

00821
77

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMIA

SEMINARIO DE TITULACION: ECONOMIA PUBLICA

INSTITUCIONALIZACION DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

E N S A Y O

A P R E S E N T A R

POR BEATRIZ ~~HERNÁNDEZ DE LEÓN~~

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ECONOMIA

DIRECTOR : MTRO. JOSÉ MANUEL GUZMÁN G.

ENERO 2003

a



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.

INDICE

	Página
Introducción.....	1
Capítulo 1 El Estado y la atención de la salud a la población	4
1.1 Teorías que explican la Intervención del Estado.....	4
1.2 Fallos del Mercado.....	5
1.3 Fallos del Estado.....	7
1.4 Las Instituciones en la Sociedad	9
1.5 La Intervención del Estado en la Asistencia Sanitaria.....	10
Capítulo 2 Programa IMSS-Solidaridad.....	15
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Bases Jurídicas	18
2.3 Perfil de la población	22
Capítulo 3 Recursos del Programa IMSS-Solidaridad	27
3.1 Financiamiento en las diferentes etapas de operación	27
3.2 Infraestructura	28
3.3 Recursos Humanos	30
Capítulo 4 Institucionalización del Programa IMSS-Solidaridad	32
4.1 Antecedentes	32
4.2 Situación Financiera del IMSS	40
4.3 Estrategias para operar la Institucionalización	46
4.4 Costo de la propuesta	47
Conclusiones	48
Bibliografía	51

b

Introducción

Explicar la necesidad de la intervención del Estado, es fundamental para desarrollar este ensayo, considerando que uno de los principios más antiguos de la economía establece que el sistema de empresa privada es la organización económica, que dentro de sus características permite asignar eficientemente los recursos.

La política sanitaria oficial es satisfactoria si conduce a un aumento del bienestar como consecuencia de mejores resultados en materia de salud, mayor equidad, mayor satisfacción del consumidor o menor costo total que en ausencia de medidas públicas, por supuesto la búsqueda de uno o más de estos objetivos no justifica por sí sola la intervención del Estado, debe haber una base para creer que este puede lograr mejores resultados que los mercados privados. Hay tres razones de carácter general por las que ello puede ser cierto: una tiene que ver con la pobreza y la distribución equitativa de la atención de salud y las otras dos se refieren a fallos del mercado.

La principal explicación del importante papel que desempeña el Estado en la subvención de los servicios médicos tiene su origen en la preocupación por las consecuencias de la desigualdad; planteándose que no debe negarse el acceso a una asistencia médica adecuada a ningún individuo, cualquiera que sea su renta, si por alguna razón hay que elegir entre tratar a unas personas y no a otras, esta elección no debe basarse en la riqueza, sino en otros atributos, como; la edad, la probabilidad de que un tratamiento tenga éxito etc.

La prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza. En la mayoría de los países se considera el acceso a la asistencia sanitaria básica como un derecho humano, por lo tanto, el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza y puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y las Organizaciones no Gubernamentales que prestan servicios de salud a los pobres y prestación a los pobres de servicios de salud públicos de forma gratuita o por debajo de su costo.

En un futuro cercano cabría esperar un mínimo de continuidad en las políticas de combate al rezago en salud y su extensión, con el propósito de acercar los indicadores de salud de todos los estados por lo menos hacia los valores nacionales y utilizar entre muchas otras herramientas, una política de distribución desigual de recursos, pero que favorezca a quienes más lo necesitan.

Durante el último decenio se ha producido un desplazamiento progresivo del interés hacia el concepto que la OMS denomina un nuevo "universalismo" en lugar de ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o la atención más simple y básica para los pobres, de lo que se trata ahora es de hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social .

Ello entraña una elección explícita de prioridades entre las intervenciones, respetando el principio ético según el cual a veces es necesario y eficiente racionar los servicios, pero considerando inadmisibles la exclusión de grupos enteros de la población.

En México, las recomendaciones anteriores es posible observarlas en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria a la Salud, que a través del Modelo de Atención Integral a la Salud, aplica el Programa IMSS-Solidaridad, el cual permite mejorar la equidad en la distribución de las aportaciones gubernamentales que en materia de seguridad social, se asigna al Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que la infraestructura de este sustenta la operación de este Programa que atiende las necesidades de salud de la población más desprotegida del país.

Por lo que se propone conservar por el IMSS los servicios de Solidaridad Social, previstos en la Ley desde 1973, como parte de la Seguridad Social Mexicana, ya que esta sería una estrategia costo-beneficio aceptable para el país, que contribuiría a disminuir los rezagos en salud y alcanzar el objetivo final de acercar en los indicadores de salud de todos los Estados a los estándares establecidos nacional e internacionalmente.

La Institucionalización del Programa IMSS- Solidaridad tendría un costo menor a los servicios administrados por la Secretaría de Salud y los Gobiernos de los Estados, particularmente si se toma en cuenta el apoyo administrativo y logístico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por otro lado el Programa IMSS- Solidaridad se constituiría en puerta de entrada al aseguramiento de grupos sociales rurales emergentes, posibilidad contemplada en la Ley del Seguro Social.

La hipótesis del presente trabajo tiene como propósito demostrar que la Institucionalización del Programa IMSS-Solidaridad, asegurará no solo la contribución a la mejora continúa de la salud, bienestar y desarrollo de la población marginada de México, sino además su financiamiento y muy importante también la seguridad laboral de un importante número de trabajadores, esto último apoyado en un argumento de Douglass North que dice que en la medida en que las instituciones incentiven a los individuos a la creación de riqueza con una visión de largo plazo, serán más eficientes para lograr el desarrollo; Para ello garantizar creíblemente los derechos de propiedad es condición fundamental.

CAPITULO 1.-EL ESTADO Y LA ATENCION DE LA SALUD A LA POBLACION

1.1 -Teorías que explican la intervención del Estado

Para explicar la necesidad de la intervención del Estado, existen diferentes teorías, iniciaremos considerando que uno de los principios más antiguos de la economía establece que el sistema de empresa privada es la organización económica, que dentro de sus características permite asignar eficientemente los recursos y además que la producción y distribución de bienes en la mayoría de las economías occidentales recae principalmente en el sector privado más que en el público.

En 1776 Adam Smith afirmó, que la competencia inducía a los individuos, en la búsqueda de sus propios intereses privados, a fomentar el interés público, como si fueran conducidos por una mano invisible "lo único que busca es su propia ganancia y en este como en muchos otros casos, una mano invisible le lleva a promover un fin que no estaba en sus intenciones y ello no es necesariamente malo para la sociedad. Al buscar su propio interés a menudo promueve el de la sociedad más eficazmente que si realmente pretendiera promoverlo" (1).

En aquella época existía la creencia generalizada de que para poder servir mejor al pueblo era necesaria la intervención firme del Estado para fomentar la industria y el comercio, esta teoría fue defendida principalmente por los mercantilistas de los siglos XVII y XVIII. A pesar de lo anterior aunque algunos países o ciudadanos de estos países fueron beneficiados en forma extraordinaria por el activo papel asumido por el Estado, otros, en los que se había mostrado mucho más pasivo, también habían prosperado, además, algunos de los países que tenían un gobierno fuerte y activo no habían florecido, al dilapidar sus recursos en guerras o proyectos infructuosos.

1) Stiglitz, Joseph, *La Economía del Sector Público*, Antoni Bosh Editor, Barcelona, 1988, 2ª Ed., p. 63

Las fuerzas competitivas de acuerdo a la mayoría de los economistas, generan un elevado grado de eficiencia y que esto en la competencia estimula en forma importante la innovación, sin embargo, en los últimos doscientos años se han ido dando cuenta de que existen algunos casos en los que el mercado no funciona tan bien como insinúan sus más grandes defensores. La economía ha atravesado períodos en los que ha habido un elevado paro y recursos ociosos; la Gran Depresión de los años treinta dejó sin empleo a muchos que dejaban trabajar; la contaminación ha invadido muchas de las grandes ciudades y la pobreza se ha instalado en sus suburbios.

Algunos de los debates actuales sobre el papel del Estado y sobre las virtudes de la competencia adoptan una perspectiva más amplia, los análisis que realizan los economistas sobre el papel que "debe" desempeñar el Estado constituyen una muy importante parte del proceso político en las democracias modernas.

Las asignaciones de los recursos que tienen la propiedad de no poder mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de alguna otra se denominan asignaciones eficientes en el sentido de Pareto, en determinadas circunstancias, el mercado competitivo asigna los recursos de una forma eficiente, cuando no se satisfacen las condiciones requeridas, está justificada la intervención del Estado en el mercado.

Se plantean dos maneras de enfocar el papel del Estado, el enfoque normativo que se ocupa de lo que debería hacer el Estado y el enfoque positivo, que se ocupa de describir y explicar tanto lo que hace realmente como sus consecuencias.

1.2 -Fallos del mercado.

Existen seis circunstancias o condiciones importantes en las que el mercado no es eficiente en el sentido de Pareto, ellas proporcionan una justificación para la intervención del Estado en la economía: Fallos de la competencia, Bienes Públicos, Externalidades, Mercados incompletos, Fallos de la Información y Desequilibrios macroeconómicos (desempleo, inflación, etc.).

El fallo de la competencia; establece que para que funcione el mercado debe haber competencia, sin embargo en algunas industrias existen pocas empresas que dominan el

mercado (monopolios), lo cual puede deberse a varias razones (costos elevados de transporte, patentes). En otros casos existen barreras a la entrada de nuevas empresas, debido a los Rendimientos Crecientes de Escala (donde los costos de producción por unidad de producto disminuyen conforme aumenta el volumen de producción), en este caso se habla de un Monopolio Natural, los cuales por lo general son regulados por el Estado (gas, electricidad, agua, correo, etc.). Aunque también los monopolios pueden ser creados por el Estado.

Bienes Públicos; existen algunos bienes que o no son suministrados por el mercado, o si lo son, la cantidad suministrada es insuficiente, por ello es el Estado quien los suministra. Los Bienes Públicos tienen dos propiedades básicas:

- a) No cuesta nada que otra persona más disfrute de sus ventajas. El hecho de que un individuo adicional disfrute de un Bien Público tiene un Costo Marginal Nulo.
- b) Es en general, difícil que se disfrute de un Bien Público.

La insuficiencia en la provisión de los Bienes Públicos por parte del mercado justifica la participación del Estado.

Externalidades; se presentan cuando los actos de una persona o empresa afectan a otras personas o empresa; casos en los que un agente impone costos a otros pero no los compensa o en los que genera algún beneficio pero no recibe ninguna retribución a cambio, existen dos tipos de externalidades: Positivas y Negativas.

La persistencia de externalidades abre la posibilidad de intervención del gobierno en la economía a través de diversas formas: en algunos casos se intenta regular la actividad en cuestión, también trata de regular el sistema de precios por medio de multas, impuestos o retribuciones fiscales.

Mercados Incompletos; los bienes y servicios públicos no son los únicos que los mercados suministran inadecuadamente, siempre que los mercados no suministren un bien o un servicio, existe un fallo de mercado, se dice que existe un mercado incompleto

cuando un coste de suministrar un bien o Servicio es inferior a lo que los consumidores están dispuestos a pagar.

Fallos de la información; algunas actividades del Estado se justifican porque los consumidores tienen información incompleta y por la convicción de que el mercado suministra por si solo muy poca información.

Los fallos en la información se expresan de diferente forma: los consumidores tienen una información incompleta (por ejemplo de los precios) y por otro lado el mercado proporciona poca información (ejemplo: etiquetado de productos y fecha de caducidad).

Paro, Inflación y Desequilibrio; uno de los síntomas más admitidos como fallo del mercado es el desperdicio de los recursos (el más notable; el desempleo), ya que tiene un costo muy elevado que supera las valoraciones estrictamente económicas. Los fallos del mercado, en estos ámbitos se expresan de diferente forma; el paro de trabajadores y de máquinas, las variaciones de los precios y los desequilibrios fiscal y comercial.

1.3 –Fallos del Estado.

Las deficiencias que se identifican a través de diversas investigaciones efectuadas por economistas y politólogos sobre las causas de la incapacidad sistemática del Estado para que cumplan con los objetivos formulados, se plantean en cuatro:

1.3.1 -Información limitada; son muchas las medidas de las cuales es difícil de prever las consecuencias complejas, por ejemplo; en Estados Unidos, el Gobierno Federal, aplicó programas de rehabilitación de la vivienda, sin considerar que éstos podrían reducir la oferta de viviendas accesibles a los pobres, también cuando introdujo el programa de asistencia sanitaria, no previó el vertiginoso incremento de los gastos en salud.

1.3.2 -Control limitado de empresas privadas; principalmente en democracias como las nuestras, el Estado no tiene posibilidades de controlar totalmente las consecuencias referidas.

1.3.3 -Control limitado de la burocracia; el Parlamento aprueba las leyes, sólo que deriva su ejecución en un organismo público; este generalmente tarda mucho en redactar los reglamentos correspondientes, cuyo contenido es fundamental para determinar las consecuencias de la legislación. En algunos casos, los organismos públicos también son responsables de garantizar el cumplimiento de la normativa. "En muchos casos el hecho de que no se lleven a cabo propósitos del Parlamento no es un intento deliberado de evitar sus deseos, sino una consecuencia ambigua de sus intenciones. Existe además, el problema de que los administradores encargados de ejecutar la Ley lo hacen de una forma justa y eficiente" (2).

1.3.4 Limitaciones impuestas por los procesos políticos; es claro que las decisiones que toman los gobiernos afectan a muchas personas, pero solamente un grupo reducido las decide, sus representantes elegidos. Quienes son responsables de tomar decisiones tienen que investigar preferencias de sus electores y tratar de conciliar las contrapuestas o de elegir entre ellas. En nuestros sistemas políticos quienes son elegidos para servir a la población, a veces tienen incentivos que los hacen decidir en beneficio de grupos de intereses particulares.

El hecho de que los políticos no hagan lo que parece que es de interés público no es simplemente por codicia o malevolencia de unos cuantos políticos irresponsables, sino que puede deberse a una consecuencia inevitable del funcionamiento de las instituciones políticas en las sociedades democráticas.

Estas cuatro causas de fallos de la intervención del Estado en la economía es un requisito para establecer un programa de actuación política.

2) Stiglitz, op. Cit. p. 15.

1.4 Las Instituciones en la Sociedad

“Las Instituciones de acuerdo a Douglass North se definen como las reglas del juego en una sociedad, son restricciones creadas por el hombre que dan forma a la interacción humana; son importantes porque permiten reducir los costos de transacción en el intercambio económico y social, al garantizar el cumplimiento de contratos y reducir la incertidumbre sobre el comportamiento futuro de los demás individuos. La cooperación y el intercambio son fáciles cuando se realizan en grupos pequeños, con intercambios repetidos entre las mismas personas y con información perfecta sobre los demás, pero requieren del soporte de instituciones (a medida que dichas condiciones dejan de prevalecer) cuando las economías se hacen más complejas y globales” (3).

El cambio institucional, de acuerdo con North, es típicamente progresivo y no discontinuo. Esto es así debido a que las “Instituciones Informales” (creencias y reglas no escritas) cambian mucho más lentamente que las leyes y reglas formales. Los actores sociales tienen incentivos para aprender destrezas que son rentables en el marco institucional en que viven, por lo que tienen intereses creados en que este se mantenga. A su vez, sus creencias sobre el funcionamiento de la Sociedad son moldeadas por las instituciones, de manera que su modelo mental tarda en adaptarse para poder entender la ineficiencia de las mismas. El cambio aparentemente revolucionario en la superficie es, casi siempre, menos radical de lo que parece por lo lento que es el cambio en las reglas informales.

North argumenta que en la medida en que las instituciones incentiven a los individuos a la creación de riqueza con una visión de largo plazo, serán más eficientes para lograr el desarrollo. Para ello garantizar creíblemente los derechos de propiedad es condición fundamental. También es condición necesaria, pero no suficiente, la estabilidad institucional. En cambio, si las instituciones promueven las luchas redistributivas, si hacen de la extracción de rentas del estado la estrategia más rentable, los individuos invertirán en desarrollar capacidades rentísticas y no productivas. La mentalidad de los individuos tendrá aceptar el rentismo como modelo de comportamiento. A su vez esto hace que

3) Douglass North, Cambio Institucional y desempeño Económico. Edición Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

grupos poderosos que se favorecen con el sistema tengan intereses creados en mantener el status-quo.

Si el cambio institucional es lento y progresivo y las instituciones son tan importantes para el desarrollo económico, es necesario profundizar en el análisis de estrategias viables para transformar las instituciones ineficientes de los países en desarrollo.

Este autor, a modo de aplicación de su aproximación teórica, analiza como el cambio institucional promovió el desarrollo económico en la Inglaterra del siglo XVII. Antes de la Revolución Inglesa el rey tenía problemas de financiamiento, era tan poderoso que no podía creíblemente comprometerse a pagar sus deudas o a proteger las inversiones en su territorio. Los acreedores e inversionistas sabían que el rey podía fácilmente expropiarlos en el futuro y que tendría incentivos para hacerlo. Con la Revolución, ocurren cambios que hacen creíble la promesa de no expropiación: se establece el control del Parlamento sobre el financiamiento de la Corona, se crea un poder judicial independiente y se crea el Banco de Inglaterra para manejar el endeudamiento público. Súbitamente esta limitación del poder del rey, lo hizo financieramente solvente al obtener crédito abundante y barato. Este cambio creó las condiciones para uno de los períodos de mayor desarrollo financiero y crecimiento económico en la historia.

El enfoque de North invita a tratar de mantener en lo posible la continuidad institucional y aprovechar el cambio para eliminar los incentivos rentísticos, promover los incentivos productivos y garantizar creíblemente los derechos de propiedad.

1.5 -La intervención del Estado en la financiación de la Asistencia Sanitaria

Existen tres razones de índole económica que justifican y guían la función del Estado en la esfera de la salud:

a) La población sin recursos económicos, no siempre pueden costearse atención de salud que mejoraría su productividad y bienestar, por lo que invertir en la salud de este grupo financiada con fondos públicos puede reducir la pobreza o disminuir sus consecuencias.

b) Muchas medidas que promueven la salud son bienes públicos puros o crean grandes externalidades positivas, los mercados privados no producirían en absoluto o lo harían en cantidad insuficiente.

c) Las deficiencias de los mercados de atención de salud y seguros médicos significan que la intervención del Estado puede aumentar el nivel de bienestar al mejorar la forma en que esos mercados funcionan.

"La política sanitaria oficial es satisfactoria si conduce a un aumento del bienestar como consecuencia de mejores resultados en materia de salud, mayor equidad, mayor satisfacción del consumidor o menor costo total que en ausencia de medidas públicas, por supuesto la búsqueda de uno o más de estos objetivos no justifica por sí sola la intervención del Estado, debe haber una base para creer que este puede lograr mejores resultados que los mercados privados. Hay tres razones de carácter general por las que ello puede ser cierto: una tiene que ver con la pobreza y la distribución equitativa de la atención de salud y las otras dos se refieren a fallos del mercado". (4)

En primer lugar, hay fallos del mercado que hacen que el mercado privado no sea eficiente en el sentido de Pareto; en el mercado de asistencia sanitaria; son competencia imperfecta entre los suministradores, información incompleta de los consumidores y las externalidades.

En segundo lugar, la inequidad también representa una justificación para permitir la intervención del Estado. Un mercado privado de asistencia sanitaria podría ser eficiente en el sentido de Pareto y sin embargo, no ofrecer ningún servicio a los miembros de la población que no estuvieran asegurados y que fueran demasiado pobres para pagar estos servicios.

La principal explicación del importante papel que desempeña el Estado en la subvención de los servicios médicos tiene su origen en la preocupación por las consecuencias de la desigualdad; planteándose que no debe negarse el acceso a una asistencia médica adecuada a ningún individuo, cualquiera que sea su renta, si por alguna

4) Banco Mundial, Invertir en Salud, Indicadores del Desarrollo Mundial "Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993"

razón hay que elegir entre tratar a unas personas y no a otras, esta elección no debe basarse en la riqueza, sino en otros atributos, como; la edad, la probabilidad de que un tratamiento tenga éxito, o en último caso, en una selección aleatoria, a esta idea se le conoce como igualitarismo específico.

Otra opinión es a la que parecen apegarse muchas democracias occidentales, la cual plantea que todo el mundo tiene derecho a un determinado nivel mínimo de asistencia, al mismo tiempo a los que defienden esta teoría suele preocuparles las consecuencias que pueda tener, desde el punto de vista de la eficiencia económica.

Aunque las opiniones anteriores explican en parte el papel del Estado, puede haber otros fallos del mercado que justifiquen un tipo u otro de intervención, cada categoría de gasto público tiene, pues, una explicación diferente.

Muchos servicios relacionados con la salud, como la información sobre enfermedades contagiosas y la lucha contra éstas son bienes públicos. El uso que hace una persona de la información sanitaria no hace que haya menos datos disponibles para los demás; una persona no puede beneficiarse de la lucha contra el mosquito vector del paludismo mientras que otra que vive en la misma zona queda excluida. Debido a que los mercados privados por sí solos proporcionan demasiados pocos de los bienes públicos fundamentales para la salud, se requiere participación gubernamental para incrementar el suministro de esos bienes.

Otros servicios de salud tienen grandes externalidades, lo que quiere decir que su utilización por un individuo afecta a los demás miembros de la sociedad. La inmunización de un niño disminuye la transmisión del sarampión y otras enfermedades, lo que confiere a esa medida una externalidad positiva y los que contaminan el medio ambiente y los conductores ebrios, crean externalidades negativas. Los gobiernos deben alentar comportamientos que conlleven externalidades positivas y desalentar aquellos que las tengan negativas.

La prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza. En la mayoría de los países se considera el acceso a la asistencia sanitaria básica como

un derecho humano, por lo tanto, el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza y puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y las Organizaciones no Gubernamentales que prestan servicios de salud a los pobres y prestación a los pobres de servicios de salud públicos de forma gratuita o por debajo de su costo.

En Estados Unidos el sistema tributario trata de compensar el "impuesto injusto" que impone el destino a los individuos, en forma de gastos médicos. Medicare, el seguro médico para los ancianos, surgió en parte como consecuencia de la incapacidad del mercado para ofrecerles un seguro adecuado.

Por otro lado Medicaid también en Estados Unidos de América, nunca ha cubierto a más de dos tercios de los pobres; según las estimaciones censales, el 15 % de la población estadounidense no estaba cubierto por un seguro médico y no podía acogerse a la asistencia pública. La falta de cobertura ha supuesto la falta de asistencia en algunos casos o la asistencia gratuita, por ejemplo, en instituciones benéficas o en la beneficencia. Los hospitales podían atender gratuitamente hasta principios de los años ochenta porque podían cobrar más a los pacientes asegurados para cubrir el coste de los indigentes.

Pero en el clima más competitivo existente en la actualidad es posible que no puedan hacerlo. Si un hospital trata de cobrar unos precios más altos para sufragar la asistencia gratuita, corre el riesgo de perder pacientes a favor de otros hospitales que no lo hagan. Las lagunas existentes en la cobertura de los seguros médicos han llevado en este país a algunos congresistas a abogar por un seguro médico nacional.

Quienes opinan que el determinante principal de los tipos de servicios médicos consumidos es el propio médico, creen que el remedio acertado consiste en cambiar los incentivos que se ofrecen a los médicos. Su opinión es que lo importante es ofrecer los medios para mejorar la buena salud de la sociedad, más que para curar mejor las enfermedades.

Para conseguirlo de manera eficiente se necesitan ciertos procedimientos preventivos. Los defensores de este sistema creen que estas organizaciones tienen más incentivos que los servicios médicos tradicionales para suministrar "salud" eficientemente, es decir,

para promover una medicina preventiva adecuada y para combinar las consultas internas y las externas de la manera apropiada, debido a que les interesa que el coste de sus obligaciones contractuales sea menor que los ingresos obtenidos de antemano.

"El Sistema de Salud Mexicano ha mostrado el dinamismo necesario para adaptarse a su entorno cambiante, el país volvió a jugar un papel pionero cuando en 1983 inició un proceso de cambio estructural que ha sido ejemplo para muchos otros países. Ante las múltiples transiciones (demográfica, económica, etc.) que México ha experimentado surge la necesidad de diseñar, con la participación de toda la sociedad, nuevos esquemas para el financiamiento y la prestación de los servicios de salud" (5).

En forma simultánea con su propia dinámica interna, el sistema de salud debe enfrentar un entorno de cambio. La estructura económica, las formas de organización social, los esquemas de participación política, las características del medio ambiente, el grado de urbanización, la situación de la fecundidad, los niveles educativos, las expectativas sociales, los avances tecnológicos, las condiciones y los estilos de vida, son todos los determinantes cruciales de la salud a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta.

Todos los determinantes mencionados han cambiado durante los últimos años a un ritmo más acelerado que las instituciones especializadas en los servicios de salud. Lo que impone la necesidad de explorar nuevas fórmulas de financiar y organizar dichos servicios, al tiempo que se consolidan los avances ya logrados.

En esta búsqueda el Programa IMSS-SOLIDARIDAD, en pos de la equidad, propone un esquema que permita no sólo avanzar en el mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de los casi 11 millones de habitantes de las zonas más marginadas del país, sino además la estabilidad laboral de los trabajadores del propio Programa, para lo cual en el siguiente capítulo se abordará de manera específica los antecedentes que sustentan este Programa.

5)Frenk, Julio y Cols., *Economía y Salud, Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México*; Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994, 1ª Edición, p. 213.

CAPITULO 2.- PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD

2.1 -Antecedentes.

Desde su inicio, la seguridad social enfrentó la dificultad de extender sus beneficios al total de la población, principalmente a los campesinos, que por su incapacidad económica, no pueden participar en un sistema de derechos y obligaciones como el que caracteriza al seguro social, en un afán por crear un sistema de protección cada vez más vinculado a la realidad nacional, se incorporaron otros grupos de trabajadores al IMSS;

- a) 1954, Trabajadores asalariados del norte del país.
- b) 1959, Trabajadores urbanos independientes.
- c) 1960, Trabajadores estacionales del campo y miembros de sociedades de crédito ejidal.
- d) 1963, Productores de caña y sus trabajadores.
- e) 1965, Ejidatarios y productores de escasos recursos.

En 1973, con la intención de hacer efectiva la extensión de los beneficios de la seguridad social a la población marginada, se expidió una nueva Ley del Seguro Social que estipula la obligación del Instituto a otorgar servicios de Solidaridad Social a dicha población, principalmente, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.

Es así que en 1974, se creó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, estableciendo servicios de Solidaridad Social para la población ixtlera del país, construyendo 7 Clínicas Hospitales de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) para que funcionen como unidades de primer nivel de atención.

Para 1976, su red de servicios comprendía 30 hospitales y las 310 Unidades Médicas Rurales (UMR) mencionadas, infraestructura ubicada en 19 entidades federativas y con la que se atendía a 3.8 millones de solidariorhábientes. En 1977, la Presidencia de la República, con la participación de 11 dependencias encargadas de promover el desarrollo rural en materia de educación, abasto alimentario, servicios públicos, caminos,

electrificación y apoyo a la economía campesina, creó la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y por conducto de la misma el 25 de mayo de 1979, suscribió con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para extender la infraestructura de servicios de salud y ampliar su cobertura a 10 millones de beneficiarios de zonas semidesérticas y marginadas de la república.

Mediante esta acción, el Ejecutivo confirió al IMSS la responsabilidad de organizar y administrar los servicios de Solidaridad Social, tomando en consideración su liquidez financiera y su estructura administrativa, así como la amplia experiencia que el Instituto tenía en la atención a la salud de los trabajadores; de esta forma, el Programa comenzó a identificarse como IMSS-COPLAMAR.

Dentro de este convenio, se estableció que COPLAMAR tendría la responsabilidad de vigilar que la comunidad desarrollara jornadas de trabajo comunitario como contraprestación a los servicios recibidos y cuyo cumplimiento constituía una obligación genérica de las localidades rurales, que encausaba el derecho de sus habitantes al disfrute de los servicios. Los trabajos comunitarios consistían en realizar actividades que, directa o indirectamente, propiciaban la elevación del nivel sanitario y social de esas poblaciones conforme a sus necesidades.

Al finalizar la etapa de 1979 a 1982, el Programa IMSS Solidaridad contaba ya con una red de servicios integrada por un total de 3,025 Unidades Médica Rurales (UMR) y 60 Hospitales Rurales "S" (HR"S"), la mayor parte de esas instalaciones ubicadas en comunidades pequeñas y de difícil acceso, con lo que abarcaba a todo el país con excepción del Distrito Federal. En febrero de 1983, se elevó a rango constitucional el derecho a la salud de todos los mexicanos y el Estado empezó a impulsar acciones para hacerlo efectivo. Es por ello que en abril de ese año, se decretó la desaparición de COPLAMAR otorgándose la total responsabilidad operativa del Programa al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta circunstancia, con base en la experiencia institucional y en las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre atención primaria, permitió transformar el modelo médico de atención establecido desde los inicios de la solidaridad social en un innovador Modelo de Atención Integral a la Salud, que homologó su forma de

operación para dar una mejor atención a la diversidad de condiciones sociales y culturales de la población solidariohabitante.

La etapa presidencial de 1983 a 1988, fue propicia a la influencia de tesis políticas que tenían por objeto vigorizar el federalismo, democratizar los asuntos públicos y dar mayor eficacia a la gestión de la administración pública, a partir de las cuales, a partir del 8 de marzo de 1984, se decretó la descentralización a los gobiernos de los estados, tanto de los servicios prestados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia como por el Programa IMSS-COPLAMAR.

Este proceso se llevó a cabo a partir de 1985, entregando los servicios del Programa a 14 estados (Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Quintana Roo). Se transfirieron a dichas entidades federativas funcionando en condiciones satisfactorias, 23 HR"S" y 911 UMR, infraestructura que actualmente es operada por la Secretaría de Salud y los Gobiernos Estatales. El Programa, continuó operando 50 HR"S" y 2 404 UMR, con los que a mediados de los ochenta se atendía a 9 millones de solidariohabitantes incluidos los refugiados guatemaltecos que desde 1981 comenzaron a establecerse en territorio mexicano.

En la administración de 1988 a 1994, el Gobierno Federal estableció el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) como una de las líneas estratégicas del Plan Nacional de Desarrollo, para emprender una lucha frontal contra la pobreza extrema mediante la suma de esfuerzos coordinados de los tres niveles de gobierno y los concertados con distintos grupos sociales. A partir de 1990, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a IMSS-Solidaridad para hacer más congruente su nombre con la filosofía que le dio origen.

Como parte del PRONASOL y con objeto de ubicar servicios permanentes de salud a más localidades con población abierta, en la etapa de 1989 a 1994, se desarrollo el Programa de Ampliación de Cobertura que propició un crecimiento extraordinario en la infraestructura de IMSS-Solidaridad, pues en esos años se construyeron en todo su universo de trabajo 1 111 nuevas unidades de primer nivel y 10 hospitales rurales, este crecimiento permitió que la población atendida alcanzara casi 10.3 millones de personas,

la financiación de estas unidades fue con recursos económicos proporcionados por PRONASOL.

De 1992 a 1996, la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad se dieron a la tarea de identificar aquellas localidades donde ambas instituciones mantenían instalaciones, incorporándose al Programa 9 centros de salud de dicha secretaría, así como 6 unidades que atendían población asegurada del régimen obligatorio en San Luis Potosí, en razón de que la población solidario-habiente era mayor que la población asegurada. De igual manera, pasaron a ser operadas por el Programa otras unidades que operaba el Instituto bajo un esquema modificado, 27 de primer nivel y los hospitales de Acanceh, Izamal y Maxcanú.

Durante 1998, se instrumentó el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), como una política del Gobierno Federal dirigida a las familias en extrema pobreza, en materia de salud, este programa establece que dichas familias deben ser atendidas, por las instituciones de salud presentes en las áreas rurales, para lo cual IMSS-Solidaridad que habita en localidades integradas a las 225 micro regiones conformadas para operar el proyecto.

Actualmente, el Programa opera una red regionalizada de servicios, integrada por 3,540 Unidades Médicas Rurales y 69 Hospitales Rurales, con los que se atiende a cerca de 10.9 millones de personas que habitan en comunidades marginadas.

Por todo lo anteriormente expuesto, IMSS-Solidaridad es definido como un programa del Ejecutivo Federal, que opera con recursos federales al 100%, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual promueve tanto el derecho a la salud como el bienestar individual y colectivo de millones de mexicanos que en el medio rural, no tienen acceso a los servicios de seguridad social.

2.2 -Bases Jurídicas.

El Congreso Constituyente de 1917 fue muy visionario al incluir en nuestra Carta Magna las garantías sociales, en particular las disposiciones contenidas en el Artículo

123, cuya fracción XXIX establece: "Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y 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". Posteriormente, ya consolidada la Revolución, al mismo tiempo que se realizaban reformas económicas fundamentales, el 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, por la que se creó la institución destinada a proteger al trabajador asalariado y a su familia contra riesgos de la existencia mediante aportaciones de los trabajadores, los patrones y el Estado, destacándose para fines del presente trabajo, los siguientes artículos:

- a) Artículo 2; La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.
- b) Artículo 4; El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.
- c) Artículo 214; Las prestaciones o servicios de solidaridad comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria en la forma y términos establecidos en los artículos 215 y 217 de esta Ley.
- d) Artículo 215; El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente a favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salud y demás Instituciones de Salud y Seguridad Social.

- e) Artículo 216; El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta Ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del Régimen Obligatorio.
- f) Artículo 217; Las prestaciones de Solidaridad Social serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiados.
Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley.
- g) Artículo 234; La Seguridad Social se extiende al campo mexicano, en los términos y formas que se establecen en la presente Ley y los reglamentos respectivos.
- h) Artículo 235; Las mujeres y los hombres del campo que tengan el carácter de trabajadores independientes, respecto de quienes no medie ninguna relación de subordinación laboral, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; así como los ejidos y otras formas superiores de organización, podrán acceder a la seguridad social en la forma y términos que señala el artículo 13, a través de convenio de incorporación voluntaria al régimen obligatorio o mediante el seguro de Salud para la Familia establecido en el artículo 240 de esta Ley.
- i) Artículo 236; Aquellos productores del campo que estuvieran incorporados por la vía de Decreto Presidencial a la seguridad social, podrán afiliarse al régimen de seguridad social de los previstos en la presente Ley, que resulte más conveniente a sus condiciones productivas y de ingreso. En el caso de los cañeros, tabacaleros y otras ramas productivas especializadas se incorporarán con las modalidades que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la fracción III del artículo 12 de esta Ley.
- j) Artículo 237; Los trabajadores asalariados, eventuales y permanentes en actividades del campo, se comprenden en el artículo 12 fracción I, de esta Ley y accederán a la seguridad social en los términos y formas que establezca la presente Ley y conforme a las modalidades que para el efecto establezca el Reglamento de Afiliación.

- k) Artículo 238; 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, bajo la forma y términos que establecen los artículos 214 a 217 de esta Ley.
- l) Artículo 239; El acceso a la seguridad social de los sujetos a que se refiere el presente Capítulo (de la seguridad social en el campo) podrá ser apoyado por el tercer aportante establecido en el artículo 230 de esta Ley. En cualquier caso éstos podrán acceder al Seguro de Salud para la Familia regulado por este ordenamiento.

Conviene resaltar que en la edición de la Ley de 1997: La situación jurídica de este tipo de trabajadores se modifica con la Nueva Ley, si se compara con la de 1973 y ahora tienen derecho a recibir idénticas prestaciones que los trabajadores urbanos, este cambio tiene su motivación en que el legislador considera que el patrón en el medio rural tiene la capacidad contributiva suficiente para pagar las cuotas del Seguro Social.

Cabe señalar que la Ley General de Salud, en sus artículos 35 y 36, establece los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación, en relación con los servicios a población abierta;

- a) Artículo 35; establece que son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por los criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
- b) Artículo 36; señala que, para la determinación de las cuotas de recuperación se tomarán en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario; las cuotas se establecerán basándose en los principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos o en las zonas de menos desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

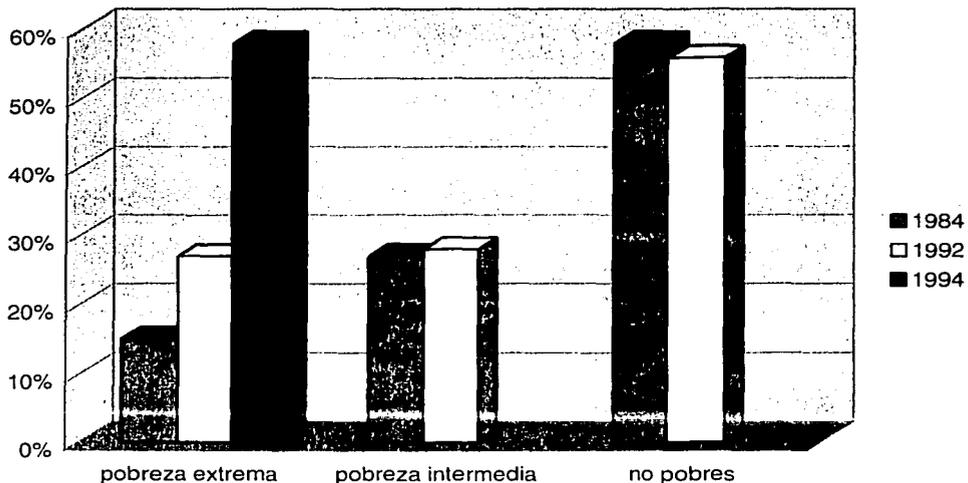
Lo anterior implica que la ubicación del Programa en zonas eminentemente marginadas o de menos desarrollo económico y social tácitamente lo exime del cobro de cuotas de recuperación, por otra parte, estando los servicios de solidaridad social vinculados íntimamente al desarrollo de la seguridad social, se espera que los sujetos con capacidad contributiva reciban no el tratamiento de solidaridad, sino la protección aunque sea limitada, de los distintos esquemas de aseguramiento acordes con su capacidad contributiva.

Por otro lado y en relación al presente ensayo, durante la última revisión del Contrato Colectivo de Trabajo efectuada en octubre del 2001, se acordó incorporar una cláusula que a la letra dice": El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social se comprometen a que se analice la conveniencia y posibilidad del que el Programa IMSS-Solidaridad se institucionalice, para lo cual se requerirá al propio Gobierno Federal transfiera los recursos económicos necesarios y suficientes para cubrir las obligaciones laborales, legales y contractuales, incluido el pasivo laboral correspondiente, en los términos previstos por el artículo 217 de la Ley del Seguro Social".

2.3 -Perfil de la población.

En México al igual que en los demás países de América Latina, la pobreza presenta un panorama dramático no sólo por la enorme dificultad compartida para poder satisfacer las necesidades básicas de su población sino porque la miseria y la pobreza, avasallantes en nuestros países, constituyen formas extremas que golpean la dignidad de quienes la padecen y excluyen a los individuos y las familias de los beneficios del desarrollo. (gráfica 1)

Gráfica 1. Evolución porcentual de la pobreza en México, 1984-1994



Fuente-México Social 1998, Banamex-Accival

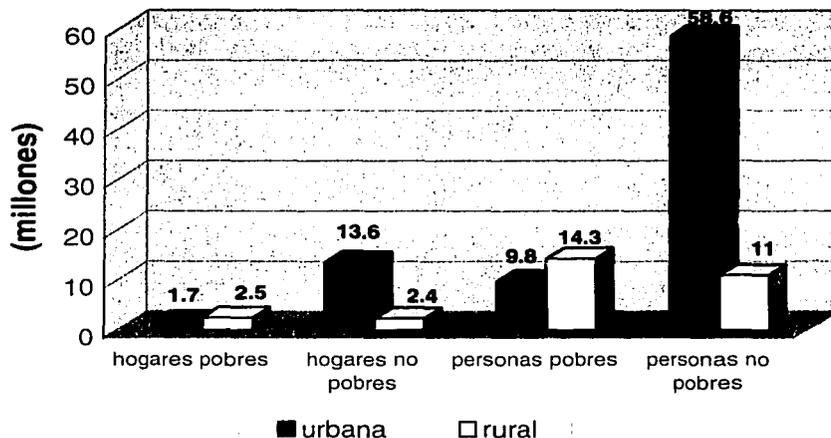
La población que atiende el Programa IMSS-Solidaridad está conformada por una variedad de grupos humanos que integran (56 etnias) un mosaico de culturas, lenguas y creencias diversas, estos interactúan en un ambiente sumamente variado en climas, orografía y recursos naturales, los cuales en la mayoría de los casos presentan degradación y deterioro, con la consecuente pérdida o contaminación de las bases materiales de la producción, como la tierra, los bosques y el agua.

Si bien la pobreza es lo que caracteriza a esta población, en el país, cabe distinguir un norte con menores carencias y mayores oportunidades de un sur que, no obstante su enorme riqueza de recursos naturales, registra los índices más elevados de pobreza extrema y dispone de menores alternativas de desarrollo, razón por la cual genera una migración elevada. Dentro de este contexto, destacan las poblaciones indígenas cuya situación en cualquier parte de la república se caracteriza por su aislamiento, pobreza o indigencia, encontrando en esas comunidades los mayores rezagos en salud.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ha estimado que la proporción de pobres en el campo, es mucho mayor que en las ciudades y que el porcentaje de pobres rurales sobrepasa al sector que en esas mismas condiciones habita en zonas urbanas. De esta manera queda claro que el problema de la pobreza en México es básicamente rural; como se aprecia en la gráfica 2, en las localidades rurales menores a 2 500 habitantes, uno de cada dos hogares es pobre.

Gráfica 2. México: condición de pobreza por tipo de localidad, 1997



Fuente: Sedesol y Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, 1997

El panorama que ofrece el universo de trabajo del Programa es más grave debido a que el 90 % de las localidades que atiende son menores de 500 habitantes, carecen de servicios y están alejadas de los polos de desarrollo.

Esta situación influye directamente en el fenómeno migratorio del campo a la ciudad, ya que los pobres del medio rural emigran a menudo a las urbes en busca de mayores oportunidades de empleo.

Para caracterizar y estratificar la pobreza en el territorio nacional se han realizado diversos estudios que combinan indicadores de bienestar con otros que pretenden identificar la desigualdad económica y social, entre los primeros se incluye; analfabetismo,

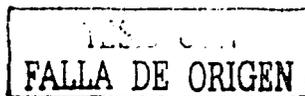
población ocupada en el sector primario; viviendas sin agua entubada, drenaje ni energía eléctrica, con piso de tierra y un elevado promedio de ocupantes por cuarto.

Con el objeto de valorar la dimensión estructural de la marginación social, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) realizó un análisis de las carencias que se presentan en todos los estados del país, en el cual se destaca; que el 53 % de las localidades del país se encuentran en la categoría de muy alta marginación, 25% en la categoría de alta y 15 % en la de marginación media; otro 6 y 5 % de las poblaciones del país presentan marginación baja y muy baja, respectivamente. Más de la mitad de las localidades de la república, que concentran al 17 % de la población nacional están en las categorías de alta y muy alta marginación, por Delegación en las que opera el Programa, el panorama se describe en el cuadro 1.

**CUADRO 1. GRADO DE MARGINACION POR DELEGACIÓN, PROGRAMA
IMSS-SOLIDARIDAD**

GRADO DE MARGINACION	DELEGACION.
Muy alta	Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz y Puebla.
Alta	San Luis Potosí, Zacatecas, Campeche, Yucatán, Michoacán y Durango
Media	Nayarit y Sinaloa.
Baja	Tamaulipas, Chihuahua y Coahuila.
Muy Baja	Baja California y Valle de México 4.

Fuente: Consejo Nacional de Población. Indicadores Socioeconómicos e Índice de Marginación por la Calidad en México, CONAPO, México, 1997.



Sumado a lo anterior, los resultados del censo del universo de trabajo del Programa IMSS-Solidaridad realizado en 1999, muestran que 16.5 % de la población de 12 años y más es analfabeta, situación que se agrava en las delegaciones de Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz, donde el indicador supera el 20 %. Por otra parte, se registró que 30.5 % del grupo de 15 años y más no han terminado la primaria, superando esta cifra las delegaciones de Chiapas, Chihuahua, Durango, Michoacán, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas. Estos resultados son más dramáticos en la población indígena ya que el 38.4 % de los mayores de 15 años son analfabetos; por sexo, 27.8 % de los hombres y 48.9 % de las mujeres indígenas mayores de 14 años no saben leer ni escribir. Las entidades federativas amparadas por el Programa, que presentan mayor proporción de analfabetismo en su población indígena, son Chihuahua (57.3 %) y Chiapas (50.7%).

Al terminar 2001, en las entidades donde el Programa IMSS-Solidaridad, tiene presencia, la población sin seguridad social o abierta asciende a 28.1 millones de personas de las cuales 80.0 % habitaba en los Estados con muy alta y alta marginación, 6% en los de media marginación y 14 % en los de baja y muy baja marginación.

En términos generales, el promedio de cobertura de la población adscrita en relación con la población sin seguridad social, fue de 39.19 %, encontrándose por arriba del 40 % los estados de Chiapas con 49.45 %, Oaxaca con 48.31 %, Michoacán 43.37 %, San Luis Potosí con 43.37 %, Puebla con 42.9 %, Veracruz con 41.74 % y Zacatecas con 41.11 %.

Como se puede apreciarse la atención de la salud de casi 11 millones de mexicanos que habitan en las zonas marginadas del país requiere de recursos que la aseguren, por lo que en el capítulo 3 se analizará a profundidad.

CAPITULO 3.- RECURSOS DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

3.1 -Financiamiento en las diferentes etapas de operación.

La primera etapa en la evolución de este Programa, la constituyo pues el "Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria", en la cual los servicios fueron financiados por la Federación, por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por los propios beneficiados, siendo la aportación de estos últimos la realización de trabajos personales de beneficio colectivo para las comunidades que habitan y que propicien alcanzar el nivel de desarrollo necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de la Ley del Seguro Social.

La aportación del Instituto Mexicano del Seguro Social estaba sujeta a la decisión tomada por la Asamblea General, que en reunión anual y con vista en las aportaciones del Gobierno Federal, determinaba el volumen de los recursos propios que el Instituto puede destinar a la operación del Programa.

Dichas aportaciones representaban el 40 % del ejercicio total del Programa, correspondiendo el 60 % restante a la aportación del Gobierno Federal.

La segunda etapa la constituyó el Convenio celebrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginadas de la Presidencia de la República (COPLAMAR), este Convenio en su Cláusula Novena, determina lo siguiente; para la realización de este Programa se gestionará conjuntamente que los costos de inversión y el de operación sean cubiertos por el Gobierno Federal. El IMSS se obliga a administrar y contabilizar separada y pormenorizadamente los fondos que le sean entregados para efectos de inversión y gasto corriente relativos al Programa del Ejecutivo Federal a que se refiere este Convenio, con independencia total del manejo y operación normales.

De tal manera el Programa IMSS-Solidaridad hasta 1996 contempló hacia el interior dos modalidades en cuanto a su financiamiento, el correspondiente a Solidaridad Social (40 % y 60 % IMSS y Gobierno Federal respectivamente) y el de IMSS-Solidaridad

(100% Federal), a partir de este año la asignación es Federal 100 % para los dos regímenes, ahora el IMSS proporciona con su estructura orgánica y la experiencia administrativa de casi 6 años, para lo cual aplica un instructivo específico de presupuestación, que marca los lineamientos a seguir para la estimación anual tanto de las metas como de los costos de operación de cada zona específica así como de cada inmueble.

La administración de los recursos federales autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) se realiza conforme a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y de los lineamientos que, cada año, establece el Decreto de Presupuestos de Egresos de la Federación.

3.2 -Infraestructura

Para prestar la atención se instrumentó un sistema piramidal, con dos niveles de atención firmemente entrelazados y un tercero apoyado en los hospitales regionales o estatales de la Secretaría de Salud; los dos primeros se otorgan en las UMR y en los HR"S" propios del Programa.

El primer nivel de atención médica se proporciona en las Unidades Medicas Rurales y cada una de ellas satisface las necesidades de aproximadamente 2 a 5 mil habitantes residentes en cuatro comunidades más, en promedio, denominadas localidades de acción intensiva. La localidad sede donde se establece la UMR, por lo general es el centro de concentración de servicios comerciales, educativos, religiosos, etc. y cuenta con una población de más de 500 y menos de 2 500 habitantes.

Actualmente este nivel esta constituido por 3 540 Unidades Medicas Rurales y los consultorios de medicina familiar de los 69 Hospitales Rurales. El segundo nivel de atención, por su parte, está conformado por el resto de los servicios hospitalarios, que incluyen la consulta externa de las especialidades básicas (medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y cirugía general).

Cada una de las unidades médicas rurales están a cargo de un equipo de salud conformado por un médico (pasante en servicio social o médico titulado) y dos auxiliares de área médica; una de ellas trabaja de lunes a viernes mientras que la otra atiende la unidad sábados y domingos y días festivos, con lo que se garantiza la atención todo el año, son originarias o residentes de la localidad; en aquellas áreas donde existe población indígena, las auxiliares hablan el o los dialectos regionales además del español, para facilitar la comunicación entre la población y la institución.

Con el fin de otorgar los servicios en forma permanente, el médico vive en la unidad, la cual cuenta con un consultorio y farmacia, área de exploración y curaciones, sala de espera con sanitario para pacientes y un cubículo con dos camas para observación, además de la vivienda del médico, disponen de un mobiliario funcional e instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias; de esta manera dispone de los servicios básicos y el equipamiento necesario para atender hasta el 85 % de la demanda originada por los padecimientos más frecuentes.

En el caso de los hospitales rurales, la asignación de recursos se da en función del número de camas autorizadas, que a su vez se determina por la productividad de manera que un hospital cuenta en promedio con 40 camas y 128 plazas de las diferentes categorías.

Además de los servicios de hospitalización, de la consulta externa de primer nivel y de las especialidades básicas, cuentan con servicios de Odontología, Medicina Preventiva, Vigilancia Epidemiológica, Trabajo Social, Laboratorio, Radiología, Archivo, Farmacia, Quirófano, CEYE, Tococirugía, Dietología y con los Centros de Educación Nutricional y los Centros de Atención Rural al Adolescente.

Estos hospitales tienen un área construida de aproximadamente 3 800 metros cuadrados distribuidos en tres cuerpos; consulta externa, hospitalización y servicios generales.

Los servicios de segundo nivel, al igual que los del primero, funcionan todos los días del año y se otorgan a la población residente en el ámbito de responsabilidad de los

hospitales y a los pacientes derivados de las unidades médicas rurales, con las que se han integrado operativamente áreas llamadas zonas de servicios médicos.

La infraestructura de servicios del Programa se ha ido incrementando de manera paulatina, aunque su crecimiento ha sido relativamente menor en los últimos años, limitándose a las 225 micro regiones PROGRESA.

3.3 -Recursos Humanos

Para atender a la población solidariorhabiente adscrita a las unidades médicas, la plantilla de recursos humanos se distribuye por disciplinas en los diferentes niveles de la siguiente manera: la rama de enfermería cuenta con 9,347 plazas, cifra que representa 39.2 % del total, seguida por el personal médico, con 7,593 plazas que significa 31.8 %; el de servicios generales ocupa 3,201, representa 13.4 %, el administrativo 2,868, el 12.0 %y finalmente el personal paramédico 848 plazas, 3.5 % de la plantilla.

La contratación del personal se realiza a través de cuatro modalidades:

- a) Contratación de confianza por periodos indefinidos
- b) Contratación de base
- c) Contratación temporal
- d) Asignación de personal becario (residentes de las especialidades básicas y pasantes en servicio social); esta última modalidad se da a través de concertaciones con las diferentes Universidades del país,

El control central le corresponde a la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad, que depende directamente de la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, este órgano central tiene una plantilla que representa apenas el 1.2 % de los 23,857 trabajadores del Programa, tiene funciones normativas y de control en el ámbito interno, de coordinación y concertación en el externo.

La actividad directiva en cada delegación, la ejerce el Delegado del Instituto, quien es responsable de la administración del Programa: el Jefe Delegacional de Prestaciones

Médicas se encarga de coordinar la operación a través de uno o más equipos multidisciplinarios de supervisión.

En el nivel delegacional, se encuentran los equipos de gestión, multidisciplinarios y grupos zonales de supervisión, en este se ubica el 9.4 % del personal del Programa, (2,232 plazas).

En la operación de las unidades medicas rurales y los hospitales rurales, se tiene asignado el 90.6 % del personal (21,625 plazas).

Todo lo anteriormente expuesto implica trabajar para operar el concepto que la Organización Mundial de la Salud denomina un "Nuevo Universalismo"; el cual considera que en lugar de ofrecer toda la atención posible para toda la población, o la atención más simple y básica para los pobres, de lo que se trata ahora es de hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social.

Se considera que en México una opción viable sería la Institucionalización del Programa IMSS-Solidaridad, por lo que en el capítulo 4 se precisa esta propuesta.

CAPÍTULO 4: INSTITUCIONALIZACION DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.

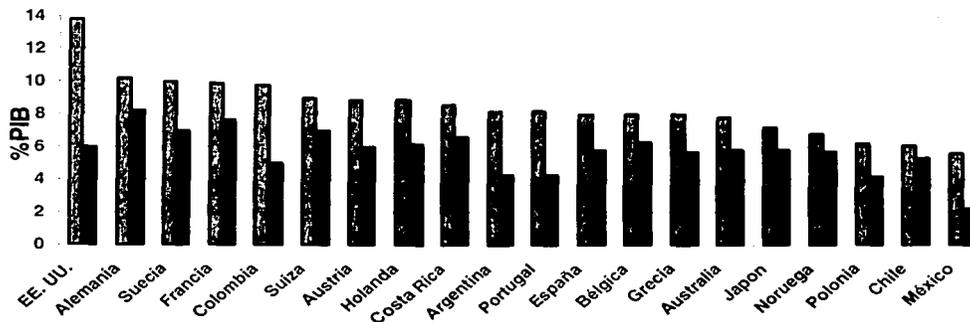
4.1 -Antecedentes.

Dado que el crecimiento económico general y en particular el que contribuye a la reducción de la pobreza y el incremento de la educación son elementos fundamentales para unas buenas condiciones de salud, es preciso que los gobiernos sigan políticas macroeconómicas apropiadas que hagan hincapié en la reducción de la pobreza. Tienen también que ampliar las oportunidades de escolaridad básica, especialmente para las niñas, debido a que el modo en que las familias y sobre todo las madres, usan la información y los recursos financieros para conformar sus decisiones en materia de dieta alimentaria, fecundidad, atención médica y otros aspectos de sus vidas tiene una influencia poderosa en la salud de cada miembro de la unidad familiar.

“Al gasto público en salud se le puede definir como la suma del gasto que hacen las instituciones de seguridad social y el gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada, en relación al promedio latinoamericano, México destina un porcentaje menor del PIB, actualmente es el 5.6 %, del cual, el 3.1 % es privado y el 2.5 % lo constituye el gasto público “(6)(gráfica 3).

6) Lara, Alejandro y Cols., “Gasto Federal en Salud en Población no asegurada”, Revista de Salud Pública de México, Vol. 39, No. 2, México, 1997

Gráfica 3. Gasto en Salud como porcentaje del PIB.



Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006

"De acuerdo a la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud aplicada por FUNSAUD en 2000, el 16 % de la población posterga la atención médica a causa de los costos, de estos quienes retrasan más frecuentemente la atención médica son los discapacitados (36 %) y los mayores de 65 años (35 %). Por otra parte, la misma encuesta revela que el 3 % renuncia por la misma razón. El problema de postergación o renuncia se agrava cuando se trata de atención médica de especialidad. El 21 % de la población encuestada señala haber tenido problemas para pagar los servicios del médico y los gastos derivados de la estancia en hospital y uno de cada 3 (31 %) haber tenido que efectuar recortes en el gasto familiar para poder cubrir los costos de atención médica. Conforme a lo esperado, quien restringe más los gastos por causa de la atención médica es la población de menores ingresos (35 %), los que viven en zonas rurales (44 %)". (7)

A pesar del bajo nivel de recursos destinados a la provisión de servicios públicos, el Sistema de Salud actual ha contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de la población mexicana. Siendo un hecho que para seguir enfrentando los retos que se presentan es necesario incrementar el porcentaje del PIB destinado al gasto en salud y dirigir los recursos adicionales para poder disminuir las brechas que han generado desigualdades importantes en el sistema.

7) Secretaría de Salud, "Programa de Acción: Protección Financiera en Salud", México, 2002, p.p. 14-15.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Debido a que la competencia y la diversidad pueden hacer que mejore la calidad y bajen los costos, los gobiernos deberían fomentarlas en la esfera del suministro de servicios e insumos del sector de salud, en particular medicamentos, materiales y equipos. En los casos en que ello sea factible, esto podría incluir la prestación por el sector privado de servicios de atención de salud financiados con fondos públicos o mediante seguros sociales. Hay también considerable margen para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud estatales, por medio de una combinación de descentralización, incentivos basados en el desempeño para los administradores y médicos clínicos y sistemas conexos de capacitación y fomento de la gestión".(8)¹

El proceso de Institucionalización es una estrategia que se propone para avanzar en esta importante tarea, la cual toma en cuenta lo planteado en el Diario Oficial del viernes 15 de marzo del 2002, en las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa IMSS-Solidaridad, en las cuales se hacen las siguientes consideraciones:

- a) Que el Programa IMSS-Solidaridad es un Programa del Ejecutivo Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que promueve el derecho a la salud y al bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los Servicios de Seguridad Social.
- b) Que los recursos que se asignan al Programa IMSS-Solidaridad constituyen un subsidio federal, por lo que su ejercicio y control debe cumplir con lo estipulado en el Decreto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2002.
- c) Que el Instituto Mexicano del Seguro Social como administrador de los recursos fiscales asignados al Programa, distribuye a través de su estructura institucional lo necesario para el mantenimiento de la infraestructura y la operación de los servicios y a través de ella y de la Coordinación General realiza el seguimiento y evaluación del Programa.
- d) Que a nivel estatal las Direcciones Regionales y Delegaciones del IMSS son las responsables de la atención a la salud de la población beneficiaria, así como de la operación de los aspectos específicos del Programa IMSS-Solidaridad.

8) Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993, p. 6

- e) Que el Programa IMSS-Solidaridad privilegia la participación de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de salud y propicia para ello la existencia de una organización comunitaria que mediante la aplicación de una estrategia de comunicación educativa participa en la promoción de la salud, asimismo, favorece la vinculación de la medicina institucional con la medicina tradicional mexicana.

La operación del Programa IMSS-Solidaridad se inscribe dentro de los objetivos y lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud, que establecen criterios de calidad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios, promueven la concurrencia de municipios y autoridades locales para incrementar la cobertura de los Servicios de Salud y proporcionan las bases para la participación comunitaria en la disminución de los principales riesgos y daños a la salud.

A partir de 1989 en los 17 estados donde permaneció vigente, se amplió la infraestructura del Programa IMSS-COPLAMAR y se cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad. Actualmente dicho Programa, financia su operación mediante transferencias otorgadas por el Gobierno Federal que se canalizan a través del Ramo 12 "Salud". Por lo tanto, su gasto se ejerce conforme a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y a los lineamientos que cada año establece el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y sus correspondientes "Normas para el Ejercicio del Gasto".

El IMSS administra y contabiliza separada y pormenorizadamente los fondos para la operación del Programa IMSS-Solidaridad con independencia total del manejo y operación de sus propios recursos.

Los artículos 5º y 6º de Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984 la cual reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud, tiene dentro de sus objetivos relevantes: impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

Los artículos 35 y 36 de la misma Ley, establecen los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación en relación con los servicios a población abierta. La ubicación del Programa en zonas marginadas o de menor desarrollo económico y social, lo exime del cobro de cuotas de recuperación por lo que la población como contraprestación, asume el

compromiso de participar en la realización de acciones que contribuyan a mejorar su estado de salud.

En este sentido se puede observar que como resultado del apoyo que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social, al aportar su infraestructura abarata sensiblemente la atención de la población más desprotegida del país, situación que facilita al Estado que continúe haciéndose cargo, esto es evidente al analizar comparativamente la productividad de la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad en los Estados en los que opera este último, cuadro 2.

Cuadro 2. Análisis de Productividad de la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad 2002.

Concepto	Secretaría de Salud	IMSS-Solidaridad
Población	31.6	11
Unidades Primer Nivel	4 246	3 540
Unidades Segundo Nivel	146	69
Médicos por 100 000 hab.	106.7	52.2
Enf. por 100 000 hab.	157.8	64.2
Camas	70.1	26.4
Consultorios	54.1	39.8
Gabinets de RX	1.5	0.7
Quirófanos	2.4	0.7
Prom. Cons. Día Méd.	9	13
Egresos por 100 000 usuarios	2 517.4	2 207.0
Porcentaje de Ocup. Hospitalaria	58	89
Interv. Quir. Por Quirófano por año	678	1 663

Fuente: Estimaciones en base al Anuario de recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud 2002. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Boletín de Información Estadística, SSA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los indicadores internacionales señalan: 1 Médico por cada 1,000 habitantes; 1 Enfermera por cada 1,000 habitantes y 1.2 Camas también por cada 1,000 habitantes.

Como puede observarse, los indicadores de recursos humanos por cada 100,000 habitantes se encuentran muy por debajo en el Programa IMSS-Solidaridad, en comparación con los indicadores de población abierta.

Al igual que los recursos humanos, los físicos correspondientes a camas censables, consultorios, gabinetes de rayos X y quirófanos muestran cifras muy por debajo de las instituciones que atienden población abierta.

Al analizar la productividad, se observan diferencias importantes en cuanto al número de consultas por médico por día, lo cual se explica entre otros factores a la mejor aceptación de los servicios y a la prestación de los mismos las 24 horas del día de los 365 días del año, en las Unidades Médicas Rurales y Hospitales Rurales.

Aún cuando el Programa IMSS-Solidaridad cuenta con casi tres veces menos camas por 100,000 habitantes que la Secretaría de Salud, tiene una tasa de egresos por año similar, observándose una subutilización de servicios hospitalarios en los hospitales de la Secretaría de Salud de un 32 %, ya que el porcentaje de ocupación que reporta es de 58, en contraste con el Programa IMSS-Solidaridad que logra un 89 %, además de esto también se triplica el número de intervenciones quirúrgicas por quirófano.

Como ya fue referido, la fuente de financiamiento corresponde en el 100% a la Administración Pública Federal.

En el Programa Operativo Anual 2001, el presupuesto solicitado asciende a 4 mil 234 millones de pesos y para el 2002 es de 5 mil 832.5 millones de pesos, lo que representa una variación de 37.8% en el periodo.

El presupuesto autorizado y que corresponde al modificado y ejercido para el año 2001 fue de 2 mil 453.6 millones de pesos que representa solo el 58% de lo solicitado y para el año 2002 fue de 2 mil 688 millones de pesos que representa solo el 46% de las necesidades.

"El costo unitario promedio por solidariohabitante en el periodo estudiado, muestra un decremento de 3.4% al gastarse en el 2001 \$ 268 y \$ 259 en el 2002, este monto de inversión para la salud de la población beneficiada por el Programa IMSS-Solidaridad, es sumamente reducida, pues los 26 dólares USA, desembolsados son insignificantes en comparación con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud que considera un gasto de 1000 a 1500 dólares USA per cápita para otorgar servicios de salud de aceptable calidad y cobertura" (9).

Por lo que es necesario e impostergable que las autoridades con funciones de regulación y control presupuestal tomen medidas viables para enfrentar esta problemática, proponiéndose en el marco de las políticas actuales de salud y específicamente la política social del Gobierno Federal para sentar las bases de un auténtico desarrollo humano integral, el Programa IMSS-Solidaridad es un elemento invaluable para construir un nuevo modelo que permita potenciar las capacidades y generar la igualdad de oportunidades de los mexicanos con mayores índices de marginación y pobreza.

Para que el Programa mantenga la firmeza en la consecución de su objetivo básico de proporcionar servicios de salud, es fundamental lograr la seguridad laboral de sus trabajadores a través de la institucionalización.

Como ya se mencionó, durante la pasada revisión al contrato colectivo de trabajo efectuada en octubre del 2001, se acordó incorporar una cláusula en la que se establece que se analice la conveniencia y posibilidad de que el Programa IMSS-Solidaridad se institucionalice, para lo cual se requerirá al propio Gobierno Federal transfiera los recursos económicos necesarios y suficientes para cubrir las obligaciones laborales, legales y contractuales, incluido el pasivo laboral correspondiente, en los términos previstos por el artículo 217 de la Ley del Seguro Social.

Así mismo el personal pide (y aun exige) contar con seguridad laboral en el IMSS, señalando que tiene temor de que no se respeten sus derechos laborales, demanda que

9) Evaluación de Resultados del Programa IMSS-Oportunidades, Fundación Mexicana para la Salud, A. C., México, 2002.

apoya el Sindicato de Trabajadores del IMSS, a quien se enteran las cuotas de aproximadamente 5,600 trabajadores del Programa, de igual manera, el sindicato manifiesta su desacuerdo con que se desincorpore al Programa del IMSS.

La nueva Ley del IMSS abre la posibilidad de incluir el Programa en el ámbito del Instituto, a través de los artículos 214, 215, 216, 217 y 238, aprobados por el Congreso; de igual forma, posibilita el que el Seguro Social continúe apoyando al Gobierno Federal, proporcionando servicios de salud a la población abierta.

Por todo lo anterior se propone que el IMSS y el SNTSS presenten conjuntamente al Gobierno Federal un proyecto de institucionalización del Programa, que garantice estabilidad administrativa, financiera, laboral y social y que tenga en cuenta particularmente, el monto de las pensiones de los trabajadores del Programa.

De acuerdo al objetivo fundamental del nuevo sistema de pensiones en México, asegurar un ingreso estable a los trabajadores que han concluido su vida laboral, procurando que dicho ingreso guarde una relación próxima con aquel que recibió durante su vida activa.

La reforma mexicana constituye una versión ligeramente modificada de la propuesta del Banco Mundial, la más importante diferencia radica en que el primer pilar, el público de asistencia, la pensión garantizada pagada con recursos fiscales no está separada del segundo pilar, el de ahorro privado obligatorio. En efecto, sólo las personas que hayan cotizado durante 1250 semanas tendrán derecho a percibir la pensión garantizada. No se trata de una pensión mínima universal como la propuesta por el Banco Mundial, sino de una pensión selectiva y condicionada a la contribución, lo que significa que parte de los recursos para su financiamiento son aportados por el propio asegurado.

Las principales características de la cobertura del sistema mexicano son las siguientes:

1. Existe transición, los trabajadores que cotizaban en el sistema anterior podrán elegir el sistema bajo el que quieran pensionarse, los nuevos asegurados solo podrán pensionarse bajo la nueva Ley.
2. No existe el sistema mixto, aunque coexisten ambos sistemas se tiene que elegir el régimen bajo el cual desea recibir su pensión.

3. Los trabajadores nuevos que se incorporan al mercado laboral, tendrán que acogerse al nuevo sistema.
4. Existe la posibilidad de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, para los trabajadores independientes o autónomos.
5. No existe posibilidad de regreso al sistema anterior.
6. Existe la posibilidad de cambiarse de AFORE.

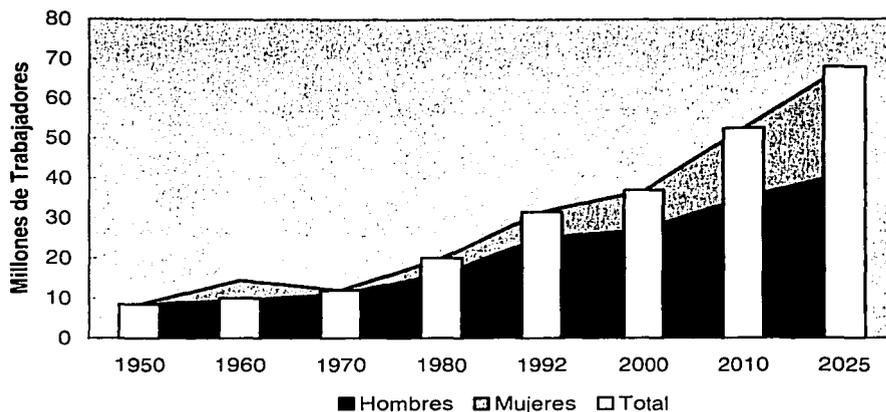
Las aportaciones provisionales al sistema están a cargo de los trabajadores, de los patrones y del Estado. El Instituto Mexicano del Seguro Social, es el encargado de recaudar las cuotas al sistema y se encarga de transferirlas a las AFORES.

4.2 Situación Financiera del IMSS

Al cierre del ejercicio contable del año 2001, el Instituto otorgó cobertura de seguridad social a aproximadamente 56 millones 400 mil mexicanos, de los cuales cerca de 45 millones 872 mil pertenecen al régimen ordinario y casi 10.5 millones más son cubiertos por el Programa IMSS-Solidaridad, constituyendo entre ambos una cobertura del 55 % del total de la población nacional; Resalta que crecerá más rápidamente la población trabajadora femenina que la masculina, del año 2000 al 2025 entrarán al mercado laboral aproximadamente el mismo número de trabajadores que tenía todo el país en 1980. Además, crecerá más rápidamente la población trabajadora femenina que la masculina., lo que tiene varias implicaciones:

- a) Se modifica la composición de los ingresos del hogar, y la demanda por las prestaciones de Seguridad Social.
- b) Menor natalidad, por una mayor permanencia de las mujeres en el mercado laboral.
- c) Demanda creciente de guarderías, que rebasa la capacidad instalada. (Gráfica 4).

Gráfica 4. Tendencias del Mercado Laboral
Tamaño de la Fuerza de Trabajo 1950-2000 y Proyecciones 2010-2025

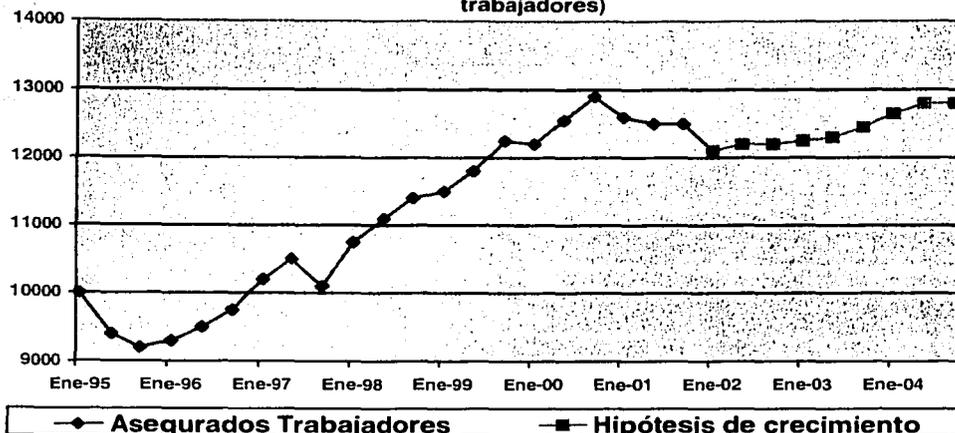


Fuente: Elaborada por el IMSS con información de la Encuesta Nacional del Empleo y la Encuesta Nacional de Seguridad Social.

La afiliación de trabajadores a diciembre de 2001 era de 12 millones 163 mil 637, los cuales, comparados con igual fecha del año 2000, representan un decremento de 382 mil 631 afiliados, significando una reducción del 3.05%. Cabe señalar que el efecto de la desaceleración económica vivida durante el 2001 ha comenzado a ser mitigado conforme la economía se reactiva, por lo que al mes de octubre del 2002, registró un incremento de 219 mil 838 afiliados, significando un incremento de 1.81% con respecto al cierre de 2001. Para las proyecciones de corto plazo se supone que haya una recuperación sostenida de empleo, en particular, se estima que los ingresos del IMSS crecerán en un 2.0% y 2.5% real en 2003 y 2004 respectivamente (Gráfica 5).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 5. Crecimiento de Afiliación de Trabajadores al IMSS.
Enero 1995-Mayo 2002 e Hipótesis Junio 2002-Diciembre 2004 (miles de
trabajadores)**



Fuente: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Resumen Ejecutivo Junio, 2002.

En el año 2001, el Instituto registró ingresos por 130,979 millones de pesos, en tanto que realizó gastos por 157,788 millones de pesos, lo que significa un déficit de 26,809 millones de pesos; para el 2002 se observa un incremento de 6.9 % en los ingresos y un 8.2 % en los gastos lo que implica un déficit superior al registrado en el 2001 en un 15 %; en las proyecciones realizadas para el 2003 y 2004, se mantiene el comportamiento en los ingresos, gastos y en consecuencia el déficit (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Proyección de Ingresos y Gastos de Operación, 2002-2004
(millones de pesos)**

Concepto	2001	2002	2003	2004
Ingresos	130,979	139,975	149,224	159,813
Gastos	157,788	170,853	181,749	195,272
Excedente (déficit)neto	(26,809)	(30,877)	(32,525)	(35,459)

Fuente: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Resumen Ejecutivo México, Junio, 2002.

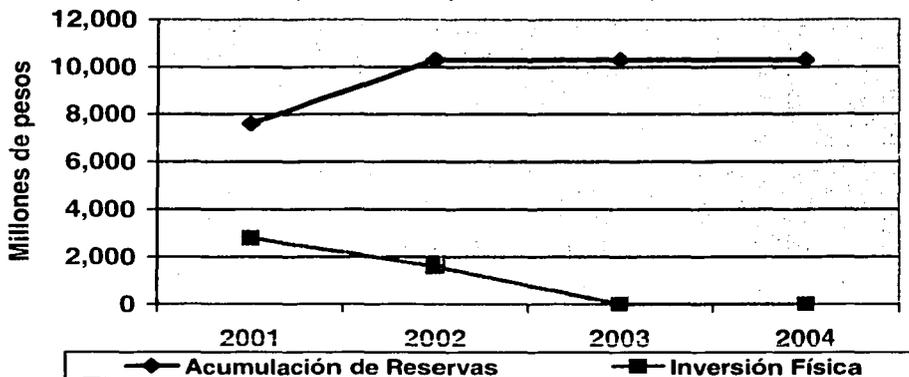
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el Programa de Inversiones Físicas para el año 2001 el presupuesto originalmente autorizado fue de 4 mil 990 millones de pesos. No obstante, debido a las disposiciones de la autoridades hacendarías, el presupuesto se modificó hasta llegar a 2 mil 288 millones de pesos. (Gráfica 6).

Entre 2001 y 2002 la meta de reservas aumentó en 30% real.

De mantenerse una meta de reservas para 2003 y 2004 igual a la del 2002, el Instituto no invertirá nada (y de hecho tendría que tomar recursos de la reserva de Operación).

Gráfica 6. Proyección de Reservas e Inversión, 2001-2004
(millones de pesos corrientes)



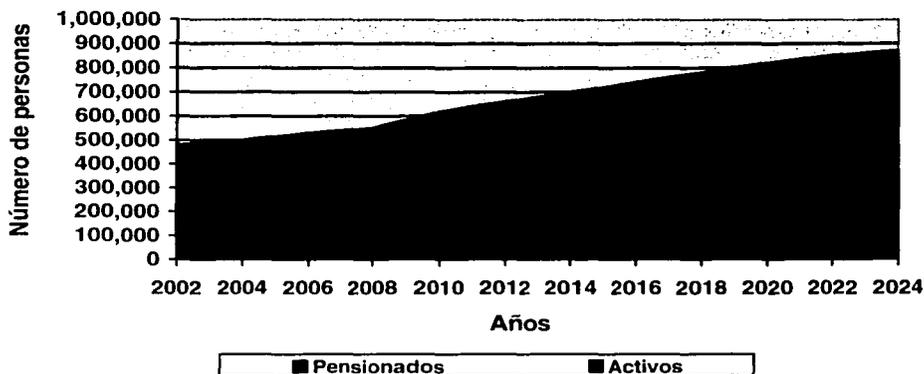
Fuente: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Resumen Ejecutivo México, Junio, 2002.

Al 31 de diciembre de 2001, el Instituto amparó a un millón 950 mil 909 pensionados, cifra 4.8% superior al mismo período del año anterior. Ello significó una erogación de 44 mil 54 millones de pesos, además de las correspondientes prestaciones médicas e institucionales. Sumado este concepto con el de subsidios y ayudas, así como con el de pensiones e incrementos a las mismas otorgadas al amparo de la Ley de 1995, las erogaciones en efectivo por prestaciones económicas ascendieron a 49 mil 968 millones de pesos.

En el 2002 existían 3.4 trabajadores activos por cada jubilado; en el 2010 habrá 2 y en el 2020 solo 1.3. (Gráfica 7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 7. Proyección de Población Activa y Jubilados del IMSS



Fuente: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Resumen Ejecutivo México, Junio, 2002.

Las reservas financieras y los fondos disponibles del Instituto, a partir de enero de 2002, y de manera trimestral como lo disponen las reformas a la ley, se ha entregado al ejecutivo federal, al congreso de la Unión y al Banco de México el informe sobre el estado que guardan las reservas; El total de las reservas del Instituto al 31 de diciembre de 2001 alcanzó la cifra de 34 mil 274 millones de pesos, de las cuales 20 mil 011 correspondieron al régimen de Jubilaciones y Pensiones, y 14 mil 263 millones a los diferentes ramos de aseguramiento.

Los cambios a la ley del Seguro social, aprobados en diciembre de 2001, disponen la creación de cuatro tipos de reservas: reservas operativas; reserva de operación para contingencias y financiamiento; reservas financieras y actuariales; y reserva general financiera y actuarial, constituidas para cada uno de los seguros y coberturas que administra el Instituto. Las reservas operativas al mes de septiembre de 2002 alcanzan la cifra de 13 mil 536 millones de pesos; la reserva de operación para contingencias y financiamiento, 3 mil 574 millones de pesos; las reservas financieras y actuariales para los seguros de Invalidez y Vida, Enfermedades y Maternidad, Gastos Médicos para Pensionados y Riesgos de Trabajo, 8 mil 490.6 millones de pesos; la reserva general financiera y actuarial, 1.4 millones de pesos; y el Fondo para el Cumplimiento de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, 21 mil 240 millones de pesos, significando un total de recursos invertidos por 46 mil 842 millones de pesos.

Al cierre del ejercicio 2001 la Afore XXI contó con un millón 300 mil 417 trabajadores afiliados y asignados, equivalente a una participación de 4.9% en el mercado. El rendimiento anualizado del fondo de inversión creció nuevamente por encima del promedio del mercado, que fue de 16.96%, al ubicarse en 18.12%. En 2001, la afore XXI obtuvo una utilidad de operación de 247.7 millones de pesos, 38% superior a la del año anterior, con lo que pagó dividendos a sus accionistas. En el mes de mayo de 2001, la empresa pagó al IMSS 60 millones de pesos por su participación accionaria.

En el mes de marzo de 2002, la participación accionaria de 50 % que estaba en manos del banco IXE fue adquirida por Prudential Financial, empresa de reconocido prestigio y solvencia en el mercado. La Afore XXI ha mantenido sus objetivos sociales, entre ellos el de propiciar la reducción de las comisiones que se cobran a los afiliados. De esta forma, en el mes de octubre de 2002, la empresa fue autorizada por la comisión Nacional del sistema de ahorro para Retiro para efectuar una disminución en su comisión sobre flujo, la cual pasará de 1.45% a 1.30% en el 2003. Además, se otorgarán descuentos por permanencia, mismos que aplicarán a partir del sexto año de la afiliación del trabajador a la Afore.

En el período enero-septiembre de 2002, Afore XXI afilió a un total de 52 mil nuevos trabajadores, con un ritmo de crecimiento del 8%. En este mismo período la empresa ha recibido asignaciones por un total de 423 mil cuantas, con lo que el total de cuentas administradas por afore XXI llegó a 1.7 millones, el 6.1% del mercado. A este corte, la utilidad de operación registrada llegó a 298.5 millones de pesos, lo que permite anticipar un buen cierre para el ejercicio.

4.3 -Estrategias para operar la Institucionalización

Como ya se mencionó el Programa IMSS-Solidaridad actualmente beneficia a aproximadamente 11 millones de habitantes de 16,637 comunidades rurales pertenecientes a 1,266 municipios de 17 entidades federativas del país.

El programa opera su infraestructura de servicios con una plantilla de cerca de 24,000 trabajadores, 2,910 son de confianza, 8,350 de base, 619 temporal, 4,761 becarios, 860 residentes y 6,357 eventuales, mas del 98 % de la plantilla se encuentra en las delegaciones y en las unidades operativas, mientras que el nivel central funciona con 291 plazas, integradas en unidades administrativas multidisciplinarias.

El perfil del personal respecto a su permanencia en el Programa, muestra que cerca de 1,600 tienen entre 20 y 30 años de antigüedad; más de 5,000 están entre los 11 y 20 años de antigüedad y aproximadamente 15,000 tienen menos de 10 años de antigüedad.

Por otra parte respecto a la edad, casi 17,000 tienen 40 años de edad o menos, 4,500 tienen entre 41 y 50 años y suman alrededor de 900 los trabajadores mayores de 50 años.

Las estrategias que se proponen para operar la institucionalización incluye:

- a) Lograr la redefinición del financiamiento del Programa IMSS-Solidaridad dentro del presupuesto de egresos de la Federación, transfiriéndolo del Ramo XII al XIX.
- b) Definir la situación jurídico- laboral de los trabajadores del Programa IMSS-Solidaridad
- c) Definir el régimen de jubilaciones y pensiones para los trabajadores del Programa
- d) Formular un apartado que rijas las relaciones laborales del Programa e incorporarlo al Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS.
- e) Regularizar los bienes patrimoniales del Programa.

4.4 -Costo de la propuesta

Se estima que habría un incremento directo aproximado del 35 al 45 % en el capítulo de personal; es decir, cerca de 800 millones de pesos, los que se suministrarían anualmente, de acuerdo a un crecimiento promedio de 500 plazas por año (cifra que deberá precisarse mediante cálculos actuariales).

Los recursos económicos, que involucra esta propuesta, serán aplicables progresivamente y en términos de los inventarios, padrón inmobiliario y el número de trabajadores que se vayan jubilando.

Respecto al costo de mediano y largo plazo que implicaría la institucionalización del Programa, hay que apuntar que la reserva para el Fondo de Jubilaciones y Pensiones del personal, ha sido calculada por un despacho de auditoría externa en una cifra de \$4 mil 128.3 millones de pesos, cálculo realizado a finales del año 2001. de esta cantidad, habría que descontar 2 mil 100 millones de pesos que los trabajadores del Programa y el Instituto aportaron ya a dicho fondo en los años anteriores.

Se han hecho otros cálculos respecto de lo que se requeriría en caso de tener que liquidar a 9 600 trabajadores susceptibles; la cantidad necesaria oscilaría entre aproximadamente 1 500 y 3 000 millones de pesos, según que liquidación se hiciera conforme a la Ley Federal del Trabajo o del Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS.

Conclusiones.

De acuerdo con los planteamientos realizados, se puede concluir que al conservar el IMSS la Solidaridad Social y los servicios del Programa IMSS- Solidaridad, previstos en la ley desde 1973, como parte de la Seguridad Social Mexicana, sería una estrategia costo beneficio aceptable para el país, que contribuiría a disminuir los rezagos en salud y alcanzar el objetivo final de acercar los indicadores de salud de todos los estados, a los estándares establecidos nacional e internacionalmente.

El Programa IMSS-Solidaridad, mantendría la firmeza en la consecución de su objetivo básico de proporcionar servicios de salud para cubrir las necesidades de la población indígena y campesina de por lo menos 17 estados de la república, a costos aceptables para el país, que permitiría seguir contando con servicios de salud de calidad como un factor fundamental para mejorar las condiciones de salud y bienestar de estas familias.

Esto evidentemente contribuiría a disminuir la desigualdad en la distribución de recursos y en consecuencia la pobreza de la población más desprotegida de México, optimizando los recursos mediante la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud, en el que participa en forma activa y comprometida la propia comunidad.

Se considera que la estrategia optimizaría el presupuesto ejercido para la atención de población abierta, ya que aun cuando a partir de 1992 se han observado tasas reales de crecimiento, siendo estas ligeramente mayores que las tasas de crecimiento del presupuesto ejercido por las instituciones de seguridad social, (tomando en cuenta que tradicionalmente, el gasto de las instituciones de seguridad social responsables de alrededor del 54 % de la población total, en contraste al gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada, que atienden aproximadamente al otro 45 %), este continua representando una proporción infinitamente menor.

La institucionalización del Programa tendría un costo menor al que tendrían los servicios administrados por la Secretaría de Salud y los Gobiernos de los Estados, particularmente si se toma en cuenta el apoyo administrativo y logístico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El costo del proceso sería pagado por el IMSS y el Gobierno Federal, paulatinamente y dentro de un lapso de tiempo programable que se ajustaría a la disposición de recursos del propio Gobierno Federal.

Ya que este ha permitido a los niveles de precios actuales, la inversión per cápita del Programa IMSS-Solidaridad de 25.5 dólares USA en comparación con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de 1000 a 1500 dólares USA, se podrá continuar contribuyendo al logro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud, referentes al incremento de cobertura de la población con mayor rezago social y económico y a la prestación de servicios de salud con una aceptable calidad básica homogénea, recomendaciones contenidas en el artículo 4º de nuestra Carta Magna en donde se establece la igualdad de todos los mexicanos y el derecho a la protección de la salud.

En análisis de recursos y productividad confirma que aún cuando los indicadores de recursos humanos y físicos se encuentran muy por debajo de la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Solidaridad, la productividad expresada en consultas, ocupación hospitalaria e intervenciones quirúrgicas es mayor.

El Programa IMSS-Solidaridad se constituiría en puerta de entrada al aseguramiento de grupos sociales rurales emergentes, posibilidad contemplada en la propia Ley del Seguro Social.

En el marco de las políticas actuales de salud y específicamente la política social del Gobierno Federal para sentar las bases de un auténtico desarrollo humano integral, el Programa IMSS-Solidaridad, es un elemento invaluable para construir un nuevo modelo que permita potenciar las capacidades y generar la igualdad de oportunidades de los mexicanos con mayores índices de marginación y pobreza.

Para que el Programa mantenga la firmeza en la consecución de su objetivo básico de proporcionar servicios de salud, es fundamental lograr la seguridad laboral de sus trabajadores a través de la institucionalización, de cara a la sustentabilidad de un Programa que ha demostrado con hechos a lo largo de 23 años su efectividad y

experiencia de trabajo con la comunidad, se requiere asegurar su solidez mediante la estabilidad laboral de sus trabajadores.

Esto apoyado también por el argumento de North quien plantea que en la medida en que las instituciones incentiven a los individuos a la creación de riqueza con una visión de largo plazo, serán más eficientes para lograr el desarrollo. Para ello garantizar creíblemente los derechos de propiedad es condición fundamental. También es condición necesaria, pero no suficiente, la estabilidad institucional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayala Espino, José, *Economía del Sector Público Mexicano, Esfinge Grupo Editorial, México, 2001, p.p. 493-562.*
2. Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial Estados Unidos de América, 1993, pp. 18-37 y 53-67.
3. Contrato Colectivo de Trabajo, del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2001.
4. Cuadernos FUNSALUD, número 27, Salud, Presente y Futuro, Oportunidades y Retos del Binomio Empresa/Salud, México, 1997, p.p. 32-37.
5. Diagnostico de Salud de las Zonas Marginadas Rurales de México, Prioridades y resultados 1991-1999, pp. 27-35, 39-70 y 77-79.
6. Douglass North, *Cambio Institucional y Desempeño Económico. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.*
7. *Evaluación de resultados del Programa IMSS-Oportunidades, fundación Mexicana para la Salud, A.C., México, 2002.*
8. Frenk, Julio y Cols., *Economía y Salud, Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994, 1ª Edición, pp. 213 - 241.
9. Frenk, Julio, *Observatorio de la Salud, Necesidades, Servicios y Políticas*, Editor Julio Frenk, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1997, 1ª Edición, pp.143-172 y 285-306.
10. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Resumen Ejecutivo, Junio, 2002.
11. Kerr L. White, Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología, Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1992, pp. 265-288, 528-534 y 1098-1120.
12. Lara, Alejandro y Cols., "Gasto Federal en Salud en Población no Asegurada", Revista de Salud Pública de México, vol.39, No. 2, México 1997, p.p.102-109.
13. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud", pp 15 - 20 y 83 - 102.
14. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, "
15. Programa de Acción: Protección Financiera en Salud, Secretaría de Salud, México, 2002, p. 13.
16. Stiglitz, Joseph, *La Economía del Sector Público*, Antoni Bosh, Editorial Barcelona, 1988, 2ª Edición, pp 314-340 y 360-379.