tuvo y tiene a su cargo el proceso de capacitación al personal directivo, b) El Consorcio Hospitalario de Cataluña España (CHC), que fue responsable del proceso de implementación de las primeras seis AMGD, y c) El Instituto de Estudios Sindicales y de Seguridad social (IESSS), (organismo hermanado del Sindicato del IMSS), al cual se le encomendó desarrollar el sistema de incentivos al desempeño para el personal.

Es importante hacer notar que para tener una adecuada implementación y desarrollo del proyecto, se planteó, de común acuerdo con la representación sindical de los trabajadores de la institución, la realización de un programa viable, aun cuando la prudencia en su inicio fue indispensable para lograr la primera etapa de capacitación.

B. En los sistemas de pensiones

Entre los estudiosos del medio mexicano, es generalmente aceptado que organismos internacionales multilaterales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, han venido insistiendo sobre reformas a la seguridad social en América Latina. De acuerdo a la perspectiva del Banco Mundial, los sistemas de salud y de pensiones entran en dificultades financieras debido a la transición demográfica y epidemiológica. Los logros alcanzados en la salud de la población han conducido a una ampliación en la esperanza de vida, lo que ha llevado a que cada vez sea más largo el tiempo entre la edad de jubilación y la edad de muerte, "...menciona también los cambios con relación a cotizantes frente a pensionados. Actualmente para el IMSS, la relación es de 7 cotizantes frente a un jubilado, esta relación muestra una tendencia desfavorable que se viene observando desde los años ochenta- entre 1985-1992, la relación fue de 9:1, en 1993-1994 de 8:1...De tal manera que la presión financiera resultado de la relación señalada, se viene agudizando conforme se retarda una reactivación económica sostenida y en la medida en que el empleo formal se reduce relativamente y se hace más precario."⁶⁹

A partir de la década de los ochentas la seguridad social mexicana se inserta en la lógica de los cambios que venían operando en los sistemas de seguridad social en América Latina, que tiene a Chile como paradigma, con cambios que se sustentaban básicamente en el paso de un régimen de reparto colectivo administrado por el Estado, a otro de capitalización individual administrado por instituciones privadas.

En tal virtud, el 10 de febrero de 1992, se creó el "Sistema de Ahorro para el Retiro", un nuevo financiamiento basado en la capitalización individual para los trabajadores

⁶⁹ Saúl Osorio y Berenice Ramírez. *Seguridad o Inseguridad Social : los Riesgos de la Reforma* pp. 78

en general,, debido a que los objetivos gubernamentales que guiaron la creación de este, fueron el incremento del ahorro interno, el mejoramiento de los ingresos de los trabajadores al momento de su retiro.

Derivado del reconocimiento de la existencia de inequidades y la pérdida del valor real de las pensiones, en el esquema aplicado por el IMSS se planteó la necesidad de una revisión para subsanar dichos problemas, se llegó a la conclusión que la alternativa viable era el establecimiento de una pensión mínima garantizada por el Estado, así como la individualización de las cuentas que aseguraran el acceso directo del derechohabiente a sus recursos y le ofrecieran una alternativa segura de ahorro.

Con el nuevo esquema de pensiones contenido en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, oficializado en 1997 se instituye las administradoras de los fondos para el retiro (AFORES) como "Entidades financieras encargadas de manejar los recursos de los trabajadores y su canalización en las Sociedades de Inversión Especializada de Fondos para el Retiro (SIEFORES), y de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR) cuya función es la de establecer mecanismos de regulación y supervisión de las AFORES."⁷⁰

La administración e inversión de los fondos por parte de estas nuevas entidades financieras, desde entonces, se lleva cabo en los mercados financieros y de capitales. El papel del Estado se reduce a la supervisión de los participantes, al establecimiento de la normatividad general de esta nueva modalidad pensionaria y, sobre todo, a cubrir las deficiencias del mercado de fondos previsionales mediante la asignación de pensiones mínimas garantizadas por los recursos de todos los contribuyentes. Es decir se cambia el esquema solidario por uno individual, de tal forma que "...el objetivo central de esta reforma a la seguridad social ha sido, en primer lugar la privatización de los fondos de pensiones de cientos de trabajadores del mercado formal de trabajo afiliados al régimen obligatorio de seguridad social y su transferencia a los circuitos financieros nacionales para la recapitalización en el corto plazo de los grupos financieros y en segundo lugar el establecimiento de un régimen de compra-venta de la prestación o del beneficio, es decir de la pensión."⁷¹

De esta manera "...se ha podido estructurar un modelo de sistema pensionario basado en los nuevos avances de la metodología actuarial, en el que con la misma disponibilidad de cuotas que establece la reforma a la ley del seguro social es posible otorgar cuantías de pensiones de retiro notablemente más elevadas ...hasta alcanzar niveles mínimos del 50 o 60% del salario que los trabajadores tienen cuando se retiran de su actividad productiva."⁷²

En suma, considero que, el propósito fue crear un nuevo sistema de pensiones, más transparente, que contribuya a la generación del ahorro interno y crear nuevos empleos en la economía, así como, el establecimiento de la indexación de las

⁷⁰ Miguel Huerta Maldonado. *Op. cit.*, pp. 171-185

⁷¹ María Luisa Mussot.(Coord). *Alternativas de reforma de la seguridad social*, p. 122.

⁷² *Ibid.*, p. 175

pensiones, con lo cual se espera que, con la cuota adicional gubernamental que se otorgue, se obtenga por lo menos un nivel de ingresos de un salario mínimo para los pensionados.

C. En la protección contra accidentes.

Si tomamos en cuenta que, acorde con su misión histórica especificada en la Ley del Seguro Social, el "Seguro de Riesgos de Trabajo" enfatiza la facultad del Instituto para prevenir los accidentes y las enfermedades de trabajo en los centros laborales de nuestro país, por lo que en el marco del proceso modernizador se planteó como una vertiente el estímulo y reconocimiento a las empresas que invirtieran en la prevención, para lo cual contaban con el instrumento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo, mismas que funcionan como un medio para la autoprotección del trabajador.

Al interior del Instituto, correspondió su área de salud en el trabajo establecer los procesos, las estrategias y los programas específicos que permitieran cumplir con los mandatos emanados de la Ley y con los propósitos modernizadores de la prevención de riesgos de trabajo, a fin de satisfacer las expectativas de trabajadores, de empleadores, además de fortalecer el control de la atención médica por riesgos de trabajo e invalidez.

Es bueno recordar que dentro de los aspectos relevantes de la nueva Ley, se contempla la desaparición de las cuotas estratificadas de acuerdo con la clasificación de riesgo por actividad de la empresa, que en su lugar se implantó un sistema basado en el número de los riesgos de trabajo, los días generados, las incapacidades permanentes y las defunciones presentadas anualmente. Lo anterior conduce a las empresas hacia la inversión en programas preventivos tendentes a disminuir los riesgos de trabajo, ya que les implica un decremento importante en sus cuotas, lo que sin duda también beneficia a la población trabajadora mediante mayor seguridad.

El día primero de junio de 1996 se implantó "El Programa Estratégico de Salud en el Trabajo (PROEST) 1996-2000", con dos vertientes: "...el programa de Salud de los Trabajadores (PROSAT), el cual se encuentra orientado a desarrollar en los trabajadores una cultura para el autocuidado de la salud y el mejoramiento del ambiente de trabajo, orientado también a la prevención de los accidentes y las enfermedades de trabajo ...El Programa de Prestaciones por Riesgos de Trabajo e Invalidez (PRITI), en el que participan de manera corresponsable las áreas de atención médica, salud en el trabajo, atención quirúrgica y servicios de urgencia; así como prestaciones económicas, permite identificar las causas médicas y no médicas que interfieren con la atención oportuna de los asegurados, así mismo vigilar que las prestaciones económicas, representadas por los subsidios y

pensiones por riesgo de trabajo y enfermedad general, se otorguen con racionalidad y equidad para coadyuvar a mantener el equilibrio financiero de la institución.⁷³

El desarrollo del programa se apoyó en la estructura tripartita de la institución, a fin de propiciar la participación de los directamente beneficiados, de manera conjunta con los prestadores de los servicios para facilitar el acceso y ampliar la cobertura, impulsar la cooperación, superar obstáculos, evaluar resultados y corregir desviaciones; lo cual es monitoreado por los comités del PROEST, instalados en los niveles: central, regional, delegacional y operativos.

D. En los servicios sociales.

Las prestaciones sociales que ofrece el Instituto a toda la población, sea o no cotizante, tienen como finalidad fomentar la salud y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, mediante la aplicación de programas que se dirigen a mejorar en forma progresiva el nivel de salud de la población derechohabiente. Contemplan la realización de acciones médicas, sociales y comunitarias para detectar y resolver las necesidades planteadas por la población; así como, el desarrollo y permanencia de la seguridad social.

Con la Ley del Seguro Social aprobada en 1995, el ramo de prestaciones sociales adquirió rango de seguro obligatorio. Con el proceso modernizador de la institución sus acciones integraron directamente al "Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud (MIAIS)" mediante un rediseño de la estructura programática, que reorientó sus programas hacia objetivos de salud. Este modelo inicia su aplicación con la identificación de los principales factores de riesgo, por lo cual tiene un papel central en programas de promoción a la salud, los de orientación nutricional, orientación sexual y disminución del sedentarismo, los de salud mental y los de promoción en la formación de grupos de autoayuda. El modelo finaliza con evaluación de acciones con base en indicadores de estructura, proceso y resultado que den cuenta del incremento y mejora de la salud y el nivel de vida.

Las acciones para otorgar prestaciones sociales van encaminadas a centrar la atención en el usuario, se usa un enfoque sistemático de las acciones de atención a la salud que sirven de complementación a los procesos médicos y sociales, así como de mayor vinculación entre las acciones médicas y las acciones de prestaciones sociales.

Los principales impactos del proceso modernizador en las prestaciones sociales se orientaron a su vinculación con los programas del nuevo modelo de atención integral a la salud, entre los que destacan los relativos al fomento a la salud, los de salud nutricional, el de atención al adolescente, el de salud reproductiva, y la atención del

⁷³ IMSS. Programa estratégico de salud en el trabajo 1996-2000. p.17.

adulto mayor También se vincula con los programas preventivos de enfermedades diarreicas, de adicciones, de complicaciones en enfermedades degenerativas, de rehabilitación integral de personas lesionadas y de personas con discapacidad física. Con la modernización se da una reconceptualización de los objetivos y metas para que las prestaciones sociales tengan en un proceso de vinculación y complementación con las de prestaciones médicas.

También existe un proceso de desconcentración de facultades a las delegaciones en la administración de "...velatorios, tiendas, guarderías, centros vacacionales, centros de bienestar social y desarrollo cultural, plantas de lavado, atención a pensionados y jubilados, deporte y cultura física y la posibilidad de establecer convenios con organismos públicos y privados en el ámbito estatal..."⁷⁴ Para esto último se siguieron diversos caminos, entre los que destacan la presencia de velatorios y guarderías participativas, la privatización de parte de los servicios en centros vacacionales, la concesión a la iniciativa privada de algunos teatros y la subrogación de plantas de lavado.

E. En la calidad en los servicios.

Con el objeto de revisar y ajustar los procesos de trabajo para brindar un servicio con calidad, entendida como la satisfacción de los usuarios internos y externos en la prestación del servicio, el 11 de enero de 1999, se firmó un compromiso de voluntades entre la Dirección General de la Institución y el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, con el fin de implementar en forma bilateral el Plan Integral de Calidad (PIC) 1999- 2000.

La integralidad del plan, se traduce en la participación en igualdad de circunstancias de las autoridades del Instituto y de la representación Sindical de los trabajadores, para la mejora sistemática de cinco servicios médicos prioritarios, a saber: consulta de medicina familiar, consulta de subespecialidades, servicio de cirugía, servicios de urgencias y surtimiento de recetas.

El PIC se concibió como "...una estrategia que persigue la transformación institucional a través de un mecanismo democrático, una metodología flexible e incluyente y, como aspecto fundamental, la activa participación de los trabajadores en el rediseño de procesos y mediciones de los servicios siempre con un enfoque de satisfacción a los usuarios y a los propios prestadores de los servicios. "Para la autoridad Institucional, el PIC es una oportunidad para hacer más atractiva la prestación de los servicios médicos que presta la Institución a la sociedad mexicana y contribuir a la ampliación de la cobertura, estableciendo nuevos y modernos esquemas de gestión administrativa -tales como la reorientación del ejercicio presupuestal en apoyo directo de la operación-. En tanto que para la organización Sindical, el PIC, tiene como objetivos: el fortalecimiento de la Institución, ubicar al PIC como un espacio político de negociación bilateral con la administración institucional -participando de manera más amplia en el control de su materia de trabajo-, la negociación de una

⁷⁴ IMSS. **Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud**, p.20.

retribución económica, que incremente los ingresos de los trabajadores en correspondencia a los esfuerzos que se realicen, evitando la competencia desleal entre los propios compañeros y entre los centros de trabajo, y el mejoramiento sostenido de las condiciones de trabajo y de la capacitación técnica." "Con este programa se pretende consolidar las acciones institucionales y sindicales para impulsar de manera unificada; la cultura -cambios de valores, actitudes y creencias compartidas por los miembros de la organización- de la calidad, "...garantizar el mejoramiento interno de las interrelaciones de los procesos, buscando asegurar el cumplimiento de estándares de calidad en la prestación de los servicios, estimulando y reconociendo a los trabajadores de la institución como los actores principales de este proceso ..."⁷⁵

En este sentido, el 3 de agosto de 1999, la administración del Instituto, a través de la Dirección de Organización y Calidad y el Sindicato, por medio de una Comisión para la Calidad de los Servicios, conformaron una comisión técnica, cuya función fue la de consensar la estructura soporte -Equipos Guía de servicios, Equipos Estratégicos de la Operación y Equipos de Proyecto- y la Guía de Trabajo de los equipos. A finales del primer semestre del año 2000, se informó oficialmente que se habían conformado más de 500 equipos en los que estaban participando más de 3500 trabajadores, los cuales habían propuesto entre otras acciones las siguientes: el cambio de procesos de trabajo para hacer en forma sistemática las actividades, la ampliación de las plantillas de trabajadores operativos, el incremento de medidas para el abasto oportuno de insumos en tiempo y cantidad, el cambio o sustitución de equipo obsoleto y, el mejoramiento de la actitud de los trabajadores y directivos de los centros de trabajo.

Es decir, con el PIC se propicia, según fuentes oficiales, un replanteamiento de los procesos básicos de trabajo de los servicios y se hace un rediseño basándose en la misión y objetivos de la institución a través del experto de la prestación del servicio, que es el trabajador. Esta participación, según mi punto de vista, ha proporcionado beneficios a la organización de los servicios, ha aumentado la autoestima de los trabajadores operativos al sentirse aceptados e integrantes de un equipo de trabajo, ha disminuido el conflicto y el estrés, reducido el ausentismo y la rotación del personal, y mejorado la motivación en busca del cambio continuo y de la calidad.

Es necesario aclarar que este Programa Integral de Calidad se encuentra aún en su fase inicial, se espera en el corto plazo abarcar más servicios del área médicas, así como otros referentes a la afiliación, la cobranza y las prestaciones económica y sociales.

⁷⁵ IMSS-SNTSS. Plan integral de Calidad. p. 2.

RESULTADOS

RESULTADOS

El problema financiero enfrentado por el Instituto Mexicano del Seguro Social obligó a adoptar un esquema de modernización consistente en la transformación gradual de sus estructuras, procesos y actitudes, por lo que el resultado del análisis aplicado durante la presente investigación nos conduce a establecer las conclusiones siguientes:

- La primera medida adoptada fue la regionalización, cuyo objetivo es acercar la toma de decisiones al lugar mismo donde se generan las necesidades, lo cual ha sido cumplido parcialmente, pues si bien se cuenta con una sede regional encargada de asumir la toma de decisiones, los esquemas de aglutinación no muestran coherencia, pues consideramos improcedente que el estado de Chiapas tenga como sede al Distrito Federal, circunstancia similar a la del estado de Tabasco cuya cabecera regional se ubica en Puebla a 880 Km., cuando existe una en Mérida a sólo 550 Km.

En virtud de lo anterior, proponemos que se lleve a cabo una revisión en la regionalización que se tiene establecida para subsanar este tipo de deficiencias que de alguna manera se refleja en retrasos para la toma de decisiones, valorando incluso la supresión de las siete direcciones regionales, las cuales cumplieron su función pero en la actualidad han incrementado el número de trabajadores de confianza, además han burocratizado la resolución de los problemas que las delegaciones tienen.

- La autonomía de gestión de las unidades operativas mediante mecanismos de desconcentración y descentralización administrativa para la óptima prestación de los servicios, materializando a través del "Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud", está coadyuvando a la agilización de trámites, además de permitir una mejor rendición de cuentas de los servidores públicos que ahora asumen decisiones y responsabilidades.

Al respecto, es necesario apuntar que la creación de las "Unidades de Apoyo a la Operación", cuyas funciones dirigidas a la gestoría administrativa implican únicamente el apoyo a los niveles directivos de cada hospital, unidad médica, o delegación, lo cual representa solamente la creación irracional de órganos que sólo sobrecargan la estructura en los diferentes niveles, sin aportar ninguna mejora en la prestación de los servicios, pues detectamos que sólo atendió a un proceso de reubicación del personal.

En consecuencia, consideramos urgente suprimir este órgano en la estructura, ello puede lograrse mediante la aplicación de un proceso de análisis donde se determine la capacidad de cada servidor adscrito al mismo y, de acuerdo con un estudio exploratorio de las cargas reales de trabajo existentes en las áreas

operativas, se les incorpore en los puestos y niveles requeridos para elevar el desempeño institucional.

- Dentro de las acciones para llevar a cabo la atención integral es importante el establecimiento de las "Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGDs.*)" pues constituyen una medida viable para que en la dependencia se imprima coherencia a la prestación de los servicios médicos, además de representar una instancia de control de control de los recursos humanos, materiales, financieros y de tecnología de información, evitando dispendios, duplicidades y posibilitando que el flujo de trámites se adscriba a contextos de racionalidad. De tal manera que en lo referente a la desconcentración y autonomía de gestión, es importante señalar que su objetivo no debe de llevar a la atomización institucional por la creación de las 139 AMGDs, ya que el Instituto debe de seguir siendo uno solo, y la desconcentración que se plantea es la ubicación de la toma de decisiones en el sitio que le corresponde y dar a las áreas operativas la posibilidad de resolver sus problemas, sin las barreras burocráticas y la rigidez de la norma administrativa que hoy se observa en nuestro sistema.

No obstante, detectamos que la implantación del "Sistema Institucional de Atención de Personal" mediante el cual se pretende contar con un instrumento que maneje de manera integral computarizada los trámites que se refieren a la situación de trámites de personal -altas, bajas, pagos, prestaciones, etc.-, aún no se puede concretar, porque existen múltiples deficiencias que impactan directamente al trabajador en sus percepciones económicas por el asiento de datos erróneos que conducen a duplicidades u omisiones.

- Con respecto al "Sistema de Abasto Institucional", es necesario resaltar que su concepción fue atinada, porque su fin fue evitar tanto dispendios como desabastos de los insumos necesarios para la óptima prestación de los servicios. Sin embargo, la parte referente a dotación de ropa aún adolece de deficiencias generadas por la centralización en el proceso de adquisición, aún cuando el resto de abastos ya se adscriben a la desconcentración hacia las direcciones regionales y han mostrado eficiencia; por lo tanto consideramos necesario que este servicio se incluya en este esquema.

Asimismo, proponemos que para lograr el rendimiento óptimo de este sistema de abasto tan importante para realizar las tareas diarias, especialmente en las áreas de cirugía y hospitalización, se realice un verdadero análisis que conduzca a detectar los factores que conllevan a la ineficiencia y aplicar las correcciones que permitan situarlo en la lógica de la eficiencia con la utilización de tecnología de punta, como las redes de sistemas computacionales, entre otras.

- Consideramos que el actual esquema de financiamiento de los seguros que administra la institución es congruente con las nuevas realidades, dado que

establece un orden financiero en los diversos aseguramientos, especialmente cuando ya no se permite el traslado de recursos de un ramo a otro, ello incide en la transparencia en el manejo y por ende en la rendición de cuentas, ya que puede constituirse un proceso mediante el cual es susceptible conocer la situación real de cada ramo de aseguramiento para introducir correcciones en caso de déficit.

Más aún, con este esquema de financiamiento se abre el espectro de incorporación de trabajadores insertos en la economía informal que anteriormente se encontraba excluida, éste es un elemento importante de la estrategia para extender la cobertura de los servicios de salud, para mejorar la equidad del sistema de salud con lo cual se fortalece el carácter público de la seguridad social.

Es probable que la cantidad de asegurados aumente gracias a las nuevas opciones, básicamente en los estratos sociales con bajos ingresos y a los cercanos a la pobreza. El carácter voluntario puede dar lugar a comportamientos oportunistas, que atraiga gente sólo cuando conocen o esperan enfermedades graves, lo que lleva al aumento de la demanda y la disminución de los recursos disponibles, lo que podría afectar el equilibrio de los gastos e ingresos de la Institución. Por lo tanto las aportaciones gubernamentales deberán de aumentar (actualmente son del 2.6 % del Producto Interno Bruto PIB) tomando como marco de referencia la recomendación, que en materia realiza, la Organización Mundial de la Salud OMS.

- Consideramos atinadas las medidas adoptadas para la incorporación de la voz de los usuarios, la oportunidad de elegir al tratante y conocer su estado general de salud a través de nuevos programas como el de Médico de Familia que se encuentra ya en proceso de pilotaje En tanto que, la posibilidad de elegir otra opción de atención de los servicios de salud en los sistemas privados o en la compra de los servicios a proveedores que operan en mercados competitivos, con la consecuente subrogación de cuotas, requerirá de un marco regulatorio apropiado que podría darse a largo plazo, pero que en el momento actual no es viable.
- Es una realidad que la prestación de servicios médicos adolece de deficiencias, a pesar de que ya se cuenta con un "Modelo Institucional de Atención Integral de Salud", el cual deberá extenderse a todo el sistema.
-
- Durante nuestra investigación detectamos que existen desviaciones que obedecen a actitudes del personal; tanto de confianza como sindicalizados. Al respecto consideramos que esto se debe a la falta de un programa de profesionalización coherente con los objetivos institucionales y personales de los trabajadores directivos y operativos Ya que los cursos de capacitación que existen: técnicos, profesionales, de adiestramientos en servicio, diplomados,

especialidades, maestrías, doctorados, etc., responden más a la formación técnica individual, cuya visión particular no siempre es congruente con la misión de la institución, por lo anterior considero conveniente la revisión a fondo de los programas que existen al respecto, que obedezca a las necesidades reales vinculadas con la prestación de los servicios.)

- Es necesario comentar que el establecimiento de las “Administradoras de los Fondos para el Retiro” obedeció a la falta de recursos públicos para enfrentar las pesadas cargas económicas que implicaba el pago por este concepto, en tal virtud se trasladó a la iniciativa privada, lo cual fue acertado desde el punto de vista financiero, sin embargo no puedo dejar de reconocer que diluye el sentido de solidaridad con que fueron instituidos originalmente.
- La reestructuración del sistema de pensiones se ubica dentro de las políticas conducentes a otorgar mayores espacios rentables y fuentes para la acumulación de capital. La privatización y la capitalización significan una colosal transferencia de fondos públicos al sector privado. Se espera que en 30 años de operar las AFORES, los fondos que administren representen el 60% del PIB. El nuevo sistema creará una demanda de instrumentos financieros que probablemente se conviertan en un elemento medular para modelar el futuro del sistema financiero mexicano, al generar un flujo de capital hacia las cuentas de las AFORES, las que al invertir los ahorros de retiro de los trabajadores en los mercados financieros, jugarán un papel importante en la orientación de esta nueva demanda de instrumentos financieros, que ampliará con el tiempo la gama de opciones de las inversiones bursátiles, desarrollando un mercado de valores muy activo y rofundo. Por lo que consideramos que lo ideal hubiera sido la conformación de una afore social, administrada por personal de la institución, especializado en la materia, con la posibilidad de invertir en ella sus ganancias; con lo que se crearía otra fuente alternativa de financiamiento.
- Con relación a la protección contra accidentes, concluimos que el proceso modernizador muestra un logro con la institucionalización del “Programa Estratégico de Salud en el Trabajo”, dado que contempla una promoción de acciones preventivas entre los trabajadores para disminuir los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en correspondencia a las empresas se les incentiva a adoptar medidas preventivas, como la que refiere a la reducción de cuotas dependiendo de la reducción de siniestralidades reportadas anualmente y evaluadas por las comisiones mixtas de seguridad e higiene existentes en cada empresa.
- Es importante destacar que el rubro de prestaciones sociales ya se elevó a rango de aseguramiento y se integró al “Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud”, lo cual conlleva a que sus acciones ya no obedezcan a decisiones subjetivas, sino que se cumplan de acuerdo con un programa

congruente con las necesidades detectadas por el "Área Médica de Gestión Desconcentrada" que es la instancia que realmente recoge las demandas de la población derechohabiente y cuenta con los diagnósticos epidemiológicos de esta población por zona.

- El "Plan Integral de Calidad", es una estrategia que permite analizar críticamente los procesos de la atención de la salud, que busca la mejoría de los mismos a través de una metodología participativa de los trabajadores operativos, que identifica en la fuente primaria los problemas, que propone como mejorarlos a través de indicadores de calidad y su estándar y, que tiene como enfoque al derechohabiente, la autonomía de gestión, el trabajo en equipo y la flexibilidad normativa.

Sin embargo, para la generalización y consolidación del PIC se requiere de una verdadera voluntad política de la administración de la Institución que no sólo valide el plan sino que esté dispuesta a flexibilizar la norma de organización, sustituir las supervisiones por la asesoría de procesos, eliminar barreras burocráticas con el fin de adoptar los cambios propuestos desde abajo y naturalmente de apoyo a la gestión y proporción de los recursos necesarios para realizar los procedimientos con calidad.

La implantación del PIC ha tenido diversos alcances: ahí donde se carece de una orientación metodológica, el "Equipo Estratégico de la Operación" no alcanzó apoyar adecuadamente los esfuerzos de los trabajadores, lo que generó desencanto y una vida breve, sin embargo con la capacitación y el otorgamiento de los recursos se da certidumbre, se eleva la moral y se mejora el ambiente laboral, ya que trabajar en una unidad médica que ha ingresado a la cultura de la calidad crea una motivación en el personal que lo hace sentirse que está trabajando para lograr un verdadero objetivo social, es decir, otorgar una atención a la salud de calidad a los pacientes.

Finalmente, es necesario apuntar que las acciones modernizadoras implantadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de forma general, se encaminan a situarlo en la ruta de la corrección de deficiencias, superación de limitaciones para cumplir con la responsabilidad asumida por el Estado, en un rubro importantísimo para el desarrollo equilibrado de la sociedad, brindándole a un sector de la clase trabajadora los mecanismos que garanticen el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales requeridos para el bienestar individual y colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Ayala, Raúl y Schaffer, Carlos. **Perspectivas en salud pública. Salud y seguridad social**, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1991.
- Bonnin, C. J. B. " Principios de Administración", en **Revista Homenaje al Maestro Gabino Fraga**, México, Instituto Nacional de Administración Pública, A.C. 1982.
- Cavazos Flores, Baltasar. **Nueva Ley Federal del Trabajo, tematizada y sistematizada**, México, Editorial Trillas, 1980.
- Cue Cánovas, Agustín, **Historia social y económica de México 1521-1854**, México, Editorial Trillas, 1983.
- Delgado Moya, Rubén. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada**, México, Editorial Sista, 2000.
- García Cruz, Miguel. **La seguridad social en México**, México, B. Costa-Amic, Editor, 1972.
- Guerrero Orozco Omar. **Principios de Administración Pública**, Colombia, Escuela Superior de Administración Pública, 1997.
- **El Estado en la era de la modernización**, México, Editorial Plaza y Valdés, 1992.
- Huerta Maldonado, Miguel. **La Ley del Seguro Social y sus reformas 1943-1994**, México, Instituto Mexicano del seguro Social, 1997.
- Mussot, María Luisa (Coord.) **Alternativas de reforma de la seguridad social**. México, coedición Fundación Friedrich Ebert y Universidad Autónoma Metropolitana, 1996.
- Narro Robles, José y Moctezuma Barragán, Javier (comp.). **La Seguridad social y el Estado moderno**. México, Coedición Instituto Mexicano del Seguro Social, Fondo de Cultura Económica e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, 1992.
- Pardo, María del Carmen. **La modernización administrativa en México**, México, Instituto Nacional de Administración Pública y el Colegio de México, 1991.
- Reyes Heroles, Jesús. **La seguridad social**, México, Fondo de Cultura Económica, 1992.
- Rodríguez Tovar, José Jesús. **Derecho mexicano de la seguridad social**, México, Escuela Libre de Derecho, 1989.
- Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. **Nuevo derecho de la seguridad social**, México, Editorial Porrúa, 1999.

Ruiz Naufal, Víctor. **Constitución. Seguridad social y solidaridad**, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992.

Stoner, James A. F. **Administración**, México, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., 1996.

Osorio Paz, Saúl y Ramírez López, Berenice, **Seguridad o inseguridad social: los riesgos de la reforma**, México, Triana Editores, 1997.

Tena Ramírez, Felipe. **Leyes fundamentales de México. 1808-1995**, México, Editorial Porrúa, S.A., 1995.

Trueba Urbina, Alberto. **Legislación de la seguridad social**, México, Editorial Porrúa, 1973.

Uvalle Berrones Ricardo. **Las transformaciones del Estado y la Administración Pública en la sociedad contemporánea**. México, Instituto de Administración Pública del Estado de México, 1998.

----- **Los nuevos derroteros de la vida estatal**, México, Instituto Nacional de Administración Pública del Estado de México, 1994.

----- **El gobierno en acción**, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.

DOCUMENTOS:

Comisión Ejecutiva del IMSS. Informe de labores. Enero 1995. Agosto 2000. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2000.

Estrategias y acciones de desconcentración de facultades y responsabilidades en los procesos administrativos de las áreas médicas de gestión desconcertada., México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.

Jiménez Ovalle, Gilberto. "Estructura orgánica y proceso de desconcentración operativa del IMSS", en **Versión estenográfica de apuntes personales**, México, 2000.

La visión y la misión del IMSS. La modernización de los servicios de salud en el IMSS., México, Coedición Instituto Mexicano del Seguro Social y Fundación Mexicana para la Salud, 2000.

Ley del Seguro Social, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996.

"Ley federal de las entidades paraestatales" en: **Legislación de la Administración Pública Federal**, México, Ediciones Delma, 1999.

Los servicios de atención y orientación al derechohabiente, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.

Modelo institucional de atención integral a la salud, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, 1999.

Método costos GRDs. México, Instituto Mexicano del Seguro social, 2000.

Plan integral de calidad 1999-2000, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Organización y Calidad - Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 1999.

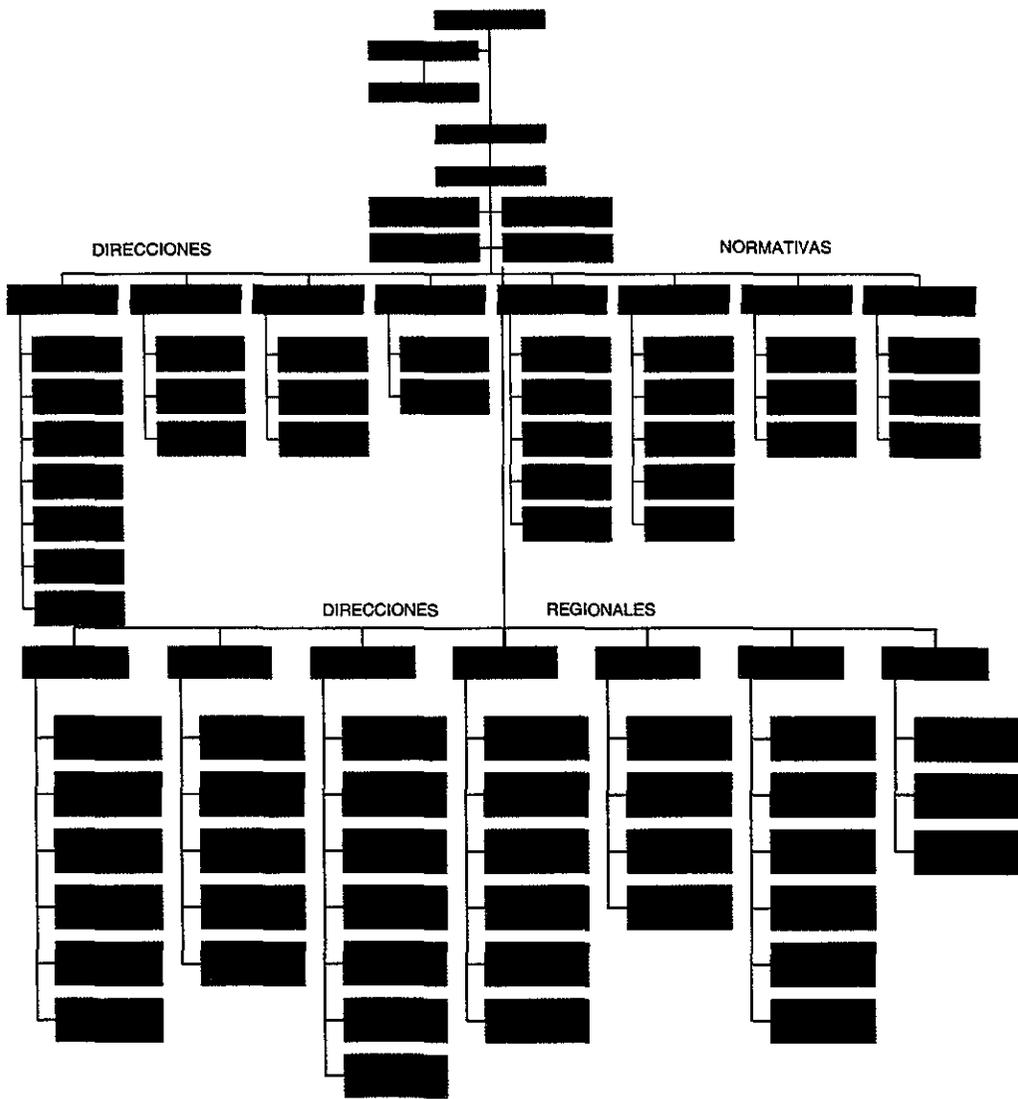
Programa estratégico de salud en el trabajo 1996-2000 México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, 1996.

Proyecto de asistencia técnica para la modernización de los servicio médicos del IMSS. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.

Sumario. Proyecto de préstamo, México Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, LVII Legislatura.

ANEXOS

ORGANIGRAMA DEL IMSS



**ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DE LOS SEGUROS
ADMINISTRADOS POR EL IMSS.**

SEGURO	PATRÓN	TRABAJADOR	ESTADO
RIESGO DE TRABAJO	%VARIABLE	-	-
ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	13.9% (*) 6.0% (**)	2.0 (**)	1.9% (*) -
INVALIDEZ Y VIDA	1.75%	0.625%	7.143% (****)
RETIRO CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y VEJEZ. GASTOS MÉDICOS A PENSIONADOS.	2.0% 3.150% 1.05%	1.125% 0.375%	7.143% (****) 5.5% (***) 0.075%
GUARDERIAS Y PRESTACIONES SOCIALES.	1%	-	-

*De un salario mínimo vigente en el D.F.

**Adicional en caso de rebasar + de 3 salarios mínimos.

***Adicional sobre el salario mínimo en el D.F.

****Del total de las cuotas patronales.

ANEXO 2