



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

PRESUPUESTO ASIGNADO AL HOSPITAL REGIONAL  
DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR  
ACOSTA IMSS PERIODO, 2007-2008

T E S I S A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ECONOMÍA  
P R E S E N T A  
MARÍA DEL ROCIO CEDILLO AGUILAR



ASESOR  
PROF. JOSÉ LUIS PÉREZ BERMUDEZ

MÉXICO, D.F.

2009



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI HIJA MARIANA:**

Por haber tenido tolerancia, paciencia y amor de muchas horas de trabajo; dedicación y mucho entusiasmo de terminar mi carrera por muchos años truncada.

### **A MI ESPOSO JOAQUIN:**

Por su cariño y porque me ayudo a mantener estabilidad en el hogar con el propósito de que estuviera plenamente concentrada.

### **A MIS HIJOS ABRAHAM Y NESTOR:**

Por su amor.

### **A MIS PADRES Y HERMANOS:**

Por el apoyo moral, por darme ánimos de seguir adelante y su motivación para terminar la carrera.

### **A MIS SINODALES:**

Por las observaciones que me hicieron y fructificaron la investigación.

### **A LOS DOCTORES:**

- Gregorio Aramayo Diez de Medina: Por sus comentarios de la aplicación de la psiquiatría en distintos padecimientos mentales.
- Irineo Guzmán: Por sus acertados diagnósticos en tratamientos de pacientes psiquiátricos.

### **A LA UNAM:**

Por ser una institución con valores críticos y científicos que está al servicio del pueblo y que forma profesionales distinguidos.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>1.1 JUSTIFICACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>1.2 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>

## **CAPITULO I**

### **GASTO PÚBLICO EN SALUD PERIODO 1995 a 2007.**

<b>1 Introducción</b>	
<b>1.1 Condiciones generales de la Población Mexicana en Salud</b>	<b>17</b>
1.1.1 Transición Demográfica-Epidemiológica	17
1.1.2 Demanda de servicios	17
1.1.3 Enfermedades que ocasionan más pérdida de años de vida saludable	18
1.1.4 Rezago epidemiológico	18
1.1.5 Desigualdad social	19
<b>1.2 Gasto Público en Salud y la Reforma al Sector</b>	<b>19</b>
1.2.1 Participación del Gasto en Salud en el PIB	19
1.2.1.1 Tasas de Crecimiento	21
1.2.2 Distribución del gasto en salud	21
1.2.3 Gasto Público en Salud y la Seguridad Social	22
1.2.4 Seguro Popular	22
1.2.5 Política Presupuestal	24
1.2.6 Seguro Universal	24
1.2.7 Políticas Sociales Regresivas	25
1.2.8 Reforma al Sistema Nacional de Salud y Política Presupuestal	26
1.2.9 Descentralización del Presupuesto, Objetivo: IMSS	28
1.2.10 Sistema Plural de Servicios de Salud	28

1.2.11	Consecuencias de la Reforma	28
1.2.12	Perspectivas de las Enfermedades Mentales (carga de la enfermedad)	29
<b>1.3</b>	<b>Gasto Privado en Salud</b>	<b>30</b>
1.3.1	Participación del Gasto Privado en Salud	30
1.3.2	Beneficios y Subsidios del Gobierno al Sector Privado en Salud	30
1.3.3	Población atendida	31
1.3.4	Gasto Prepago o de Bolsillo	31

## **CAPITULO II**

### **ANTECEDENTES, OBJETIVOS Y NORMAS DE LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO; ORIGEN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA.**

<b>2</b>	<b>Introducción</b>	
<b>2.1</b>	<b>Antecedentes Históricos</b>	<b>33</b>
2.1.1	Origen y Desarrollo de la Psiquiatría en México	33
2.1.2	Conceptualización de la Salud Mental y la Seguridad Social	34
2.1.3	Surgimiento de la Psiquiatría en México	34
2.1.4	Instituciones Normativas que surgieron para regular la atención de pacientes psiquiátricos	36
2.1.5	IMSS: Origen y Funcionamiento del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	37
<b>2.2</b>	<b>Objetivos y Normas</b>	<b>39</b>
2.2.1	Proyecto Unidades Médicas de Alta Especialidad incluido el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	39
2.2.2	Objetivo	41
2.2.3	Organigrama Puestos de mando	41
2.2.4	Reglamento de Organización Interna del IMSS, en el artículo 76.- de la Dirección de Prestaciones Médicas,	

Titulo cuarto de los órganos normativos del Instituto	41
2.2.4.1    Fracción I	41
2.2.4.2    Fracción IV	41
2.2.5    ¿Cómo Unidad Médica de Alta Especialidad el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta ha alcanzado sus objetivos?	42
2.2.6    Norma que lo Rige	43
2.2.7    Criterios para hospitalización de pacientes psiquiátricos	44
2.2.8    Derechos Universales de los pacientes con trastornos mentales	45
<b>2.3    Recursos Humanos e Infraestructura</b>	<b>46</b>

### **CAPITULO III**

## **TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA DURANTE EL AÑO 2007 A 2008.**

<b>3    Introducción</b>	
<b>3.1    Ingresos de primera vez y subsecuentes por sexo periodo 26 de agosto de 2007 a 26 de agosto de 2008</b>	<b>48</b>
3.1.1    Trastornos Mentales identificados del total de ingresos	49
3.1.2    Comparación con la Encuesta Nacional Epidemiológica	53
<b>3.2    Definiciones</b>	<b>53</b>
<b>3.3    Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en hombres y mujeres</b>	<b>54</b>
3.3.1    Trastorno del humor afectivo	55
3.3.2    Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes	57
3.3.3    Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes somatomoformas	58
3.3.4    Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	60
3.3.5    Retraso mental	60

## CAPITULO IV

### PRESUPUESTO ASIGNADO AL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA

#### DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA EN EL PERIODO 2000 A 2007

<b>4</b>	<b>Introducción</b>	
<b>4.1</b>	<b>Política presupuestal en el IMSS</b>	<b>63</b>
4.1.1	Política de Asignación de Recursos	63
4.1.2	Participación del Gasto en los Seguros que administra el IMSS	64
4.1.3	Régimen Obligatorio	66
<b>4.2</b>	<b>Comportamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad</b>	<b>66</b>
4.2.1	Situación financiera	66
4.2.2	Esquema de financiamiento	67
4.2.3	Déficit	68
4.2.4	Gastos asegurados-Gastos pensionados	69
4.2.5	Políticas de Rescate, Modificación Régimen de Jubilaciones y Pensiones	71
4.2.6	Política laboral regresiva	72
4.2.7	La subrogación como política alternativa	73
4.2.8	Medicamentos a precios de mercado	73
<b>4.3</b>	<b>Riesgo Impacto de las Enfermedades Neuropsiquiátricas en el Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	<b>74</b>
4.3.1	Crecimiento de los trastornos neuropsiquiátricos en la población derechohabiente	74
4.3.2	El 24% de la población económicamente activa es atendida en el IMSS	75
4.3.3	Comorbilidad de los trastornos mentales con otras enfermedades	76
4.3.4	Perdida de vida de años saludables debido a Enfermedades mentales	76
4.3.5	Psiquiatría Selectiva	78
4.3.6	Comparación de los gastos de enfermedades de alto impacto financiero y los trastornos mentales	79

4.3.7	Costos de Servicios de Psiquiatría	80
<b>4.4</b>	<b>Pasivo Laboral y Desfinanciamiento del IMSS</b>	<b>81</b>
4.4.1	Los trabajadores del IMSS privilegiados al resto de la economía formal	81
4.4.2	IMSS-PATRON	81
4.4.3	Ley del Seguro Social y Contrato Colectivo	82
4.4.4	Diferencia de Sueldos y Salarios	84
4.4.5	Convenio adicional trabajadores de nuevo ingreso octubre 2005	84
<b>4.5</b>	<b>Presupuesto asignado al Hospital Regional Dr. H.H.T.A. IMSS periodo 2007 a 2008</b>	<b>85</b>
4.5.1	Gasto a partir de la carga de la enfermedad	85
4.5.2	Gastos por concepto de auxiliares de diagnostico y Gastos de hospitalización	85
4.5.3	Costo día hospitalización	88
4.5.4	Estimación del costo por diagnostico de los Trastornos mentales más frecuentes en el hospital	90
4.5.5	Estimación del costo total de los trabajadores que requirieron incapacidad	92
4.5.6	Programa de Administración de Riesgos Institucionales	93
4.5.7	Comportamiento de pasivo laboral con respecto a otros gastos	94
4.5.8	Presupuesto del hospital	94
4.5.8.1	Tasas de crecimiento de los rubros contemplados en el presupuesto	96
4.5.9	Pago de nomina y la prima de antigüedad	96

<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>		<b>Pág.</b>
Cuadro 1.	Participación total del Gasto Público en Salud en el PIB. 1995 a 2007. (Miles de millones de pesos a precios constantes de 2003).	20
Cuadro 2.	Valoraciones del año en estudio, 26 de agosto de 2007 a 26 de agosto de 2008.	48
Cuadro 3.	Encuesta Nacional de Epidemiología en México. Prevalencia de Trastornos con Jerarquía según la CIE. 10.	52
Cuadro 4.	Gasto por Ramo de Seguro Registrado en 2007	65
Cuadro 5.	Unidades Médicas de Alta Especialidad Ingresos, Egresos, Intervenciones Quirúrgicas, Días Estancia y Defunciones. 2007	86
Cuadro 6.	Unidades Médicas de Alta Especialidad, Sesiones y Personas Atendidas en Auxiliares de Tratamiento y Banco de Sangre. 2007	87
 <b>ÍNDICE DE GRÁFICAS</b>		
Grafica 1.	Balance Plantilla de Personal de Confianza y Áreas Operativas del Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	47
Grafica 2.	Ramas Operativas y de Confianza del Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta (2008)	47
Grafica 3.	Trastornos mentales más frecuentes del Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	50
Grafica 4.	Trastornos mentales que se registraron en el año 2007 a 2008 por sexo en el Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	55
Grafica 5.	Remanente del Seguro de Enfermedades y Maternidad 2002 a 2008 (millones de pesos corrientes)	68

Grafica 6.	Gasto Hospitalario Total por Diagnostico del Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	91
Grafica 7.	Presupuesto Asignado al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta (presupuesto base 2003)	95
<b>CONCLUSIÓN</b>		<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>105</b>

## **INTRODUCCIÓN:**

En México, las instituciones de Seguridad Social surgieron a mediados del siglo pasado y con ello políticas de salud en beneficio de la población mexicana. El control de las enfermedades en el país ha sido una característica del sector salud ya sea por medio de instituciones públicas o bien por la iniciativa privada. El análisis que se desarrollo en este trabajo está referido a la situación que guarda las enfermedades llamadas trastornos mentales dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El análisis del trabajo está enfocado al Presupuesto Asignado al Hospital Regional de Psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social DR. Héctor H. Tovar Acosta año 2007-2008 (antes Hospital San Fernando) ubicado en la Del. Siglo XXI D.F.

La problemática en estudio que se desarrollo en el trabajo de investigación es el que se refiere a la asignación del presupuesto que recibe el Hospital psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación tres suroeste, en ese sentido se trato en primer lugar de identificar a nivel Institucional cuales fueron las fuentes de ingresos y como se repartieron esos recursos a través de las políticas internas que aplico el organismo. Se planteo de entrada que dado el alto costo del régimen de jubilaciones de los trabajadores del I.M.S.S. y el alto costo del pasivo laboral el Instituto no puede hacer frente a sus obligaciones como prestador de servicios de seguridad social.

Como Organismo de Seguridad Social el I.M.S.S. ha presentado una serie de situaciones que han perjudicado la política de asignación de recursos; como contrapartida se identifico que ha disminuido el número de asegurados afiliados al régimen obligatorio, aquellos trabajadores que tiene derecho pero que por alguna circunstancia no están afiliados, en segundo lugar la cuotas fijas de recaudación que se aplican al Seguro de Enfermedades son altamente regresivas, ya que no son proporcionales al salario de cada trabajador, y para cubrir esa falta de recursos se planteo una nueva estructura de captación de recursos para este seguro.

Este método consiste en el reajuste de las primas de los distintos seguros que administra la Institución y así obtener mayores ingresos para su financiamiento.

Otra problemática que también se trabajó fue el surgimiento del Seguro Popular, que de alguna manera ha participado en que se merme el presupuesto al Seguro Social ya que los incrementos al presupuesto en salud están dirigidos a este organismo, aunque no haya cumplido los objetivos hasta hoy establecidos que dio origen a su creación, en tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social está limitado a un proceso de subfinanciamiento crónico el cual ha repercutido en el sistema de salud más grande del país.

La investigación se ordenó en cuatro capítulos, las conclusiones y un apéndice de cuadros y gráficas.

El primer capítulo. “Gasto Público en Salud 1995-2007”. Esta se refiere a la situación general que guarda la población de mexicana con los distintos sistemas de salud; sistema de salud población no asegurada, seguridad social y salud privada y los retos que quedan por cubrir en cuanto a enfermedades, es decir, aquellas que no se han erradicado y que se pueden considerar que son consecuencia del subdesarrollo y aquellas que se han establecido como enfermedades producto del desarrollo y la urbanización, como es el caso de los trastornos mentales

**El segundo capítulo. “Antecedentes, Objetivos y Normas de la Psiquiatría en México; Origen y Funcionamiento del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.** Se hace una apreciación histórica del surgimiento de la Psiquiatría como especialidad al separarse de la neurología ya que la primera atiende problemas del comportamiento de la conducta humana y la segunda a situaciones neurológicas orgánicas de las personas.

También se plantean las necesidades del Instituto Mexicano del Seguro Social para contar con un nosocomio que atendiera el comportamiento de la conducta humana, es decir, el origen, desarrollo y actividades del Hospital Regional de Psiquiatría. Además de los recursos humanos e infraestructura con que cuenta.

**El tercer capítulo. “Trastornos Mentales más Frecuentes en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta durante el año 2007 a 2008”.**

Este apartado es previo al análisis del presupuesto asignado al hospital psiquiátrico, es decir, se hace un estudio cuantitativo de los casos de diagnóstico que fueron más frecuentes en el hospital (hombres-mujeres, primera vez y subsecuentes). Definición y clasificación de los trastornos mentales, además su etiología, epidemiología, comorbilidad y mortalidad

**El cuarto capítulo. “Presupuesto Asignado al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta en el periodo 2000 a 2007”.** Este último capítulo es el entrelazamiento de los otros tres capítulos anteriores porque en él se abordan conjuntamente toda la problemática que se han ido mencionando a lo largo de la investigación, es decir, como punto central la política presupuestal aplicada en el Instituto Mexicano del Seguro Social a partir de las reformas de 1997 a 2004 de la Ley del Seguro Social. La justificación de dichas políticas aplicadas en las últimas décadas; el Organismo se ampara en una serie de circunstancias que llama de fuerte impacto financiero y de índole catastrófico, y por último se hizo un análisis de los costos derivados de la atención de los pacientes.

Pues bien la forma en que se desarrollan este tipo de padecimientos (regularmente comorbilidad con dos o tres) ha generado que el Instituto Mexicano del Seguro Social en su Informe de Administración de Riesgos Institucionales 2009 los ponga como una de tres primeras causas de un fuerte impacto financiero a largo plazo que perjudican la estabilidad económica del organismo, esta situación se reflejara en los costos de operación en el entendido que este tipo de padecimientos requieren más días de hospitalización, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Este análisis se reforzó con un apéndice de cuadros y graficas que refuerzan con estadísticas lo aquí planteado.

## **JUSTIFICACIÓN:**

El Sistema Nacional de Salud de los mexicanos a través del tiempo ha perdido la perspectiva de la Seguridad Social, ya que como según se aprecia ha fomentado aun más la división de la población afiliada y la no asegurada además de dar cabida a que el sector privado en salud se vaya apropiando de áreas solo destinadas al sector público en salud.

Así de esta forma vemos que la población mexicana se encuentra inmersa en un sistema de salud deficiente y precario que no ha resuelto los problemas menos significativos y no le encuentra salida a los verdaderamente complicados, es decir, hoy en día las enfermedades infecto- contagiosas no se han podido erradicar teniendo efectos graves en lo menores de edad y las enfermedades terminales han pasado a ser crónico-degenerativas que afecta a la población mayor de sesenta años; ocasionando mayores gastos de atención medica; aunada a esta problemática medico-social tenemos un tercer nivel de enfermedades, que son las llamadas enfermedades invisibles que se refiere a los trastornos mentales que en gran medida se han identificado en todos los sectores de la población, igual se extiende en los menores de edad, jóvenes, adultos, personas de la tercera edad, hombres y mujeres y de cualquier nivel económico.

Entre esa diversidad de enfermedades para el caso particular de este análisis se decidió trabajar sobre las enfermedades mentales o también llamadas trastornos mentales, su manifestación y las consecuencias económicas y sociales en el ámbito laboral, social, familiar y psicológico dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social; específicamente en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta que pertenece a la Delegación I, Siglo XXI D.F.

Para poder trabajar la problemática social y económica de las trastornos mentales dentro del Instituto, fue necesario en el análisis identificar las fuentes de financiamiento, los ingresos y gastos que el Instituto Mexicano del Seguro Social ejerció en el año de estudio (2007-2008) y así de esta forma ir identificando la asignación del presupuesto para las distintas partidas, es decir, cuanto se le asigno a cada uno de los seguros en donde da servicio el Instituto y las prestaciones

económicas que atiende, y así, llegar al Seguro de Enfermedades y Maternidad que es el que presenta mayor déficit financiero dentro de la Institución, y donde ubicamos al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

Así de esta forma se hizo un análisis del presupuesto asignado al Hospital en estudio, en base a los estados financieros que se obtuvieron a partir del año 2000 a 2007, y en base a dicho presupuesto identificar los beneficios y carencias de los usuarios a los servicios ahí ofrecidos.

Quizás las enfermedades mentales no sean tan tangibles o evidentes como algunas muchas otras que tienen evidencias físicas u orgánicas, en ese sentido me pareció un trabajo de investigación muy interesante. A través del desarrollo del mismo pude ver que a nivel del I.M.S.S. son enfermedades con alto índice de discapacidad laboral y que por lo tanto es un fuerte gasto para la Institución.

Como mencione anteriormente fui identificando ciertas características de la población usuaria de los servicios de psiquiatría del hospital, el sexo femenino es el que acude más frecuentemente a solicitar servicios de psiquiatría y más propenso a padecer trastornos depresivos recurrentes, que los jóvenes se identifican en gran medida con trastornos del comportamiento de la personalidad asociado al uso y abuso de drogas; el índice de internamiento de los varones es un poco menor que el de las mujeres.

Y como conclusión preliminar puedo afirmar que el comportamiento de este tipo de padecimientos siempre se encuentran asociados entre uno a tres trastornos mentales; con la drogadicción y la violencia, con el estrés y el entorno social, con las carencias económicas, ya que como se observo el enfermo mental la ultima puerta que toca es la de la especialidad de psiquiatría, y que por lo tanto busca salidas falsas para él y para su familia.

Por lo anterior y porque además me desempeño en el Hospital de psiquiatría antes mencionado, y veo con cruda realidad que los pacientes con trastornos mentales sean han convertido en una carga psicológica y económica para sus familias y para las Instituciones que les atienden un gasto con fuerte impacto

económico; por lo cual en algunos casos son abandonados o restringidos en sus garantías individuales.

En ese sentido vemos que las enfermedades mentales son un problema de salud pública en la medida que cada día se extiende el número de enfermos mentales, por lo cual el Estado Mexicano tiene que resolver en este caso a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, tal situación para que no se convierta en una más de las enfermedades consideradas catastróficas para el Instituto.

Hoy en día las llamadas enfermedades invisibles representan un riesgo financiero a largo plazo en el presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social, al haber cada día más estancia hospitalaria y tratamiento farmacéutico para este tipo de padecimientos.

#### **OBJETIVOS:**

El proceso de investigación se puntualizó en los trastornos mentales de una parte de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, específicamente la que es atendida de la Delegación I Siglo XXI D.F., donde pertenece el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta que comprende el Sur del Distrito Federal y algunos estados del interior del país (Chiapas, Guerrero, Querétaro, Morelos I, 3 Suroeste D.F., 4 Suroeste D.F.).

Dicho Hospital con especialidad en Psiquiatría fue incorporado como Unidad Médica de Alta Especialidad en el año de 2003, esto quiere decir que es una unidad descentralizada con presupuesto autónomo y de gestión propia, la cual solo está subordinada al Director General del Instituto. Como sabemos el Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo que brinda servicios de salud y seguridad social, en lo que se refiere a salud el I.M.S.S. comprende el régimen obligatorio y régimen voluntario, los cuales son manejados con esquemas distintos de prestaciones y requisitos de acceso, así como el financiamiento.

Para el análisis que se realizó el Régimen Obligatorio es el que nos interesa, en el sentido de que el trabajador es el que cotiza y contribuye con sus cuotas al financiamiento de la Institución, por lo cual se entiende que es un trabajador afiliado

al Instituto por su patrón, al tener una relación de trabajo por lo cual la Ley del Seguro Social obliga a su aseguramiento.

Así de esta forma vemos que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene una amplia cobertura de aseguramiento, en ese sentido una amplia gama de prestaciones por ramo de aseguramiento del Régimen Obligatorio el cual comprende el Seguro de Enfermedades y Maternidad, el Seguro de Riesgo de Trabajo, el Seguro de Invalidez y Vida, Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Guarderías y Prestaciones Sociales, a grosso modo se hace mención de la participación que tiene cada uno de estos seguros en la asignación del presupuesto, pero realmente el estudio está referido específicamente al Seguro de Enfermedades y Maternidad que es donde se ubica la problemática aquí analizada, es decir, ingresos y gastos de servicios de salud (servicios ambulatorios, servicios de hospitalización, servicios farmacéuticos así como prestaciones económicas) primero a nivel general y después en forma particular del hospital en estudio.

Así como las probables causas de desfinanciamiento de la Institución y por ende la situación desfavorable que presenta el presupuesto asignado para el año en estudio (2007-2008) por lo cual el Instituto no puede cumplir las obligaciones pactadas con su población derechohabiente, y en este caso con enfermos con padecimientos mentales.

El planteamiento del desfinanciamiento que a lo largo de casi veinticinco años ha presentado la Institución como problema central y las políticas estratégicas para combatirlo es una de las hipótesis que se me presento como un reto, es decir, tengo la idea y comparto la opinión de los actuarios del Reino Unido (Programa Administración de Riesgo Institucional 2006, I.M.S.S.) en donde especificaron que los Sistemas de Salud Pública de todo el mundo o al menos los que cuentan con ellos son deficitarios, y por lo tanto México no es la excepción. En ese sentido vemos la importancia que tiene la Institución a nivel nacional ya que bajo el Régimen Obligatorio asegura a el 75.6 % de la población nacional, el financiamiento de sus ingresos se ha vuelto una situación insostenible según la propia Institución de esta manera vemos que el presupuesto que se le asigna al I.M.S.S. depende no de las necesidades de sus derechohabientes sino del criterio del ejecutivo federal y las

cámaras de diputados y senadores, o de lo que determine el Consejo Técnico (Reglamento de Organización Interna del I.M.S.S.).

El objetivo que persiguió la investigación que se realizó en torno a la asignación de presupuesto al hospital de psiquiatría es la de identificar a que partidas se les asignó más gastos y cuál es la justificación que dan las autoridades para la derrama de esos ingresos, es decir, hacer un análisis en la medida de lo posible de dichas políticas presupuestarias, y así, desechar la argumentación oficial que debido a desembolso que hace la Institución del pasivo laboral se deja descubierto otros rubros de igual importancia como material de curación, medicamentos, etc.

## **CAPÍTULO I**

### **Gasto Público en Salud periodo 1995 a 2007.**

#### **1. INTRODUCCIÓN:**

Este capítulo contiene información de las condiciones generales en salud que guarda la población mexicana a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, la forma de aseguramiento de la misma y como afectaron las reformas realizadas al Sistema Nacional de Salud.

#### **1.1 CONDICIONES GENERALES DE LA POBLACIÓN MEXICANA EN SALUD.**

##### **1.1.1 Transición demográfica – epidemiológica**

El análisis del Gasto público en salud que ha tenido México en los últimos 13 años se aborda en este primer apartado, por lo cual, es necesario darnos una idea del proceso mismo que han tenido los indicadores más relevantes en salud. En ese sentido empezaremos por mencionar que la tasa de mortalidad del país ha disminuido en comparación de hace 50 años, cuando las muertes eran ocasionadas por enfermedades infecciosas, otro indicador a destacar es la reducción de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida. Relacionados estos tres indicadores nos llevan a determinar que en el país se está dando un proceso de envejecimiento de la población.<sup>1</sup>

##### **1.1.2 Demanda de servicios**

Los cambios epidemiológicos de la población mexicana han incrementando sus necesidades en salud, la población se concentra en ciudades o regiones donde la urbanización está presente, y por lo tanto hay mayor demanda de servicios. La población mexicana ha tenido un acelerado cambio demográfico con lo cual también se ha dado un drástico cambio en el perfil epidemiológico. Anteriormente las enfermedades infecciosas eran la causa principal de muerte en el país, pero dada la

---

<sup>1</sup> Secretaria de Salud, "Programa Nacional de Salud 2007-2012", México D.F, Primera edición 2007, pp. 15-173

transición epidemiológica hoy en día las enfermedades no trasmisibles son las de mayor impacto y las de más altos costos, que afectan casi en su mayoría a un sector de la población, a las personas mayores de 65 años en adelante; y dado el incremento de la esperanza de vida este sector demandan más servicios de salud, ya que al vivir más están expuestas a padecer enfermedades crónico degenerativas relacionadas muchas veces unas con otras en cada individuo.

### **1.1.3 Enfermedades que ocasionan más pérdidas de años de vida saludable**

Otra situación importante a destacar son aquellas enfermedades que son la causa principal de años de vida saludable perdidos (AVISA), estos años saludables de vida son los que se pierden por una muerte prematura o bien a consecuencia de discapacidad. Entre las diez enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos psiquiátricos, el más importante es la depresión unipolar mayor, en el caso de México existen 6.5 millones de mujeres con este padecimiento y en los hombres es de 2.6 millones, en el caso de la diabetes mellitus existen 6.5 millones de mujeres y en los hombres se calcula 4.5 millones, las afecciones originadas en el periodo perinatal es de 5.3 millones de mujeres y en los hombres asciende a 5.9 millones, otra (AVISA) y que se identifican en los hombres es la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado su presencia a nivel nacional es de 5.1 millones; el consumo de alcohol es de 4.8 millones ; las agresiones y homicidios que se calcula en 4.6 millones y los accidentes de tránsito que se calculan en 4.6 millones de hombres.<sup>2</sup>

### **1.1.4 Rezago epidemiológico**

Destaca también por su importancia el rezago epidemiológico en donde todavía hoy en día las enfermedades infecciosas trasmisibles no se han podido erradicar como es el caso de la diarreas y las infecciones respiratorias que afecta en su gran mayoría a menores de 5 años, que son niños de bajos recursos y de poblaciones marginadas; en la actualidad representan el 13% de mortalidad infantil en México, este tipo de enfermedades son previsibles y de bajo costo, sin embargo el

---

<sup>2</sup> Medina Mora María Elena y colaboradores, "Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios", Instituto Nacional de Psiquiatría, *Salud Mental*, México D.F., año/vol. 26 número 004, agosto de 2003, pp. 1-16.

impedimento al acceso a los servicios de salud es un factor de fuerte impacto en la población infantil mexicana.

Otra causa de mortalidad es la materna, que se concentra en comunidades marginadas tanto rurales como urbanas, la solución al igual que en las enfermedades infecciosas sería que se les brindaran servicios de salud, en calidad y eficiencia.<sup>3</sup>

### **1.1.5 Desigualdad social**

Siguiendo la secuencia del análisis otro factor a destacar son las desigualdades en condiciones de salud, y la diferencia se da por el nivel de vida en general y por condiciones en el acceso a recursos y servicios de salud, aquellas poblaciones marginadas que no tienen una buena calidad de vida son más propensas a enfermarse, ya que no cuentan con recursos mínima indispensables para su supervivencia, como ya se menciono servicios de salud, servicios comunitarios de agua potable y sanitarios, condiciones atmosféricas y de riesgo laboral.

De esta manera se ha dado un panorama general de las condiciones de salud en que se halla la población mexicana. En el siguiente apartado se hablara de los recursos para la salud: la dispersión de presupuesto en salud y como esta asignación refleja las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud

## **1.2 GASTO PÚBLICO EN SALUD Y LA REFORMA AL SECTOR.**

### **1.2.1 Participación del Gasto en Salud en el PIB**

El análisis de este apartado (ver cuadro 1) va enfocado en lo que respecta a la política presupuestal de gasto en salud pública que ha venido imponiendo el gobierno federal a partir del proceso de reformas para todo el sistema público en salud, que inicio a finales del siglo XX y continuo en él presente, el comportamiento del gasto en salud con respecto al PIB fue de vital importancia en el sentido de que en términos reales ese crecimiento ha sido menor al 3 por ciento a lo largo del periodo en estudio, y que la Institución más castigada fue el Instituto Mexicano del

---

<sup>3</sup> Secretaría de Salud, *op.cit.*, nota 1, pág. 36.

**PARTICIPACION TOTAL DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN EL PIB 1995-2007**  
**(MILES DE MILLONES DE PESOS A PRECIOS CONSTANTES 2003)**

	CRECIMIENTO MM\$		CRECIMIENTO MM\$			CRECIMIENTO		CRECIMIENTO	
AÑO	PIB base 2003	PIB %	Gasto Total en Salud base 2003	Participacion Gasto Total/ PIB %	Tasa de Crecimiento Gasto Total	Gasto Salud Poblacion Asegurada base 2003	Tasa de Crecimiento de Gasto Seguridad Social	Gasto Salud Poblacion No Asegurada base 2003	Tasa de Crecimiento de Gasto de Secretaria de Salud
1995	5,679,682,000.0	-6.22	122,468,712.4	2.15	0.054	97,111,259.68	0.029	25,357,452.90	0.119
1996	5,971,540,000.0	5.14	111,853,361.2	1.87	0.068	85,529,945.0	0.043	26,323,716.16	0.127
1997	6,376,550,000.0	6.78	129,198,932.1	2.02	0.060	94,131,398.44	0.038	35,066,668.11	0.108
1998	6,688,321,000.0	4.89	141,511,293.3	2.11	0.056	102,420,256.3	0.033	39,091,036.99	0.108
1999	6,997,806,000.0	3.88	157,301,716.7	2.29	0.049	108,613,304.9	0.029	41,434,054.23	0.114
2000	7,406,501,000.0	6.60	181,320,619.3	2.44	0.035	122,508,676.1	0.016	49,864,481.25	0.101
2001	7,394,060,000.0	-0.17	170,886,995.7	2.31	0.052	113,994,434.9	0.031	56,992,559.85	0.095
2002	7,455,359,000.0	0.83	177,095,762.0	2.37	0.055	116,877,471.	0.032	60,218,290.85	0.103
2003	7,555,804,000.0	1.35	192,392,096.4	2.54	0.047	129,152,376.1	0.015	63,808,788.7	0.114
2004	7,857,720,000.0	4.00	220,652,309.6	2.80	0.016	148,604,728.2	-0.026	72,047,580.57	0.109
2005	8,110,170,000.0	3.21	223,948,389.4	2.76	0.017	138,951,882.2	-0.006	84,996,507.12	0.075
2006	8,525,993,000.0	5.13	233,705,182.8	2.74	0.008	140,622,282.1	-0.024	93,082,900.68	0.057
2007	8,809,891,000.0	3.33	231,639,523.3	2.62	s/d	137,179,485.3	s/d	98,393,019.98	s/d

Gasto Publico en Salud= Gasto Publico en Salud de la Poblacion Asegurada + Gasto Publico en Salud de la Poblacion no Asegurada

Gasto Publico en Salud Poblacion Asegurada= IMSS + ISSSTE + PEMEX

Gasto Publico en Salud Poblacion no Asegurada= Gasto Ramo 12 + Gasto de Fassa\* + IMSS-OPORTUNIDADES

\*FASSA: Fondo de aportaciones para los Servicios de Salud.

Fuentes:

PIB Series Historicas Del Producto Interno Bruto De Mexico Desde 1896-2008 (Transportadas a Bases De 1996 Y 2003

Datos tomados del SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud Secretaria de Salud Programa Nacional de Salud)

Datos del PIB <http://www.mexicomaxico.org/Voto/PIB/Mex.html>

Elaboración propia

Seguro Social dentro de la seguridad social que tuvo un decrecimiento en 2005 a 2007.

#### **1.2.1.1 Tasas de Crecimiento**

Según el informe oficial el gasto en salud en México se ha incrementado de manera proporcional con respecto al P.I.B., sin embargo en el cuadro sobre el gasto en salud, podemos apreciar que el gasto en salud ha mantenido un crecimiento más o menos constante pero no ha sido más allá del 3 por ciento entre año con año y en los últimos 3 años del periodo ha tenido un comportamiento negativo en el sector que brinda seguridad social, caso contrario se detectado que el gasto de la Secretaria de Salud aumento primordialmente con el origen y fortalecimiento del Seguro Popular.

#### **1.2.2 Distribución del Gasto en Salud**

De tal manera que se identifico que gobierno del presidente Fox y el actual gobierno de tendencia conservadora a implantado una política muy selectiva del gasto público en salud, la caída del presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social en 2005 alcanzo 8.7 por ciento y en 2006 del 11 por ciento; y apenas en 2008 creció en 2.7 por ciento, la situación fue distinta para la Secretaria de Salud que en ese mismo año alcanzo un crecimiento de 14.2 por ciento saliendo beneficiado el Seguro Popular con 33.8 por ciento del total.<sup>4</sup>

Otro Organismo que ha puntualizado que México es uno de los países que menos invierte en salud es la Organización de Cooperación y Desarrollo al cual pertenece, y algunas otras voces que han investigado esta problemática lo ubican en el último lugar muy por arriba de algunos países latinoamericanos como Uruguay que invirtió 6.4 por ciento con respecto al PIB, Cuba con 6.3 y Argentina 4.7 en 2007 México solo invirtió el 2.8 con respecto al PIB.<sup>5</sup>

El Sistema Nacional de Salud Mexicano ha sufrido una serie de modificaciones estructurales que lejos de aliviar la segmentación del mismo ha contribuido a que se acreciente aun mas las diferencias entre un sector de otro, para

---

<sup>4</sup> Laurell Asa Cristina, "Salud requiere más presupuesto y otra distribución del dinero "La Jornada, México D.F., 14 nov. 2007.

<sup>5</sup> Laurell Asa Cristina, *óp., cit.*, nota pág. 1

darnos una idea más clara de lo que aquí se está planteando enseguida se da una visión de cómo está constituido dicho sistema.

### **1.2.3 Gasto Público en Salud y la Seguridad Social**

Gasto Público en Salud: conformado por las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaria de Marina y la Secretaria de la Defensa Nacional) las cuales proporcionan servicio de salud a los trabajadores de la economía formal, a los trabajadores del estado y a las fuerzas armadas encargadas de la seguridad nacional.

Instituto Mexicano del Seguro Social: su fuente de financiamiento son las propias contribuciones de los trabajadores, patrón y gobierno federal; para el caso de las instituciones que se encargan de la salud de los trabajadores del estado (ISSSTE, SEDENA, PEMEX y SEMAR) su fuente de financiamiento son las contribuciones de los trabajadores y el gobierno.

El otro subsector está constituido por la población abierta y quien se ocupa de darles servicios de salud es la Secretaria de Salud y los Servicios Estatales de Salud, los cuales están financiados con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales y el IMSS-OPORTUNIDADES que atiende a la población más marginada del país y que se financia con recursos federales, su parte operativa es responsabilidad del Seguro Social, en 2007 el gasto total en salud ascendió a 262 mil 567 millones de pesos.

### **1.2.4 Seguro Popular**

De esta forma está constituido el Sistema Nacional de Salud y debido a esta forma de organización fue el objeto de la reforma en 2002. En términos generales se puso en la mesa que el sistema actual en salud tendía a muchas desigualdades en la sociedad ya que se había creado un subsector que solo protegía a la población económicamente activa, por lo cual el estado se dio a la tarea de crear una Institución que brindara servicios de salud con la finalidad de proteger a la población en general (sector informal), en el sentido de que dicha población desembolsa de sus ingresos un gasto verdaderamente oneroso para el pago de servicios médicos, se

calculo que el gasto de bolsillo es muy alto en México casi representa el 30% de los ingresos familiares, y medido de esta manera es un gasto catastrófico para la gran mayoría de las familias mexicanas.<sup>6</sup>

De esta forma surge el Seguro Popular de Salud (SPS) y con ello una clara tendencia de que el gasto en salud pública de la población no asegurada se asemeja con el gasto público en salud de los asegurados. Este nuevo régimen de aseguramiento pretende afiliar aquellas familias marginadas o de bajos recursos, su fuente de financiamiento es el gobierno federal y las cuotas de los afiliados, que según el programa estará de acuerdo a la capacidad de pago de las familias, el nuevo sistema de aseguramiento pone en desventaja al Seguro Social en el sentido de que las cuotas de afiliación son más bajas, por lo cual patrones y trabajadores optan por este tipo de aseguramiento, al primero le ahorra el costo de la nomina y al segundo la cuota familiar que es más barata que en el Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>7</sup>

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es la encargada de instrumentar las políticas de protección social en salud y los planes estratégicos para su desarrollo, tales como financiamiento, el número de familias afiliadas, etc. Así para el año 2008 en el Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud tiene por objeto evitar el empobrecimiento de las familias mexicanas, a través de servicios de salud eficiente, con calidad y seguridad para el paciente, y garantizar que la salud sea un factor de desarrollo y superación de la pobreza.<sup>8</sup>

En el caso de la inversión privada en salud el incremento de este sector es alarmante. Con las reformas al sistema de salud y la política implementada de racionalización del gasto vía disminución de costos, las instituciones públicas se hallan en desventaja.

---

<sup>6</sup> Knaul Felicia Marie, y colaboradores, "Las evidencias benefician al sistema de salud: Reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México", *Salud pública de México*, México, vol. 49 suplemento 1 de 2007.

<sup>7</sup> Karam T. Daniel, "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, Cap. II, Entorno Económico, Demográfico, Epidemiológico y Social", *IMSS*, 2009.

<sup>8</sup> "Plan Nacional de Desarrollo 2007-.2012", *Gobierno Federal*, México, 2007.

### **1.2.5 Política Presupuestal**

Las reformas lejos de beneficiar a los sectores más pobres de la población ha propiciado aun más la segmentación del sistema nacional de salud; es decir, ha incrementado aún más la desigualdad social poniéndole precio a la salud del pueblo mexicano, es decir, el Seguro Popular no ha aliviado la carga de las familias mexicanas en el sentido de que al ser limitado en sus servicios los usuarios han tenido que desembolsar para gastos de medicamentos, cirugías y gastos indirectos (incluyen gastos de traslado, comidas y hospedaje; incremento de los gastos complementarios), en ese sentido la política presupuestal no ha podido resolver la problemática y la falta de financiamiento del sector público en salud con lo cual la segmentación del sistema es más evidente con la exclusión del sistema de la población no asegurada y el deterioro del Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>9</sup>

Este Instituto a visto disminuido sus ingresos que se traduce en disminución de recursos en los rubros de infraestructura, contratación de plazas nuevas, abasto de medicamentos y equipo médico de alta tecnología; este proceso ha seguido manifestándose al grado que en 2008 existía una cama por cada mil pacientes el cual ha afectado la atención oportuna de los usuarios, en Latinoamérica para ese año existía 2 camas por cada mil pacientes.

### **1.2.6 Seguro Universal**

Desde la perspectiva del gobierno federal se pretende crear un sistema de amplia cobertura con características únicas que alcance a toda la población, es decir, un Seguro Universal. Es a partir de 2003 que entra en vigor el Seguro Popular que pretende afiliar al mayor número de usuarios que no cuenten con un sistema de seguridad social, sin embargo la asignación del presupuesto al sector salud pone en entre dicho el objetivo que según se trazo el gobierno federal, en el sentido que la política en salud presupuestal ha sido utilizada con fines demagógicos según dice la investigadora Cristina Laurell, cuando se quiere quedar bien se utiliza el presupuesto

---

<sup>9</sup> Tamez G. Silvia, Valle A. Rosa Irene, "Desigualdad Social y Reforma Neoliberal en Salud" *Revista Mexicana de Sociología, UNAM.*, México, año LXV/Núm. 2, abril-junio 2005, pp. 321-356.

asignado a la Secretaría de Salud y cuando se quiere desbordar ese monto asignado se hace mención a el presupuesto asignado a los Institutos de Seguridad Social.

Así mismo puntualizo que el Seguro Popular no garantiza el derecho que tiene la sociedad a servicios de salud; considerado en la Constitución Art. 4, a pesar de que se le ha invertido grandes cantidades del presupuesto, es decir, es de cobertura limitada en servicios de salud, solo está enfocando en servicios de primer nivel y algunos procedimientos de segundo nivel por lo cual no es un sistema integral de salud, la población para acceder a otro tipo de atención más especializada tendrá que pagar y esto va depender de su ingreso monetario, por otro lado menciono que el Programa que ofrece a partir de 2001 el Gobierno del Distrito Federal de servicios médicos y medicamentos gratuitos si garantiza ese derecho, la población usuaria tiene acceso a todos los servicios que se prestan sin limitaciones, menciono que el presupuesto que asigno el Gobierno del Distrito Federal entre 2001-2006 fue de 80 por ciento al sector, con lo cual se garantizo el servicio gratuito de la población y se propuso que el Seguro Popular fuera parte de este programa fortaleciendo el tercer nivel de atención que es donde existían carencias (propuesta hecha en 2004 cuando aparece el Seguro Popular).<sup>10</sup>

### **1.2.7 Políticas Sociales Regresivas**

También hizo referencia que el Gobierno Federal ha dejado de invertir en infraestructura hospitalaria desde hace 15 años lo cual ha implicado practicas de políticas sociales regresivas, en ese sentido vuelve a recalcar que el estar asegurado no garantiza el derecho a la salud. La restricción del presupuesto a las Instituciones de Seguridad Social a quebrantado la capacidad instalada con la cual contaban estas Instituciones y se creó un mercado de mobiliario hospitalario para que sean vendidos el sector público o privado a través de la Secretaría de Salud (empresas privadas construcción y mantenimiento de hospitales) esta práctica tiende a la privatización de la infraestructura de Salud.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Laurell Asa Cristina, "No garantiza el derecho a la salud el Seguro Popular", *Cadena de Noticias*, Chihuahua, 7 de noviembre de 2007.

<sup>11</sup> Laurell Asa Cristina, "Hospitales públicos, nuevo negocio privado", *La Jornada*, México, D.F. a 10 de enero 2008.

### **1.2.8 Reforma al Sistema Nacional de Salud y Política Presupuestal**

La reforma tenía como eje fundamental de ataque a la seguridad social, específicamente al IMSS, con la aprobación de la Nueva Ley del Seguro Social en 1997, la Reforma-Levy 2001 y las modificaciones al RJP (Régimen de Jubilaciones y Pensiones) en 2003, estas modificaciones iban dirigidas principalmente a la forma de financiamiento, la organización y la provisión de servicios en el sector público en salud.

Desde la perspectiva de las autoridades gubernamentales el Sistema Nacional de Salud adolecía de ciertas deficiencias una de ellas era: la atención a los grupos sociales, por lo cual era estrictamente necesario reformar dicho sistema a nivel nacional, para los gobiernos del cambio; así como las anteriores administraciones, al parecer, se le dio prioridad a la población económicamente activa del país, privilegiándolos con la seguridad social y por ende con servicios de salud con el fin de mantener la estabilidad social y el crecimiento económico. Por otro lado se formaron varios subsistemas dentro del sistema de salud. Cada grupo social con su sistema de salud, en este sentido se desarrollo el traslape de los servicios y la duplicidad de los mismos; que origino un desperdicio de los recursos.

### **1.2.9 Descentralización del Presupuesto, Objetivo: IMSS**

A mediados de la década de los 80' la economía de mercado empieza a tomar un gran repunte en los diferentes sectores de la economía nacional, en ese sentido, se dan las bases para la reforma del sistema nacional de salud, se da la pauta para la implantación de las reformas de corte neoliberalista, así de esta forma las reformas que se aplicaron inciden directamente en la aplicación descentralizada del presupuesto.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se modifica en su organización y fuentes de financiamiento, las unidades se separan formándose unidades autónomas con la finalidad de ahorrar recursos y el gasto va estar dirigido de acuerdo a necesidades de cada unidad de operación, es decir la asignación del presupuesto va

estar asignada en función del gasto que origine cada paciente y la carga de la enfermedad.<sup>12</sup>

Otro de los cambios más significativos de la reforma al IMSS fueron: cambio de cotización- se estableció una cuota uniforme y se eliminó aquella que se hacía en proporción al salario- ; se creó un seguro voluntario (seguro para la familia) con la finalidad de tener otra fuente de financiamiento; captar a las capas medias de la sociedad con capacidad de pago y por último se instaló un sistema de reversión de cuotas, es decir, el patrón tiene la opción de tomar las cuotas del seguro de enfermedad y maternidad y llevar a sus trabajadores a otra institución (40% de los fondos) este proceso intensifica la participación del sector privado en el sector de la salud y además la salida de las cotizaciones más altas del sistema.<sup>13</sup>

De tal manera que se fue generando mayor desfinanciamiento al Instituto Mexicano del Seguro Social además de tener que atender a grupos de la población derechohabiente con menores ingresos y mayores riesgos de salud, así como los excluidos del sector privado por su alta cronicidad patológica.

Los cambios hechos en el Sistema Nacional de Salud a través de las reformas implementadas a finales del siglo XX y principios de siglo XXI, fueron para incentivar la participación del capital privado, el principal objeto de dichas estrategias es separar el financiamiento de la prestación de los servicios.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se crearon las Unidades Médicas de Alta Especialidad; que son unidades médicas de autogestión y con presupuesto propio. Para el caso de la Secretaría de Salud la descentralización se dio a nivel nacional también con la creación de los Sistemas Estatales de Salud (SESa), para este grupo de la población la atención del tercer nivel estará a cargo de los institutos de la Secretaría de Salud y Asistencia y por supuesto el sector privado como opción dependiendo de la capacidad de pago.

---

<sup>12</sup> Lemus Carmona Edith Arely y Molina Salazar Raúl Enrique, "Evaluación económica de la salud", Seminario Internacional Economía de la Salud, C/ISS IMSS, 2003, pp. 159-171.

<sup>13</sup> Tamez Silvia G. Valle A. Rosa Irene, *óp. cit.*, nota 1 pág. 31.

### **1.2.10 Sistema Plural de Servicios de salud**

En este tenor se abre una puerta a un sistema plural de los servicios de salud, es decir; en los años venideros y dadas las características de la población nacional (enfermedades crónicas degenerativas y el incremento de la esperanza de vida, características a nivel mundial también) el “cuidado de la salud de los mexicanos” quedo en manos de una cobertura de salud a la que tienen derecho todos los usuarios ya sea que se obtenga de una institución pública o privada de cualquier proveedor de servicios de salud y también la opción libre de poder escoger el proveedor de servicio que más se acomode a las necesidades del usuario, estando en el mercado las aseguradoras y las financiadoras, en ese sentido debería existir una mejor coordinación para compartir recursos e infraestructura de esta forma se reducirían costos y se crearía un verdadero mercado de servicios de salud, en el cual participaran la Secretaria de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado.<sup>14</sup>

### **1.2.11 Consecuencias de la Reforma**

Al parecer el proceso de reforma al Sistema Nacional de Salud evidencio las limitaciones con las cuales se venía trabajando y agrando la problemática de por si pernicioso del sistema de salud, se pretendió cubrir a toda la población nacional con un seguro universal de salud, sin embargo, se segmento aún más al sistema; y la población no asegurada y asegurada sufren las consecuencias por la falta de recursos para atender los servicios de salud, y en muchos de los casos tienen que concurrir al sector privado aunque esa situación afecte su bolsillo.

Se dieron las bases para crear un sistema de salud adaptado a los cambios económicos en el cual el país está inmerso, en ese sentido, la población asegurada ve limitado sus recursos en atención hospitalaria e insumos, y la población no asegurada tendrá que seguir pagando para tener acceso a servicios de salud sin prestaciones sociales.

---

<sup>14</sup> García Carlos, “Pugnan funcionarios por un Sistema Nacional de Salud”, *La Jornada*, México D.F. a 5 septiembre 2008.

Así de esta manera podemos observar que el gasto total en salud ha tenido distintas tendencias, es decir, en sus distintos rubros se observa que el gasto en seguridad social destinado a la salud tiende a bajar, para el caso de la población no asegurada tiende a subir hasta asemejarse al gasto de la población asegurada durante la década en estudio, la razón que tiene el gobierno federal de beneficiar al Seguro Popular con incrementos mayores de presupuesto se justifica en la medida que pretende crear un fondo público y así impulsar la privatización de los servicios y en seguida la administración de fondos, con lo cual se ha debilitado el sistema público de salud, especialmente las Instituciones que brindan seguridad social.

De esta forma hemos ido identificando la problemática que presenta el Sistema Nacional de Salud, y el deterioro del Seguro Social que se manifiesta en desabasto en todos sus rubros, como prestador de servicios médicos y al otorgar prestaciones económicas, en este sentido el presupuesto asignado a la especialidad de psiquiatría para atender trastornos mentales se halla muy limitado o escaso.

#### **1.2.12 Perspectivas de las Enfermedades Mentales (carga de la enfermedad)**

El año 2001 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud “El año de la Salud Mental” en este foro se trataron algunas problemática por las cuales atraviesa la salud mental, entre los cuales destaca la poca inversión que asignan los gobiernos a este rubro de la salud, menciona que además si la hay están mal estructurada y dirigida y que la pobreza es un factor determinante que origina un círculo vicioso lo cual dificulta la atención del paciente. El Organismo en Salud dio a conocer el crecimiento de la inversión en salud mental de aquellos países miembros del Banco Mundial de su gasto total: 1.54 bajos ingresos, 2.78 ingresos medio bajos, 3.48 ingreso medio alto e ingresos altos 6.89, de acuerdo a esas cifras México esta ubicado en los países de ingresos medio bajo ya que solo invierte el 2 por ciento de su gasto total en salud.

Menciona además que si bien los trastornos mentales constituyen el 13 por ciento de carga global de la enfermedad, del presupuesto asignado solo le corresponde el 2 por ciento de gasto total como tasa promedio y este proceso se

identifica en el sentido de que existe una cama por cada 10,000 habitantes que padecen algún trastorno mental.<sup>15</sup>

### **1.3 GASTO PRIVADO EN SALUD**

#### **1.3.1 Participación del Gasto Privado en Salud**

Desafortunadamente no se cuenta con datos específicos del desenvolvimiento del sector privado en el sector salud en el país, sin embargo, algunos artículos de la investigadora Cristina Laurell nos han ayudado con respecto a este tema, de esta manera nos ha dado a conocer ciertos beneficios que el gobierno federal proporciona a este sector en el campo de la salud. Son una serie de incentivos vía subsidios estatales, el gasto total en salud se estima en 6.5 por ciento del PIB (cifras oficiales) y de este la participación de la iniciativa privada está calculada en 54 por ciento. Estos beneficios se proporcionan en forma indirecta: vía deducción de impuestos de los gastos de atención médica o de seguros. Para el caso de los seguros mantienen una cobertura limitada de servicios, por lo cual el mayor gasto se transfiere al sector público.

#### **1.3.2 Beneficios y Subsidios del Gobierno al Sector Privado en Salud**

De acuerdo a un informe de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, estos seguros privados de gastos médicos y de salud son beneficiados por parte del estado en el sentido de que las personas que emplean este tipo de servicios médicos, están exentas del pago de impuesto, explica la investigadora, el beneficio se proporciona para personas de altos ingresos o bien lo reciben como prestación laboral. Además informo que el monto de ese subsidio ascendió en 2004 a 2007 de 5 mil 533 a 7 mil 605 millones de pesos lo cual se traduce en que cada persona asegurada por este medio obtienen un subsidio de mil 320 pesos anuales en cambio los usuarios del Seguro Popular solo alcanzan 850 pesos anuales.

---

<sup>15</sup> Dr. (C) Sandoval de Escurdía Juan Martín, "La Salud Mental en México", *División de Política Social*, México, 2004, pp. 2-44.

### **1.3.3 Población Atendida**

Demográficamente es una población con bajo riesgo de salud ,su edad se aseguramiento oscila entre 29 a 50 años de edad, los mayores de 60 son excluidos de este tipo de seguros médicos, son seguros que tienen paquetes limitados de cobertura o bien periodos de espera para las enfermedades más costosas, lo cual implica que estas aseguradoras están protegidas contra el pago de tratamientos de alto costo, al tener cobertura limitada o bien al terminarse la prima asegurada las personas acuden a instituciones públicas para continuar su tratamiento y es donde se identifica el segundo subsidio para la iniciativa privada.

El análisis hace una estimación del monto total que el estado proporciona a este sector vía disminución de impuestos, se calcula que en 2006 fue de 32 mil millones de pesos y sumando el subsidio a los seguros médicos sería de 38 mil millones de pesos, Para el caso que nos ocupa se estima que el subsidio total del Seguro Popular era de 16 mil 100 para 15.8 millones de personas, y para el año de 2007 24 mil 777 millones para 29.1 millones de personas, lo cual implica que el sector privado médico con los subsidios invisibles se beneficia más que el Seguro Popular con el financiamiento que recibe.<sup>16</sup>

### **1.3.4 Gasto Prepago o de Bolsillo**

El panorama es diferente para el sector privado, el cual se ha expandido abiertamente, en recursos físicos y humanos. El financiamiento de este sector, proviene del gasto privado en salud, que puede ser de prepago privado y de gasto de bolsillo. El gasto de prepago privado aglutina a todos esquemas privados de colectividades de riesgo como pueden ser las compañías aseguradoras, los fondos mutualistas y otro tipo de asociaciones; el gasto de bolsillo se refiere básicamente al desembolso de dinero al momento de la necesidad y es la forma más inequitativa y deficiente en el sistema privado de salud, ya que se presentan situaciones de insolvencia familiar y se reducen las posibilidades de conseguir calidad en la atención.

---

<sup>16</sup> Laurell Asa Cristina, "Los subsidios al sector privado de salud", *La Jornada*, México D.F. a 7 agosto 2008.

En México es una situación para las familias insostenible, mientras el gasto público en salud ha venido disminuyendo, el gasto de bolsillo que erogan estas personas para el pago de servicios médicos se calcula en 53 por ciento y en menor proporción el prepago privado que se calcula 3 por ciento.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Knaul Marie Felicia, *óp. cit.*, pp. 70-80

## **CAPÍTULO II**

### **ANTECEDENTES, OBJETIVOS Y NORMAS DE LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO; ORIGEN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA, IMSS.**

#### **2. Introducción:**

Se da una referencia muy breve del origen y desarrollo que tuvo la psiquiatría en el país a principios del siglo XX y como hasta los años 50 y 60 toma importancia para el sector salud del país, además del interés que va tomando la especialidad para algunas Instituciones de Salud; y la necesidad de crear una norma jurídico-administrativa que la regularizara.

En ese sentido se hace un breve resumen del origen y las necesidades del Instituto Mexicano del Seguro Social de contar con infraestructura propia para la atención de sus pacientes con trastornos mentales; el antecedente y la organización del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. Este análisis es la antesala de los siguientes dos capítulos que nos especifican el centro de la investigación que es el presupuesto asignado al Hospital Regional de Psiquiatría y como se identificó este con las necesidades de los pacientes psiquiátricos.

#### **2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

##### **2.1.1 Origen y Desarrollo de la Psiquiatría en México**

La evolución de la psiquiatría en México data desde la era prehispánica según algunos estudios, en la etapa de los aztecas, que practicaban algunos quehaceres terapéuticos. Más adelante en la época de la colonia se edificó el primer hospital en la América Latina, que tomó el cuidado de estos enfermos para evitar que deambularan por las calles o se recluían en las cárceles; de esta forma se funda el primer hospital en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez, y se siguieron edificando nosocomios para el cuidado de esta clase de enfermos en algunas partes de la República.

Así para finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, empezó a participar más la iniciativa privada y se fundaron varias instituciones en la ciudad para la atención de los enfermos psiquiátricos; entre ellas destaca el sanatorio Dr. Rafael Lavista en Tlalpan en el año de 1898 y junto con el los hospitales de San Juan de Dios que se fundó en 1905, la casa de Salud de San Juan de Dios para enfermos mentales y algunas otras que se inauguraron en esa época; entre que las que más destaca por su importancia hoy por hoy es la clínica San Rafael en Tlalpan que es de atención privada. Para el caso que nos atiende no podemos dejar de mencionar el origen del manicomio la “Castañeda”, que abrió sus puertas en el año de 1910, cuando era presidente el general Porfirio Díaz.

Este nosocomio no contaba con ninguna política sanitaria en materia de salud mental, y fue que en el transcurso de su funcionamiento se puso en práctica la terapia de choques epilépticos a base de insulina para tratamiento de pacientes esquizofrénicos hasta 1960 que cerro definitivamente.<sup>18</sup>

### **2.1.2 Conceptualización de la Salud Mental y la Seguridad Social**

Al parecer fue hasta la década de los 40' y 50' cuando el sector publico se empieza a interesar en este tipo de enfermedades, cuando además surgen en México los conceptos de seguridad social y bienestar, así de esta forma surgen los primeros esquemas institucionales para atender los problemas de salud mental y se empieza a practicar la psiquiatría en los hospitales del país; se inauguro el Hospital Español de la Ciudad de México, que contaba con 40 camas y varios programas de consulta externa (terapias ocupacionales). Así para el año de 1952 abrió sus puertas el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaria de Salud.

### **2.1.3 Surgimiento de la Psiquiatría en México.**

Siguiendo el desarrollo de la psiquiatría en el país y después de muchos esfuerzos surgieron los primeros programas concretos y específicos de dicha especialidad entre 1947-1951, coordinado por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la Secretaría de Salubridad, que entre las funciones que

---

<sup>18</sup> “Análisis de la problemática de la Salud Mental en México”, *Dirección General de los Servicios de Salud Mental*, <http://www.sersame.salud.gob.mx/pdf>, pp. 25-28.

desarrollaba era la de crear bases para la organización, planeación y coordinación de las actividades de salud mental, las cuales se han ido modificando de acuerdo a las necesidades y con los criterios de cada administración pública.

De inicio el principal objetivo era ampliar los servicios y la formación de recursos humanos para dicha especialidad; promover la investigación y algo muy importante reglamentar la atención de estos enfermos en establecimientos especializados. En el año de 1959 apareció la Dirección general de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, de la Secretaria Salud y Asistencia., este organismo puso en práctica el “Servicio de Higiene Mental” en algunos centros de salud, contando con los recursos de que se disponía: el servicio estaba compuesto por un médico psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social, este equipo de trabajo se dedicaba a tareas preventivas de educación; en la consulta externa y para los problemas más críticos se derivaban a los hospitales que para aquel entonces eran muy pocos y concentrados en D.F.<sup>19</sup>

Para 1964 existían 33 centros de consulta psiquiátrica; el IMSS abre el primer Centro Médico Nacional y con ello un área de salud mental, estas instalaciones contaban con 40 camas para el servicio de psiquiatría, sin embargo solo funciono hasta 1970 y 1971 cuando por necesidades del servicio de cirugía desapareció.

En todo este recorrido histórico no se debe de dejar de ver el importante papel que tuvo la Secretaria de Salud, es decir, además de coordinar al sector se dio a la labor de crear la normatividad de los distintos servicios de salud, entre ellos los de psiquiatría. Ha previsto las necesidades de la población abierta que no cuenta con ningún sistema de seguridad y ha coordinado y planeado el funcionamiento de los sistemas de seguridad social en el país, doble labor que persiste hasta nuestros días.

Cabe señalar que en el periodo de 1964.1970 se da la separación de las especialidades de neurología y psiquiatría por lo cual se crea la Dirección General de Salud Mental: su función es operativa, concentra y administra los recursos

---

<sup>19</sup> Benassini Oscar F., “La atención Psiquiátrica en México hacia el siglo XXI”, *Revista Mexicana de Salud Mental*, UNAM, México, vol. 24(6), 2001, pp. 1-12.

financieros, además de que norma y regula las actividades en materia de salud mental.<sup>20</sup>

En 1979 surge el “Instituto Nacional de Psiquiatría”; su función es la de desarrollar programas de investigación científica en las diversas áreas de la psiquiatría y la de formación de recursos humanos especializados.

Otro importante aspecto de los avances de la psiquiatría en el país, es el surgimiento de la Jefaturas Estatales de Servicios de Coordinación en 1988, ya que la Dirección General de Salud Mental transfiere sus facultades y recursos y se convierte en una institución exclusivamente de carácter normativo, Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación, en la cual se desarrolla la primera norma técnica para la prestación de servicios de salud mental, en ese sentido se desarrollan los primeros programas de información acerca de la atención, coordinación y apoyo técnico en especial atención a los hospitales psiquiátricos.<sup>21</sup>

#### **2.1.4 Instituciones Normativas que surgieron para regular la atención de pacientes psiquiátricos**

Los esfuerzos de crear un organismo que conlleve los programas más relevantes de la psiquiatría en México y los derechos de los pacientes con trastornos mentales, da origen a que la Dirección de Normas de Salud Mental se fusione con las oficinas operativas del Conadic (Consejo Nacional Contra las Adicciones), las cuales proponen un programa nacional de salud mental, sin embargo no llegó a concretarse. Por su parte la Dirección de Normas de Salud Mental desarrolla la Norma Oficial Mexicana para la atención psiquiátrica hospitalaria vigente desde 1995 y hasta nuestros días.

Como ya se mencionó el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1970 a 1971 no contaba con instalaciones propias para sus pacientes de neurología y psiquiatría, por lo cual se veía en la necesidad de la subrogación de los servicios de dichas enfermedades, en ese sentido surge el proyecto de el servicio de Neuropsiquiatría con recursos provenientes del IMSS, y más adelante un servicio de

---

<sup>20</sup> Benassini Oscar F, *óp. cit.* nota 1, pp. 1-12

<sup>21</sup> *Ibíd.* pág. 3

interconsulta de psicología y psiquiatría en el Centro Médico La Raza, el cual surgió en 1957. La medicina especializada de psiquiatría dentro de la institución se extendió para los hospitales generales y de especialidades.

Con el proyecto de ampliar la especialidad y para comodidad de los usuarios se cierran las instalaciones de psiquiatría en el Centro Médico Nacional, se optó por la subrogación de un espacio y camas en el hospital Psiquiátrico DR. Rafael Lavista, el personal era del instituto es decir, se traslado con su equipo de trabajo (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos).

### **2.1.5 IMSS: Origen y Funcionamiento del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta**

Valorando esta situación que perduro hasta 1980, y con la perspectiva de que la especialidad se integrara a los HGZ. Se planteo la construcción de un hospital de psiquiatría, sin embargo no fructificó ya que las instalaciones no reunían las condiciones necesarias para la población derechohabiente (construcción riesgosa, con pocas áreas verdes y no adecuadas para las actividades recreativas y ocupacionales de los pacientes).<sup>22</sup>

Como la idea en un inicio no prospero se pensó también acondicionar pequeños espacios en los HGZ y en los centros médicos, sin embargo el proyecto no se llevo a cabo y se termino por tomar la decisión de contar la con instalaciones propias para el servicio de psiquiatría, Por tal motivo y dadas las circunstancias históricas, el Instituto absorbe la población de enfermos y las instalaciones de Ferrocarriles Nacionales de México, anteriormente un hospital de enfermos pulmonares crónicos, con lo cual se regula para que funcione como el primer Hospital de Psiquiatría del IMSS.

Las instalaciones tuvieron que ser remodeladas para desarrollar más eficientemente las actividades de la población usuaria. Con este proyecto el personal del Instituto que labora en el Hospital Lavista se traslado a las nuevas instalaciones, fue el 9 de Septiembre de 1982 cuando el hospital reinicia labores en servicios de psiquiatría; tomando el nombre de “Hospital psiquiátrico de San Fernando” del

---

<sup>22</sup> Ídem.

Instituto Mexicano del Seguro Social; y según cuentan ese mismo día se recibieron los primeros pacientes psiquiátricos que provenían del Hospital del Carmen (ISSSTE), del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro; y así de esta manera se dieron por terminados los compromisos de subrogación con estas unidades medicas. Esta breve semblanza histórica del Hospital de psiquiatría.<sup>23</sup>

Las nuevas instalaciones hospitalarias contaban con dos áreas de hospitalización, una asignada a hombres y otra para mujeres, las camas censales eran de 60 para los hombres y 40 para las mujeres, una área de comedor que a su vez funciona como área de usos múltiples, dos salones mas de áreas múltiples y una área para la visita de familiares y amigos de los pacientes, una área de urgencias con dos camas no censables para la consulta externa, el área de gobierno y de dietología que se encontraban independientes de la zona de hospitalización.

El personal médico que inicio labores fue el entonces director de la unidad Dr. Luis José Vargas Elías, Carlos Gómez Santoyo, Miguel Ángel Mota Guzmán, etc. Los psicólogos clínicos: María de Lourdes Velasco M., Rosa María Gamboa M., etc.; así como enfermeras, trabajadoras sociales y personal operativo en general. El Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta antes San Fernando ha tenido una participación muy connotada en la áreas de salud mental y psiquiátrica a nivel nacional, así como ha desarrollado actividades de investigación y docencia todo en beneficio de la atención de sus derechohabientes y sus familias.<sup>24</sup>

Hoy en día el IMSS cuenta con tres hospitales de especialización médico - psiquiátricas: el hospital “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, ubicado en la Av. San Fernando en Tlalpan con capacidad de internamiento para hombres y mujeres de 40 camas para cada sección, el servicio de psiquiatría de la Clínica 10 con capacidad de 50 camas para mujeres, y finalmente la Unidad Morelos con capacidad de 80 camas para hombres. Además de contar con los servicios de consulta de especialización en

---

<sup>23</sup> Vega Luis, “Breve semblanza del Hospital Regional de Psiquiatría Siglo XXI”, *Revista Solidaria*, IMSS, México, pp. 18-22.

<sup>24</sup> Vega Luis, *óp. cit. nota 1*, p. 22.

psiquiatría en los Hospitales generales de Zona y módulos de Salud Mental en las UMF.

A nivel general el Seguro Social no cuenta con servicios de psiquiatría en todas sus unidades de Hospitales Generales, al parecer solo 70 hospitales cuentan con este servicio, y en las Unidades de Medicina Familiar son referidos a los hospitales Generales de Zona o bien a las Unidades Médicas de Alta Especialidad localizadas en el Distrito Federal.

## **2.2 OBJETIVOS Y NORMAS**

### **2.2.1 Proyecto Unidad Médica de Alta Especialidad incluido el Hospital Dr. Héctor H. Tovar Acosta**

El Proyecto Unidad Médica de Alta Especialidad que autorizo el H. Consejo Técnico en 2004 tiene como objeto la desconcentración administrativa de 25 unidades médicas y así mismo se integro su marco normativo ( Sistemas de Abasto Institucional, Planeación de Recursos Institucionales, Administración Hospitalaria Computarizada y Expediente Clínico Electrónico. De esta forma quedan constituidas las UMAE, y entre 2003 y 2005 quedaran constituidos los hospitales que las formarían.

Organización: operación médica desconcentrada, dependiente de la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual está facultada para realizar acuerdos en representación de la Institución que otorga servicios de alta especialidad, con oportunidad, calidad y eficiencia y seguridad, infraestructura de alta tecnología, y que forma personal especializado.<sup>25</sup>

### **2.2.2 Objetivo**

El Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta., se incluye como unidad complementaria de la Unidad de Medicina de Alta Especialidad (acuerdo 389/2003, 5 al 18/2004, 148/2004, 447/2004 y 5/2005) en donde se especifican sus actividades y sus alcances. Por lo tanto debe otorgar un servicio de alta especialización, calidad y eficiencia a su población derechohabiente con la

---

<sup>25</sup> Aguirre-Gas Héctor G., "Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006", *Revista Médica IMSS*, México, 2008, pp. 571-580

finalidad de que final de la atención el público usuario quede satisfecho con los resultados que alcanzo, así como fomentar la educación y la investigación en la salud. La atención que se brinda es continua e integral, en donde se pone en práctica todo el conocimiento medico-técnico para la rehabilitación de los pacientes y así de esta manera evitar en la medida de lo posible una recaída.

Para dicho propósito el Instituto Mexicano del Seguro Social en su Reglamento de Organización Interna; (Artículo 82-Título Quinto, Cap. Único-Del Órgano Interno de Control), considero algunos cambios que fueron aprobados por el Consejo Técnico los cuales fueron enviados a la Presidencia de la República, donde después de haber sido aprobados dichas consideraciones se autorizaron y se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 19 de junio de 2003.

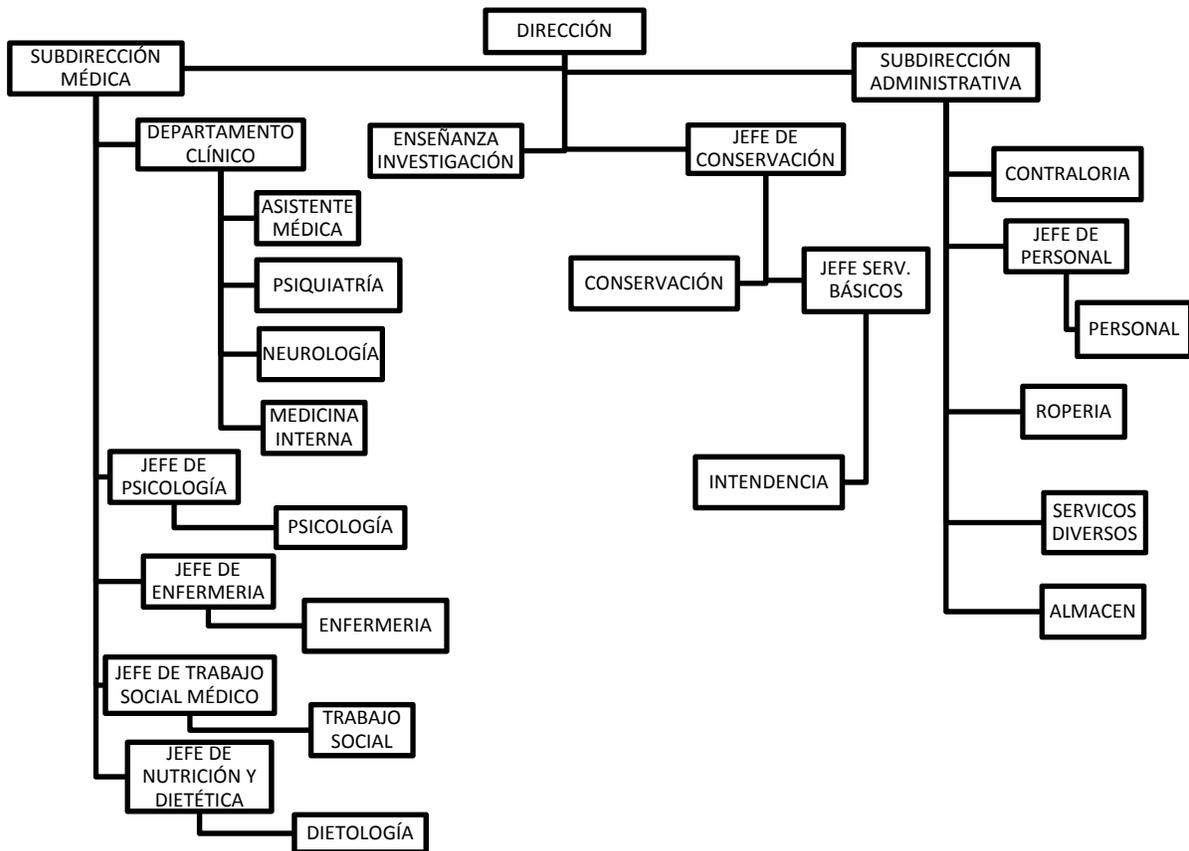
De acuerdo a lo anterior se presento un documento que engloba los objetivos, políticas, organigramas estructurales y funciones de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, y de los órganos y unidades administrativas que lo forman.

El Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, como ya se menciono fue aprobado por el Consejo Técnico para entrar en operación en 2003, y también se dio a conocer la estructura orgánica dictaminada y aprobada por la Dirección de Desarrollo de Personal y Organización.

En este sentido el hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta deberá contar con su organigrama correspondiente al último dictamen autorizado por la Dirección de Desarrollo de Personal y Organización como complemento ha dicho Manual.

## 2.2.3 Organigrama Puestos de Mando

HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA



## 2.2.4 El Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Artículo 76.- De la Dirección de Prestaciones Médicas Título Cuarto de los Órganos Normativos del Instituto

### 2.2.4.1 Fracción I

Planear, dirigir y normar las acciones relacionadas con la prestación de los servicios médicos, de rehabilitación y de salud pública, atención de los riesgos de trabajo, educación e investigación en salud, así como evaluar sus resultados.

### 2.2.4.2 Fracción IV

Emitir la normatividad institucional relativa a vigilancia epidemiológica, medicina preventiva, fomento a la salud, salud reproductiva, salud materno infantil, educación médica, investigación médica, salud y seguridad en el trabajo y la

prestación de los servicios médicos y de rehabilitación es sus tres niveles de atención.

De acuerdo a lo anterior el Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta está inmerso en esta estructura y organización de atención médica de las Unidades Médicas de Alta Especialidad y de acuerdo a criterio que se aprobaron en 2001 con respecto a tratamiento de pacientes con trastornos mentales auspiciados por la Organización Mundial de la Salud.

En este foro se recomendó que al paciente psiquiátrico se le respetaran sus garantías individuales, así mismo se dejó atrás el concepto de la medicina tradicional de medicar al paciente olvidándose de su aspecto psicoterapéutico, en este razonamiento se han disminuido los días de hospitalización con el objeto de no desvincular al paciente de su familia y del entorno social donde se desenvuelve, de esta forma se aplica el uso óptimo de las instalaciones y de los recursos humanos, se les da orientación al paciente y familiares de que existen un programa de post-tratamiento hospitalario; que está vinculado con el quehacer en acciones de supervisión preventivas del estado de salud del paciente, del rol que juega la familia y el uso óptimo de los recursos comunitarios locales (conceptualización del hospital moderno) en la actualidad se da una rehabilitación integral donde un equipo multidisciplinario atiende la enfermedad del paciente y su rehabilitación psicosocial.

En ese sentido se crearon una serie de estrategias generales con la finalidad de llevar a cabo una política de regionalización y descentralización de los servicios de Psiquiatría y Salud Mental, organizados en los diferentes niveles de atención que ofrece el Seguro Social para un mejor aprovechamiento de la infraestructura y una mejor atención en las acciones terapéuticas de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente.

### **2.2.5 ¿Cómo Unidad Médica de Alta Especialidad el Hospital de Psiquiatría ha alcanzado sus objetivos?**

Sin embargo si se hiciera una autoevaluación del comportamiento del hospital de psiquiatría en estudio cuando paso a ser Unidad de Alta Especialidad vamos a encontrar que no se han cumplido algunos de los criterios establecidos; como es el caso de que existe equipo técnico obsoleto e insuficiente, cobertura insuficiente a nivel delegacional y nivel central de las plazas de base y de confianza, nulo avance

en la implantación del expediente clínico electrónico y del sistema computarizado de administración hospitalaria.<sup>26</sup>

### **2.2.6 Norma que lo rige**

Fundamento Artículo 76 Fracción I y IV del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social con fecha 19 de junio 2003. Que establece las disposiciones técnico-médicas para la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales:

1.- Objetivo- determina los lineamientos que se deben acatar en las unidades psiquiátricas para el procedimiento de hospitalización de pacientes con trastornos mentales.

2.-La aplicación de dichos lineamientos es obligatoria para todas las Direcciones Regionales, Delegaciones, U.M.A.E. y Unidades Médicas del I.M.S.S...

3.- Sujetos de Norma: Coordinadores Médicos Regionales, Jefes Delegacionales de Prestaciones Médicas, Coordinadores Delegacionales de Atención Médica, Directores de U.M.A.E., Directores de Unidades Médicas y personal médico responsable de los servicios de hospitalización.

Documentos de Referencia: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud y su reglamento en materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, Ley del Seguro Social, Reglamento de Organización Interna del I.M.S.S. etc..

La hospitalización de pacientes con trastornos mentales implica una serie de problemáticas que envuelve al paciente, al familiar y a la Institución, por la cual la Norma es muy específica y dicta una serie de lineamientos generales que todas las Unidades que dan servicios médicos deben acatar. La hospitalización de un paciente que la requiere debe de estar ubicada cerca del lugar de residencia del paciente, en las Unidades Médicas que cuenten con servicios de psiquiatría del Instituto, en caso de no contar con un servicio dentro de la región el Instituto tiene la obligación de contratar servicios subrogados que de igual manera deberán contar con los mismos criterios que norman al Instituto para el internamiento de los pacientes psiquiátricos,

---

<sup>26</sup> Aguirre-Gas Héctor G, *óp. cit.*, nota 1, pág. 577

además; al dejar a sus derechohabientes en Hospitales subrogados el I.M.S.S. tiene la obligación de vigilar el tratamiento y la seguridad de sus pacientes.

La hospitalización de un paciente con trastornos mentales puede ser realizada por los médicos de urgencias de los Hospitales Generales de Zona o Regionales después de la valoración del médico psiquiatra adscrito a ese hospital.

Para el caso concreto de la hospitalización de pacientes psiquiátricos se sigue utilizando las formas institucionales para canalizar al paciente lo más pronto posible y así se de la recuperación más pronta y efectiva (pase referencia y contrareferencia), se envía al servicio especializado de psiquiatría a el paciente de las Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona o bien los Hospitales Regionales.

En lo que se refiere a los días de hospitalización la norma es muy específica, en el sentido de que solo se utiliza como último recurso del tratamiento, los médicos responsables de los servicios psiquiátricos vigilaran que la hospitalización sea lo más breve posible. Tomando en cuenta el diagnóstico para cada hospitalización, que va de los casos agudos a crónicos severos; además de garantizar la seguridad del paciente y su familia, así como garantizar los derechos esenciales de la persona hospitalizada; así pues los días de hospitalización van de 14 días para pacientes agudos y de 30 días para pacientes crónicos. Al dar al paciente de alta el médico responsable debe hablar con el paciente y su familia de las ventajas de un tratamiento ambulatorio con apoyo de medicamentos más eficaces.

### **2.2.7 Criterios para Hospitalización de Pacientes Psiquiátricos**

En todos los casos de hospitalización de pacientes con trastornos mentales el médico responsable deberá dar énfasis del papel que juega la familia para la rehabilitación del paciente psiquiátrico, en caso de abandono por parte de la familia o por imposibilidad de la misma, la Jefatura Delegacional de Prestaciones Medicas será la responsable de implantar un plan multidisciplinario dirigido al plano jurídico en donde se especifique la hospitalización prolongada por las situaciones antes mencionadas.

En teoría y en base a la Norma Institucional el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta del I.M.S.S., cuenta con un programa interno para el tratamiento del paciente, en base a terapia farmacológica y psicoterapéutica; cada paciente cuenta con una atención personalizada, es decir, se le asigna un

equipo de trabajo que está al pendiente del desarrollo y rehabilitación de su enfermedad (médico psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermera especializada, asistente social).

Además cuenta con el programa de Hospital Parcial, que es un Hospital de día que pretende que los pacientes especialmente los esquizofrénicos vuelvan a socializar con la comunidad, también existe el programa de paidopsiquiatría que se encarga de los trastornos mentales del niño y el adolescente en la consulta externa.

### **2.2.8 Derechos Universales de los Pacientes con Trastornos Mentales**

En lo que se refiere a los Derechos Universales de los pacientes con trastornos psiquiátricos están contemplados en varios organismos internacionales:

-Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, O.N.U. Doc. a/46/49 (1991).

-Convención Americana sobre Derechos Humanos, Serie sobre Tratados, O.E.A., No. 36, 1146, Serie sobre Tratados de la O.N.U., 123 entrada en vigor 18 de julio de 1978.

-Convenio internacional sobre la protección y la promoción de los derechos y de la dignidad de las personas con inhabilidades, G.A, res. A/61/611(2006).

La aplicación de estos convenios internacionales se ven reflejados en la Noma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIAS MÉDICO PSIQUIÁTRICAS.**

El objetivo principal de la norma es la reinserción social de las personas enfermas al medio al que pertenecen, por medio de un tratamiento continuo e integral en base a programas hospitalarios, ambulatorios y comunitarios (hospitales de día, casas de medio camino etc.), enfocado principalmente a la prevención y conocimiento de la enfermedad en sus aspectos más relevantes biológico, psicológico y social. En tal sentido dicho documento tiene por objeto la de unificar criterios de operación, actividades y actitudes del personal que labora en los servicios de salud en los hospitales psiquiátricos del país.

Esta normatividad es de aplicación obligatoria en todas las Unidades Hospitalarias Psiquiátricas del país, para pacientes agudamente enfermos y aquellos de estancia prolongada, para los sectores público y privado que conformen el Sistema Nacional de Salud.

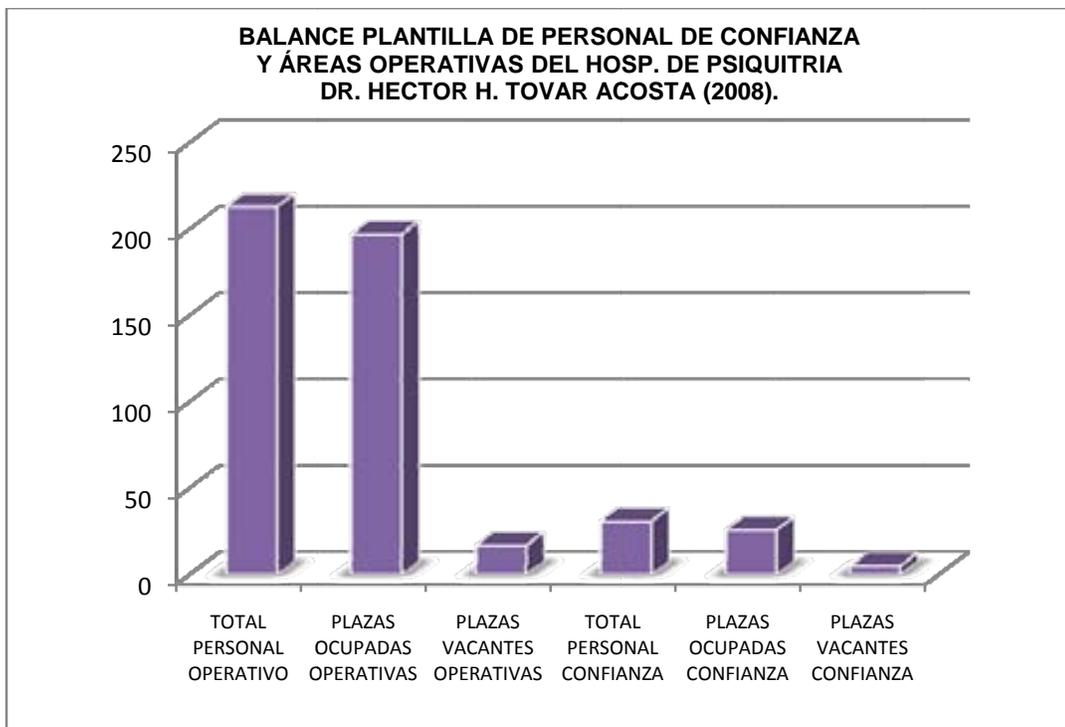
### **2.3 Recursos Humanos e Infraestructura**

El hospital cuenta con dos áreas de hospitalización: 40 camas censables para hombres y otras 40 para mujeres, un comedor que a la vez funciona como salón de usos múltiples; 2 áreas que funcionan como salones múltiples y una área destinada para la visita diaria de familiares y amigos de los pacientes, admisión continua que cuenta con tres camas no censales: valoraciones de la consulta externa y los pacientes referidos de los HGZ y las UMF, del otro extremo del edificio se encuentra el área de gobierno y administrativa, auditorio, taller y casa de máquinas así como un área de dietología.

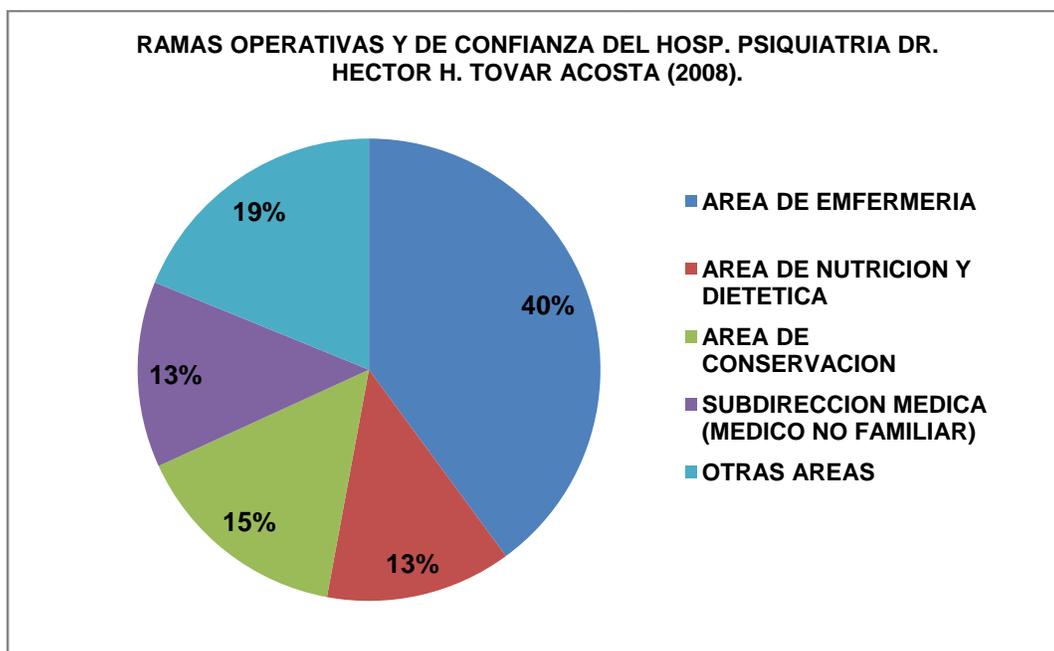
En lo que se refiere a recursos humanos el hospital cuenta con un total de 230 trabajadores, de los cuales 210 son trabajadores de base y 20 son trabajadores de confianza. Al parecer en cuanto a recursos humanos disponibles parece estar satisfecha la demanda ver gráficas 2 y 3; que nos muestran el total de plazas que laboran en el hospital y el porcentaje que cada una de ellas representa de ese total. Sin embargo se presentan situaciones muy particulares a lo largo del periodo en estudio, en ese año no se cubrió al personal que estuvo de incapacidad o salió de vacaciones, o que simplemente se jubilo o se cambio de unidad, fue hasta el año de 2009 que se empezaron a cubrir esas plazas vacantes.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup>“Balance de la plantilla de personal”, *Hospital Psiquiatría*, IMSS, 2008.



**GRÁFICA 1**  
FUENTE: Elaboración propia, datos tomados del IMSS



**GRAFICA 2**  
FUENTE: Elaboración propia, datos tomados del IMSS

## CAPÍTULO III

### Trastornos mentales más frecuentes en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta durante el año 2007 a 2008.

#### 3. Introducción:

Este capítulo contiene el total de ingresos que se valoraron en el año en estudio de los distintos trastornos mentales. Se agruparon de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 2004) De los trastornos mentales y del comportamiento. Definición, clasificación, etiología y epidemiología; comportamiento en los pacientes (patología, comorbilidad y mortalidad o en su caso intentos suicidas).

#### 3.1 Ingresos de primera vez y subsecuentes por sexo periodo 2007 a 2008

Valoraciones del Periodo 26 de Agosto 2007 a 26 de Agosto 2008					
Mes	Total	Ingresos Hombres		Ingresos Mujeres	
		Primera vez	Subsecuente	Primera Vez	Subsecuente
Septiembre-Diciembre 2007					
Septiembre	83	7	32	28	16
Octubre	68	17	9	16	26
Noviembre	57	9	18	13	17
Diciembre	93	14	27	20	32
Enero-Agosto 2008					
Enero	78	29	10	23	16
Febrero	92	19	27	28	18
Marzo	108	18	25	31	34
Abril	70	12	20	14	24
Mayo	98	22	36	10	30
Junio	112	45	15	22	30
julio	81	7	25	22	27
Agosto 2008	87	25	21	23	18
<b>Total</b>	<b>1027</b>	<b>224</b>	<b>265</b>	<b>250</b>	<b>288</b>

CUADRO 2 Ingresos del Año en estudio 26 de agosto de 2007 a 26 de agosto de 2008.

Fuente: Ingresos diarios valoraciones del Hospital de Psiquiatría Dr. H.H.T.A. 26 Agosto 2007- 26 Agosto 2008

Este análisis se explica en base a los ingresos que hubo en el año en estudio, 26 de agosto de 2007 a 26 de agosto de 2008, en donde se diagnosticaron 1933 valoraciones médicas en total, de ese total se hospitalizaron 1027 pacientes; de ahí se clasificaron como ingresos de primera vez o subsecuentes, el total de pacientes de primera vez de hombres y mujeres fue de 474 y de pacientes subsecuentes el total fue de 553 pacientes, también se desprende que el número de mujeres internadas fue de 558 que el de los hombres 499, según los médicos psiquiátricos esta situación se da por las características propias del cuerpo de las mujeres que sufren cambios hormonales cada mes y que es un factor que influye de manera determinante en la aparición de algún trastorno mental.

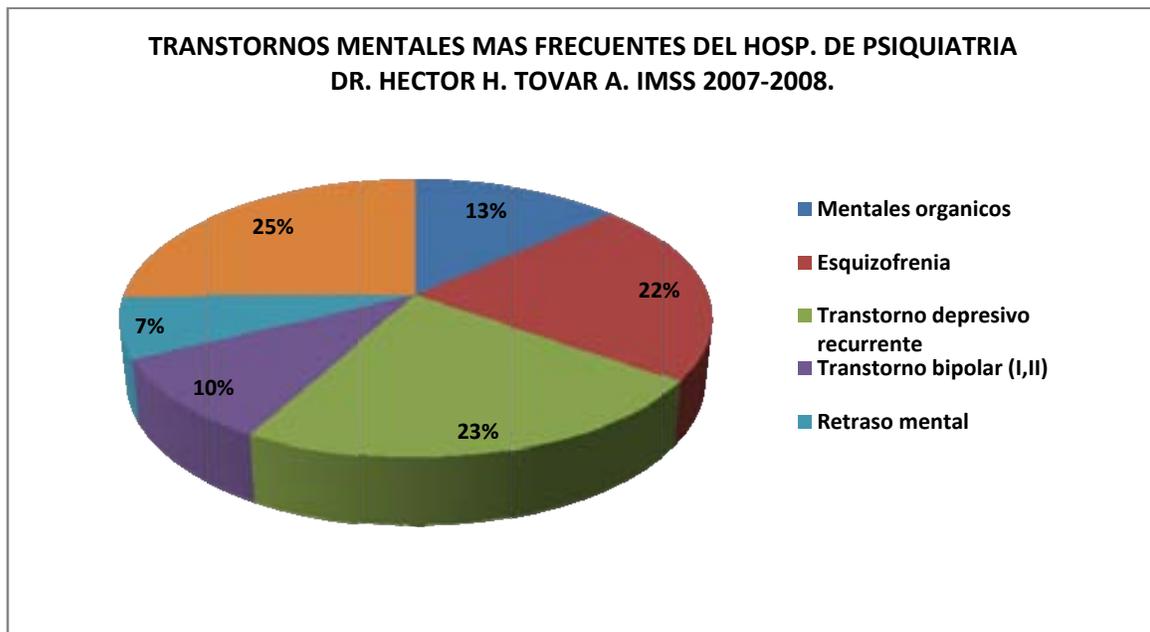
### **3.1.1 Trastornos Mentales identificados del total de ingresos**

De los 1027 ingresos que hubo en el transcurso del año (ver gráfica 3) de trastornos mentales más frecuentes en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar A. en el año 2007 a 2008 se destaca en primer lugar que 221 pacientes ingresados corresponden a esquizofrenia representando el 21.5 por ciento del total; dentro de este grupo existe un subgrupo de 69 pacientes con trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes que en conjunto constituyeron 6.7%, 136 ingresos correspondieron a trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos 13.24 por ciento, 45 pacientes se valoraron con trastornos mentales del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas 4.3 por ciento.

Otro grupo que destacó por el gran número de internamientos fueron los llamados trastornos del humor afectivo (estado de ánimo) con 392 pacientes, que se dividen en varios subgrupos y de los cuales se identificaron dos de más relevancia en el hospital; trastornos depresivos recurrentes graves con un total de 239 pacientes valorados 23.27 por ciento y el otro subgrupo que correspondió al trastorno bipolar 100 pacientes tipo I y II 9.73 por ciento del total; también se identificaron los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes en este resultado es importante destacar que de los 186 pacientes que se valoraron solo 29 que corresponde al 2.23 por ciento se hospitalizaron y los 163 restantes se remitieron a

su HGZ y/o UMF para seguir un tratamiento identificados como trastornos de ansiedad.

Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos fueron 24 pacientes 2.33 por ciento del total en el cual el trastorno de la alimentación fue el que más destaco dentro de este grupo, trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto ingresaron 30 pacientes 2.92 por ciento, con retraso mental ingresaron 73 7.10 por ciento y de los pacientes foráneos que ingresaron al hospital del total de 1933 fueron 74.<sup>28</sup>



**GRAFICA 3**

FUENTE: CENSO DIARIO DE VALORACIONES DE PACIENTES DE 1ª VEZ Y SUBSECUENTES 2007-2008 IMSS

Tomando en cuenta esta clasificación de datos que resulto del periodo en estudio se puede destacar que los trastornos del humor afectivo y los trastornos de esquizofrenia fueron de los que más frecuentes en el hospital y que por tanto requirieron de hospitalización por presentar un cuadro crónico en el desarrollo de la enfermedad y por el impacto de riesgo que representa la misma enfermedad (intentos suicidas) para los pacientes y sus familias. Para el Instituto representa una gran gama de recursos humanos y de infraestructura que se pone al servicio del

<sup>28</sup> "Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento", OMS, México, 2004, pp. 1-252.

paciente, el proceso hospitalario de cada paciente representa un gasto, por lo cual en la medida de lo posible el hospital debe optimizar los recursos disponibles.

El trastorno depresivo recurrente mayor en todas sus fases grave, agudo y crónico y trastorno bipolar en sus dos fases maniaco e hipomaniaco fueron los que más destacaron de la clasificación de los llamados trastornos del humor afectivo, esquizofrenia, trastorno esquizotípico trastornos de ideas delirantes; de este grupo la esquizofrenia fue la que más casos se atendieron en el hospital, los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo y dependencia de sustancias (alcohol, cocaína, medicamentos).

Otros de los trastornos que también se valoraron e ingresaron al hospital fueron de la clasificación de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, entre fueron muy esporádicos; Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificado en otro lugar; los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación en este grupo y el cual es el único clasificado como retraso mental se valoraron un grupo considerable de pacientes.

El trastorno de ansiedad que corresponde al grupo de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (ansiedad, fobias, obsesivo –compulsivo, trastornos de adaptación) también tuvieron gran incidencia en el hospital; lo contrastante de estos padecimientos es que si bien es poca la población que requirió hospitalización si es de preocuparse que 163 pacientes se remitieron a sus HGZ o bien a su UMF. Para seguir con tratamiento. Entre algunas de las causas que se identifican como causa para que se desarrollen este tipo de padecimientos es el medio ambiente, el cambio de un lugar a otro o el hecho de haber pasado de ser una población rural a urbana a significado grandes cambios en el comportamiento de la sociedad.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, *óp. cit.* nota 1, pp. 5-16.

**Encuesta Nacional de Epidemiología en México. Prevalencia de trastornos con jerarquía, según la CIE-10**

Diagnostico	Hombres						Mujeres						Total					
	Alguna vez	Ult. 12 meses	Ult.mes	Alguna vez	Ult. 12 meses	Ult.mes	Alguna vez	Ult. 12 meses	Ult.mes	Alguna vez	Ult. 12 meses	Ult.mes						
<b>Trastorno Afectivo</b>																		
Episodio depresivo mayor	2.0	(0.3)	0.9	(0.3)	0.3	(0.1)	4.5	(0.5)	2.1	(0.3)	0.8	(0.1)	3.3	(0.3)	1.5	(0.2)	0.6	(0.1)
Episodio depresivo menor	0.6	(0.2)	0.3	(0.1)	0.2	(0.1)	2.3	(0.3)	1.1	(0.2)	0.5	(0.1)	1.5	(0.2)	0.7	(0.1)	0.3	(0.1)
Manía (Bipolar I)	1.6	(0.3)	0.9	(0.2)	0.4	(0.1)	1.1	(0.2)	0.8	(0.2)	0.4	(0.1)	1.3	(0.2)	0.9	(0.1)	0.4	(0.1)
Hipomanía (Bipolar II)	2.4	(0.4)	0.9	(0.2)	0.4	(0.1)	1.6	(0.3)	1.2	(0.3)	0.4	(0.1)	2.0	(0.2)	1.1	(0.1)	0.4	(0.1)
Distimia con Jerarquía	0.5	(0.2)	0.4	(0.1)	0.2	(0.1)	1.1	(0.2)	0.5	(0.1)	0.2	(0.1)	0.9	(0.1)	0.4	(0.1)	0.2	(0.1)
Cualquier trastorno afectivo	6.7	(0.6)	3.0	(0.5)	1.3	(0.3)	11.2	(0.8)	5.8	(0.5)	2.4	(0.3)	9.1	(0.6)	4.5	(0.3)	1.9	(0.2)
<b>Trastorno de Ansiedad</b>																		
Trastorno de pánico	1.3	(0.2)	0.4	(0.1)	0.2	(0.1)	2.9	(0.4)	1.7	(0.3)	0.5	(0.1)	2.1	(0.2)	1.1	(0.2)	0.4	(0.1)
Agorafobia sin trastorno de pánico	1.0	(0.3)	0.7	(0.3)	0.3	(0.2)	3.8	(0.3)	2.5	(0.3)	0.8	(0.2)	2.5	(0.2)	1.7	(0.2)	0.5	(0.1)
Fobia social	3.8	(0.6)	1.8	(0.4)	0.5	(0.2)	5.4	(0.4)	2.7	(0.3)	0.9	(0.2)	4.7	(0.4)	2.3	(0.2)	0.7	(0.1)
Fobia específica	4.0	(0.5)	1.9	(0.3)	0.7	(0.2)	9.8	(0.8)	5.8	(0.7)	2.2	(0.4)	7.1	(0.5)	4.0	(0.4)	1.5	(0.2)
Trastorno de ansiedad generalizada	0.7	(0.3)	0.6	(0.3)	0.6	(0.3)	1.6	(0.3)	0.8	(0.2)	0.3	(0.1)	1.2	(0.2)	0.7	(0.2)	0.4	(0.2)
Trastorno de estresoposttraumatico	1.9	(0.6)	0.4	(0.2)	0.2	(0.1)	3.3	(0.4)	0.8	(0.2)	0.2	(0.1)	2.6	(0.4)	0.6	(0.1)	0.2	(0.1)
Cualquier trastorno de ansiedad	9.5	(1.1)	4.9	(0.6)	2.2	(0.4)	18.5	(1.1)	10.8	(0.9)	4.1	(0.5)	14.3	(0.9)	8.1	(0.6)	3.2	(0.3)
<b>Trastorno de sustancias</b>																		
Consumo perjudicial de alcohol	4.9	(0.7)	1.0	(0.3)	0.1	(0.1)	0.3	(0.1)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	2.4	(0.3)	0.5	(0.1)	0.0	(0.0)
Dependencia al alcohol	11.5	(1.3)	3.7	(0.8)	1.2	(0.5)	1.0	(0.3)	0.2	(0.1)	0.1	(0.1)	5.9	(0.6)	1.8	(0.4)	0.6	(0.2)
Consumo perjudicial de drogas	2.4	(0.4)	0.8	(0.3)	0.2	(0.1)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	1.1	(0.2)	0.4	(0.2)	0.1	(0.0)
Dependencia a las drogas	0.7	(0.2)	0.2	(0.1)	0.1	(0.0)	0.2	(0.1)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.4	(0.1)	0.1	(0.1)	0.0	(0.0)
Dependencia a la nicotina	2.9	(0.7)	1.9	(0.7)	0.3	(0.1)	0.9	(0.2)	0.5	(0.1)	0.2	(0.1)	1.8	(0.3)	1.1	(0.3)	0.3	(0.1)
Cualquier trastorno de sustancias	17.6	(1.5)	6.8	(1.2)	1.7	(0.8)	2.0	(0.3)	0.7	(0.2)	0.4	(0.1)	9.2	(0.7)	3.5	(0.5)	1.0	(0.3)
<b>Otro trastorno</b>																		
Trastorno de la actividad de la atención	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)
Anorexia	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)
Adult Separation Anxlely Disorder	1.3	(0.3)	0.6	(0.2)	0.3	(0.1)	3.5	(0.4)	0.9	(0.2)	0.5	(0.2)	2.5	(0.3)	0.7	(0.2)	0.4	(0.1)
Bulimia nerviosa	0.6	(0.3)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	1.8	(0.5)	0.8	(0.4)	0.5	(0.4)	1.2	(0.3)	0.4	(0.2)	0.3	(0.2)
Trastorno disocial	10.3	(1.3)	2.1	(0.7)	0.0	(0.0)	2.3	(0.5)	0.3	(0.1)	0.0	(0.0)	6.1	(0.6)	1.2	(0.3)	0.0	(0.0)
Trastorno disocial desaflante oposicionista	1.5	(0.6)	0.1	(0.1)	0.0	(0.0)	1.4	(0.2)	0.1	(0.1)	0.0	(0.0)	1.5	(0.3)	0.1	(0.0)	0.0	(0.0)
Ansiedad de separación de la infancia	0.3	(0.3)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)	0.8	(0.3)	0.1	(0.0)	0.0	(0.0)	0.5	(0.2)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)
<b>Cualquier trastorno</b>																		
Cualquier trastorno "Core"	24.4	(1.6)	10.1	(1.1)	3.9	(0.6)	21.3	(1.3)	11.6	(1.0)	4.6	(0.5)	22.5	(1.1)	10.9	(0.8)	4.2	(0.4)
Cualquier trastorno	30.4	(1.6)	12.9	(1.4)	5.1	(0.7)	27.1	(1.4)	14.8	(1.0)	6.5	(0.6)	28.6	(1.2)	13.9	(0.9)	5.8	(0.5)

FUENTE: SALUD MENTAL vol. 26 N° 4 agosto 2003 (cuadro elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente)

### 3.1.2 Comparación con la Encuesta Nacional Epidemiológica 2003

Si se hace una comparación entre este estudio y la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México en agosto de 2003 (ver cuadro 3) por el Instituto de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, y de acuerdo a los planteamientos de la OMS (frecuencia de los trastornos psiquiátricos, comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, situación socio demográfica y la utilización de los servicios de psiquiatría) podemos observar que hay cierta semejanza entre una muestra pequeña y la magnitud de la elaboración de una encuesta nacional, en donde se destaca la prevalencia de los trastornos mentales en un 28.6% del total de la población nacional, de este porcentaje al menos una vez ha padecido un trastorno mental, se dio prevalencia mayor en los trastornos mentales de ansiedad asociados a situaciones de estrés o fobias; fueron los más frecuentes a nivel nacional, seguidos de los trastornos de uso de sustancias y los trastornos del humor afectivo.<sup>30</sup>

Lo importante de la muestra que se analizó del año en estudio fue que los trastornos de ansiedad así como los episodios depresivos graves recurrentes y crónicos son los que prevalecen en la sociedad relacionados con consumo de drogas.

### 3.2 Definiciones

El manejo de algunos términos psiquiátricos es importante para entender algunas características y comportamiento de los trastornos mentales en la psiquiatría clínica como definición, etiología, epidemiología, comportamiento, morbilidad y mortalidad de los trastornos mentales

- Psiquiatría: es una especialidad médica a la que se atribuye la responsabilidad de atender los trastornos mentales, debido a causas orgánicas, por causas genéticas, por causas no identificadas, o por estrés.

---

<sup>30</sup> Medina Mora Ma. Elena y col, *op. cit.* pp.1-16

- Salud Mental: es una condición peculiar de bienestar y desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas.
- Trastorno Mental: es la alteración de la función mental del cerebro que origina situaciones anormales, para aquellos individuos que presentan estas enfermedades, las alteraciones son de distinta índole, como incongruencia en el lenguaje, problemas de razonamiento acompañado de alucinaciones y delirios.
- Epidemiología: el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas.
- Etiología: es el estudio de las causas sobre alguna enfermedad.

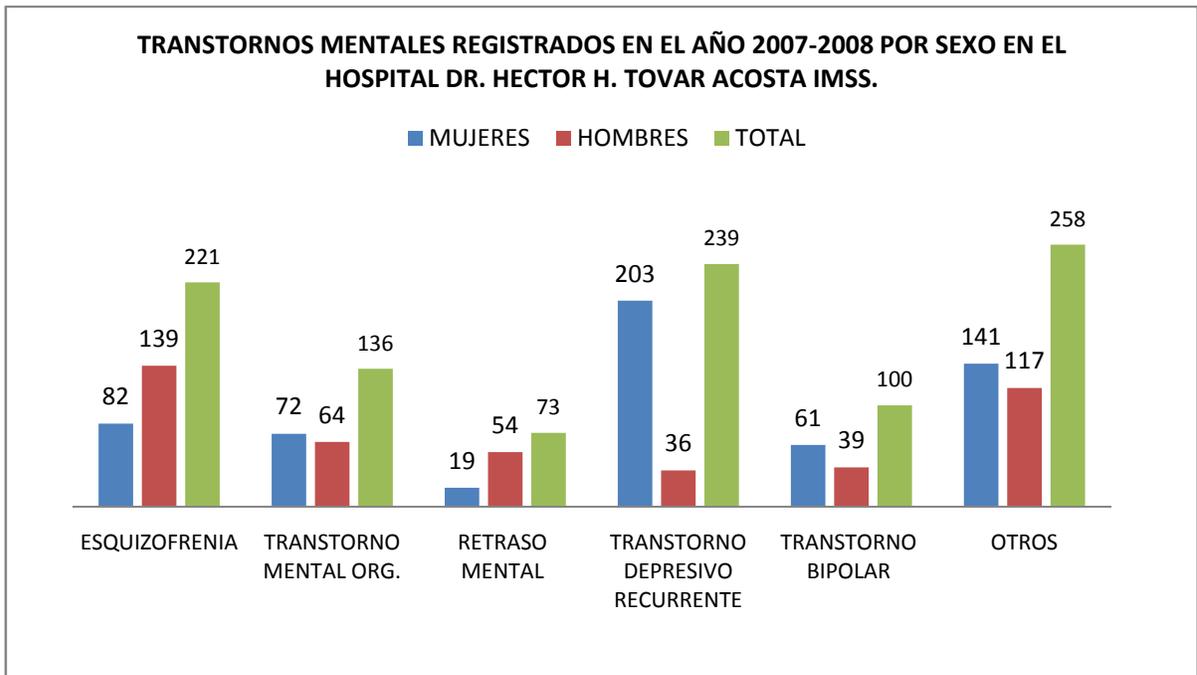
Etiología de la Enfermedad mental:

Retomando lo anterior se puede afirmar que los trastornos mentales no tiene una característica única, sino que son consecuencia de varios factores, es decir están determinados multifactorialmente, en donde intervienen factores biológicos (neurológico, genético) el medio ambiente (situaciones de estrés, conductas de adaptación, familiar, psicosocial, etc.) y el psicológico (cognitivo, emocional) así de esta forma cada elemento tiene cierta incidencia en el comportamiento de la enfermedad y de ahí partirá el tratamiento, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación. A continuación se definirán los trastornos mentales que fueron más frecuentes en el hospital durante el periodo analizado

### **3.3 Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en hombres y mujeres**

La gráfica 4 titulada trastornos mentales que se registraron en el año 2007 a 2008 por sexo del hospital en estudio se tomo como vía de información para darnos una idea de cómo fue el comportamiento de estas enfermedades y a grupo de la población derechohabiente del hospital afecto mas, es decir. La incidencia de cada una de ellas tanto en los varones como en las mujeres, prevalencia y grados de cronicidad.

Como podemos apreciar el trastorno depresivo en todas sus fases afecto más al grupo de mujeres, la esquizofrenia fue más frecuente en los hombres que en las mujeres, del grupo de los trastornos del comportamiento debido a padecimientos orgánicos fueron casi idénticos en ambos.



GRAFICA 4

FUENTE: LIBRETA DE VALORACION DE INGRESOS 2007 a 2008 DEL HOSPITAL DR. H. H. TOVAR ACOSTA IMSS.

### 3.3.1 Trastornos del humor afectivo

- Trastorno depresivo recurrente: es el más frecuente y crónico, con constantes recaídas y se asocia con morbilidad (síntomas); así como mortalidad, es uno de los trastornos mentales que mas ocasiona muertes prematuras , incapacidades laborales y disminución de la productividad de la población económicamente activa, uso constantes de los servicios médicos, y su tratamiento es a base de fármacos y psicoterapia, los costos que se calculan para este tipo de enfermedad son comparativos con otras enfermedades crónico degenerativas de altos costos.

*Epidemiología:* de los datos tomados del análisis del año en estudio observamos que este trastorno afecto en su mayor parte a las mujeres, del total de

pacientes que ingresaron 239 con este diagnostico, 19.76% corresponde a mujeres y el 3.50% a hombres (incluye pacientes de 1 vez y subsecuentes). Este padecimiento no se identifica con factores de riesgo como el nivel de educación o el estatus económico, además puede aparecer en cualquier edad pero es más común entre los 20 a 45 años. Para aquellos pacientes que no se tratan el riesgo de una segunda recaída esta constante y convertirse a un episodio maniaco, además existe un considerable riesgo de que lleguen al suicidio. Este trastorno mental tiene comorbilidad con el trastorno de ansiedad, con trastorno de abuso de sustancias y con la conducta alimentaria. El tratamiento sugiere una identificación temprana del diagnostico que se trata en el primer y segundo nivel, el tercer nivel, quede reservado para los pacientes con mayor riesgo, el tratamiento consiste en fármacos y psicoterapia es este sentido se aplica la atención integral y al paciente se le hace consciente de su enfermedad y a la familia también. El objetivo del tratamiento es reducir y/o eliminar los síntomas depresivos, restaurar el funcionamiento psicosocial y evitar las recaídas en la medida de lo posible.

- Trastorno Bipolar: Es un trastorno con presencia de manía o hipomanía, que alterna a menudo con periodos de depresión, del total de los pacientes ingresados con este diagnostico 100; 39 hombres lo padecieron (3.79%) y 61 mujeres también (19.76%). Características: aparece a una edad relativamente temprana por lo que afecta en gran medida la vida productiva de quien la padece, es decir, a nivel académico, laboral y el desarrollo social.

*Epidemiología:* se presenta entre los 15 y 19 años de edad, y se da tanto en hombres como en mujeres, teniendo una mayor presencia en este caso para las mujeres. Según estudios médicos aquel que sufre un episodio de manía o hipomanía es más probable que sufra otro más grave y por lo cual el tratamiento es poco efectivo, este tipo de pacientes tiene un índice de probabilidad del 15% al suicidio. La manifestación del trastorno es de euforia, contagio, o bien presentarse un trastorno mixto, el paciente puede pasarse sin dormir y no presentar síntomas de cansancio, hablar en forma exagerada y teatral. Al parecer son pacientes que no están conscientes de su enfermedad por lo cual se niegan a recibir tratamiento.

El diagnóstico es difícil de prever, ya que no existen pruebas de laboratorio para diagnosticarlo, de tal manera que el médico se debe guiar por su experiencia ya que es fácil confundirlo con esquizofrenia o con alguna enfermedad médica en general. El tratamiento consiste en la hospitalización y la prescripción de fármacos, se debe concientizar al paciente y la familia de que el tratamiento debe de realizarse en forma disciplinada con apego a la descripción medica en lo que se refiere a los fármacos, mantenerse con buenas horas de sueño y evitar situaciones de estrés. El objetivo del tratamiento es reducir, la morbilidad y la mortalidad, mediante la disminución de los episodios, es decir, con la prevención de los episodios y la estabilización del estado de ánimo. El tratamiento puede ser poco efectivo ya que el paciente se niega a si mismo que sufre un trastorno maniaco depresivo.

### **3.3.2 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes**

Trastorno psicótico de los más frecuentes en pacientes psiquiátricos, para el año en estudio, de los 221 con este diagnostico (pacientes de 1 vez y subsecuentes); 139 correspondió a hombres que se hospitalizaron (13.53%) e ingresaron 82 mujeres (7.98%). Este padecimiento tiene un impacto social muy fuerte, ya que disminuye la capacidad de los individuos que lo padecen, en el sentido que puede ocasionarles la pérdida del empleo, la convivencia, además que los costos directos e indirectos son muy altos.

*Epidemiología:* puede iniciar en la última etapa de la adolescencia o en la primera de la edad adulta, para el caso de los hombres inicia en la tercera etapa de su vida (30 años) y en las mujeres a finales de los 30 años; por regla general ambos sexos son afectados por este trastorno. Para algunos pacientes la enfermedad se presenta muy variable, pero en algunos casos la padecen en forma crónica y continua, al parecer este padecimiento tiene una carga genética muy fuerte, es decir, se aprecia la enfermedad en pacientes de familiares afectados pero también se presenta de forma espontanea, tiene un fuerte impacto a nivel social ya que se estima que tiene un alto grado de suicidio. La esquizofrenia en algunos casos se presenta con otro tipo de trastornos psiquiátricos, con el abuso de sustancias especialmente el alcohol.

A diferencia de otros trastornos la esquizofrenia tiene una fisiopatología de carácter genético aunque también no se deben descartar los factores del medio ambiente (obstétricos, incompatibilidad del RH, o mal nutrición), la manifestación clínica tiene gran valor para el médico para diagnosticar, el paciente regularmente esta alterado, tiene alteraciones de la conducta (cognoscitiva) y su estado de ánimo es decaído (depresión, ansiedad alteraciones del sueño, etc.), y a veces según estudios se puede confundir con otro tipo de trastorno (manía, depresión, abuso de sustancias). El tratamiento consiste en la perspicacia del médico que le atiende ya que no existen pruebas de laboratorio para diagnosticarlo, aquellos pacientes esquizofrénicos graves o agudos es necesario hospitalizarlos (psicóticos), la terapia recomendable es a base de fármacos, y que se esté consciente de la enfermedad tanto paciente como familiares lo cual termina por mejorar las condiciones del enfermo reduciendo los efectos negativos de la enfermedad.

Otros trastornos derivados de la esquizofrenia, son los llamados esquizotípicos que también fueron frecuentes en el hospital en el año de estudio, de un total de 69 pacientes (1 vez y subsecuentes), se internaron 34 hombres (3.3%) y 35 mujeres(3.40%), este trastorno se caracteriza por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y la efectividad, que lo pueden confundir con la esquizofrenia, pero no son características de la esquizofrenia ni definitorias, ideas paranoides o extrañas pero que no llegan a ser delirantes; episodios ocasionales y transitorios casi psicóticos con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo, pero este comportamiento al parecer es un trastorno de la personalidad.

### **3.3.3 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**

- Trastorno de ansiedad: es uno de los trastornos que más se presento en la consulta del año en estudio, aunque hubo pocos ingresos hospitalarios, de 186 pacientes que se presentaron a valoración; 10 hombres se internaron (.97%) y 19 mujeres también (1.85%), pero lo significativo de este análisis demuestra que 163 pacientes se enviaron al HGZ (17.94%) para continuar un tratamiento. Este padecimiento es más probable que lo padezcan las mujeres que los hombres, en total se

presentaron 133 pacientes femeninas a valoración. Al parecer se desarrollo aún más en los niveles medios y bajos de educación tiene comorbilidad con la depresión y se convierte en trastorno de ansiedad mixto depresivo que complica aún más la rehabilitación de los pacientes.

*Epidemiología:* como ya vimos afecta más a las mujeres que a los hombres, y aquí juega un papel muy importante el medio ambiente o bien las condiciones socioeconómicas o de adaptación; (fobias, estrés, obsesivo-compulsivo, pánico, etc.), se presenta asociado a otro tipo de trastornos regularmente a depresión o abuso de sustancias. Todos los trastornos de ansiedad conllevan un tratamiento farmacológico y psicoterapia, para este tipo de diagnóstico tampoco existen pruebas de laboratorio para diagnosticarlo por lo cual el paciente depende del acierto del médico. Por lo tanto es necesario un buen diagnóstico para evitar recaídas que repercutan en la vida económica y social del paciente. Este grupo de trastornos pertenece a los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos: En los datos extraídos del estudio que se realizó de los diferentes trastornos recurrentes en el hospital destaca por su importancia este tipo de trastornos, de los 136 pacientes que se hospitalizaron en el año 64 pacientes corresponden al sexo masculino (6.23%) y 72 fueron del sexo femenino (6.03%). se alcanza a destacar que el índice porcentual es casi igual tanto para hombres como para mujeres. Este trastorno se caracteriza porque existe un factor de riesgo que está asociado con alguna o varias enfermedades para su incidencia, es decir tienen una etiología demostrable en alguna enfermedad, lesión cerebral o en alguna causante de la disfunción cerebral. Las disfunciones suelen ser primarias; enfermedades, lesiones o daños que afecten al cerebro de un modo directo a selectivo, y secundarias como las enfermedades sistémicas y los trastornos que directamente afectan a diversos órganos o al sistema entre ellos el cerebro.

*Epidemiología:* son trastornos que afectan en su mayoría a los adultos mayores por la asociación de estos con otro tipo de trastornos crónicos, para estos padecimientos si existen pruebas de laboratorio para diagnosticarlos, al ser recurrentes casi en su mayoría en ancianos. La calidad de vida de estos pacientes es muy deplorable, ya que existe la posibilidad de un déficit de la mayoría de las habilidades como las cognoscitivas; deterioro en el juicio y en pensamiento (demencias)

En este grupo también existen otros subgrupos que no son característicos del grupo de adultos mayores si no que se da a otros grupos etarios, siempre y cuando exista un factor de riesgo que lo promueva

### **3.3.4 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas.**

En el año en estudio, del total de 45 pacientes que se ingresaron (1vez y subsecuentes 4.38%); 24 fueron hombres (2.33%) y 21 fueron mujeres (2.0%), al parecer el índice porcentual no es de gran importancia, sin embargo a nivel nacional si tiene un gran impacto social, podemos apreciar que es indistinto para hombres y mujeres. El abuso y dependencia al consumo de drogas, se da o todos los niveles socioeconómicos y afecta a todos los grupos demográficos en mayor medida al de los adolescentes y los grupos adultos que se encuentran en etapa productiva, los índices siniéstrales de este tipo de trastornos han ido en aumento, las muertes por accidente automovilístico, por violencia familiar, suicidios u homicidios lo demuestran. Este trastorno si es comparable con pruebas de laboratorio por las características físicas del paciente y su estado psicológico. De ser posible el diagnostico debe hacerse con la sustancia o sustancias involucradas.

### **3.3.5 Retraso mental**

Este trastorno tuvo una incidencia en el año de estudio de 100 pacientes que se valoraron de los cuales se ingresaron 73 (7.10% incluye pacientes de primera vez y subsecuentes) de los cuales 54 fueron hombres (5.25%) y 19 pacientes fueron mujeres (1.85%). El retraso mental se define como el desarrollo incompleto del cerebro o detenido, caracterizado por el incipiente desarrollo del sujeto en cada

etapa de su vida, y que repercuten en el nivel general del individuo, afectando su apreciación cognoscitiva, lenguaje, motrices y la socialización. Este trastorno se puede asociar a otros trastornos mentales. El retraso mental se mide de acuerdo a un estándar de inteligencia aplicado a la población en general, estas aproximaciones determinan el grado de retraso mental.

*Epidemiología:* como se puede apreciar es un trastorno asociado a la etapa infantil de los individuos y que por igual afecta a hombres y mujeres, y que se da a todos los niveles de la sociedad. El comportamiento que presentaron los distintos trastornos mentales en el hospital, es de alguna manera una muestra muy pequeña de la incidencia que tienen estas enfermedades a nivel nacional, para ello es importante destacar la importancia que juegan los distintos factores económicos, sociales, del medio ambiente, así como factores biológicos para que este tipo de padecimientos se desarrollen. Así de esta manera parece ser a simple vista que los trastornos mentales están identificados con el proceso económico y de cómo los individuos se interrelacionan en este.<sup>31</sup>

Las enfermedades psiquiátricas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social están identificadas como un factor de alto riesgo financiero a largo plazo, por el incremento de estos padecimientos en el total de derechohabientes y por los gastos que generara su rehabilitación, además de que la calidad de vida de estos pacientes es deficiente en el sentido de que la mayor parte de su vida viven con el padecimiento que es un factor determinante en la pérdida de vida saludable.

En esas condiciones que ha venido trabajando la Institución y por el mismo crecimiento del organismo, los ingresos presupuestados han ido decreciendo, ya que cada día se enfrentan nuevos retos. Por lo cual el presupuesto asignado al Hospital Regional de Psiquiatría no es suficiente para cubrir las necesidades de su población usuaria, es una parte proporcional pequeña del gasto que eroga el Seguro Social, esta política presupuestal incide de manera directa en el servicio que se le ofrece a los pacientes.

---

<sup>31</sup> Nemeroff Charles, Schatzberg Alan F. "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales", *Ars. Médica*. 2001, pp. 3-81.

En el hospital hay carencias que afectan el proceso curativo de la enfermedad del paciente, como la escases de medicamentos, de un aparato de electrocéfalograma que no ha podido ser restituido, la falta de una ambulancia que de igual manera no ha sido reemplazada por una unidad nueva; o en su defecto por la misma ya reparada, en el caso del personal que por cuestiones de salud se encuentra incapacitado tampoco se cubre, o bien en el caso de los médicos que no tienen cursos de actualización en la especialidad, todo ello repercute en la atención que está ofreciendo el hospital. Estas carencias del hospital están relacionadas con la política de autogestión financiera que se dio a partir del origen y organización de las Unidades de Alta Especialidad, ya que con esta forma de estructura se iban a eliminar los faltantes en estas unidades, sin embargo, vemos que en hospital psiquiátrico no se ha cumplido con estos objetivos y quizás no se ha optimizado el gasto.

## CAPITULO IV

### PRESUPUESTO ASIGNADO AL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR. H. TOVAR ACOSTA EN EL PERIODO 2000 a 2007.

#### 4. INTRODUCCIÓN:

El capítulo IV que es el último del análisis realizado en este trabajo está enfocado en evidenciar lo bueno o malo de las políticas en salud pública que el Instituto Mexicano del Seguro Social puso en marcha a partir de la Reforma de 1997. Así de esta forma se toca el presupuesto asignado al Instituto, el comportamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad y en consecuencia el impacto financiero de los trastornos mentales en el gasto corriente del Instituto.

#### 4.1 Política Presupuestal en el IMSS

De acuerdo a la política presupuestal del IMSS fue necesario y con el objeto de lograr una mejor asignación de recursos; de hacer una evaluación del modelo presupuestal y se identificó que era un modelo obsoleto y de capacidad limitada.

##### 4.1.1 Política de Asignación de Recursos

La política en salud en el Instituto estuvo encaminada con el proceso de reformas que llevaron a cabo en el país en el sector público de salud. Pues bien, al ser un modelo de asignación centralizado identificó que no cumplía con sus objetivos principales, es decir, no había una estrecha relación del gasto con las necesidades de salud de los usuarios, existía una distribución desigual del gasto (delegaciones y unidades operativas) lo cual provoca una diferencia entre los montos de presupuesto por derechohabiente; entre la regionalización de cada delegación y unidad operativa, por lo cual no existe una combinación eficiente entre insumo-producto, con el modelo de centralización no hay una combinación eficiente entre insumos-trabajo e insumos -productos, en tal sentido no se han podido contener los incrementos de los altos costos, ya que se ha dado prioridad al “gasto histórico”, frente a las necesidades inmediatas.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> González Pier Eduardo, Martínez Gabriel, “Financiamiento de los sistemas de salud “Seminario Internacional Economía de la Salud, México, CISS, IMSS, 2003, pp. 81-123.

Según el Instituto con estas políticas centralizadas no se han podido desarrollar programas de largo plazo ya que el principal objetivo de las delegaciones es conseguir presupuesto.

En ese sentido y dados los nuevos requerimientos; el Instituto Mexicano del Seguro Social implanto nuevas políticas de asignación de recursos, en el sentido de que los ingresos para el financiamiento se canalicen eficientemente y así optimizar el presupuesto; es decir, la asignación de los recursos se hará independiente del tipo de servicio, con el objeto que el presupuesto se enfoque a las necesidades y la ubicación de los usuarios. La política presupuestal está encaminada así una asignación por resultados, el presupuesto se asignara por diagnóstico o mediante capitación (costo por paciente); no importa que sea de una Unidad de Medicina Familiar, Hospital General de Zona o un hospital de tercer nivel de Especialidades.

El proceso de descentralización lleva intrínseca la creación de unidades autónomas independientes, es decir, que se manejan desde dentro de ellas y con su presupuesto, esto con la finalidad de reducir gastos y no contratar pasivos por arriba de los límites autorizados. En este sentido el presupuesto debe estar orientado a cubrir el costo de las prestaciones en especie y el cuidado de la salud, específicamente en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, Riesgo de trabajo, Gastos Médicos de Pensionados y de Salud para la Familia aunque este tenga otra fuente de financiamiento.<sup>33</sup>

#### **4.1.2 Participación del Gasto en los Seguros que administra el IMSS**

El mayor gasto que se origina en el Instituto se deriva de la atención hospitalaria, intervenciones quirúrgicas y ambulatorio de pacientes de los procesos generados de la carga de la enfermedad en el mediano y largo plazo.

Los gastos del Instituto se registran en los Estados de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro, y están agrupados en tres rubros: gasto corriente, incluye el gasto por prestaciones económicas; otros gastos y gastos no distribuibles.

---

<sup>33</sup> González Pier Eduardo y Martínez Gabriel, óp. cit. nota 1. p. 90.

**Gasto por Ramo de Seguro Registrado en 2007**

(millones de pesos de 2008)

Concepto de Gasto	SRT	SEM		SIV	SGPS	SSFAM	TOTAL
		ASEGURADOS	PENSIONADOS				
<b>Corriente</b>	<b>11251</b>	<b>117222</b>	<b>34205</b>	<b>5921</b>	<b>10677</b>	<b>5015</b>	<b>184291</b>
Servicios de Personal	4651	67061	20207	664	3358	2951	98892
Consumos	1079	16369	5391	8	160	790	23797
Mantenimiento	107	1741	558	3	160	83	2652
Servicios Generales	530	9414	3306	247	6212	498	20207
Presentaciones Económicas	4883	22637	4743	4999	787	693	38742
Sumas Aseguradas	1036	0	0	3869	0	0	4905
Régimen de Jubilaciones y Pensiones IMSS	1092	15750	4748	155	787	693	23225
Subsidios y Ayudas	2755	6887	-5	975	-1	-1	10610
<b>Otros</b>	<b>374</b>	<b>3514</b>	<b>192</b>	<b>1766</b>	<b>164</b>	<b>1</b>	<b>6011</b>
Intereses	62	13	4	679	2	1	761
Castigos por Incob. y Fluctuación en Precios	249	874	188	312	132	0	1755
Depreciaciones	0	1793	0	776	31	0	2600
Reversión de cuotas	63	834	0	0	0	0	897
<b>No distribuible</b>	<b>1299</b>	<b>13276</b>	<b>4384</b>	<b>-470</b>	<b>1254</b>	<b>618</b>	<b>20361</b>
Provisión Obligaciones Contractuales	1024	13575	4016	186	978	582	20361
Provisión para Reserva de Gastos	0	0	0	0	0	0	0
Traslado de la Depreciación	275	-300	368	-657	276	36	-2
<b>TOTAL</b>	<b>12924</b>	<b>134012</b>	<b>38781</b>	<b>7217</b>	<b>12095</b>	<b>5634</b>	<b>210663</b>

CUADRO 4

Fuente: Estado de Ingresos y Gastos Comparativos del 1º de enero al 31 de diciembre de 2007

En tal sentido se tomo como referencia el cuadro elaborado por la Institución en donde especifica cada uno de los seguros que administra y los ingresos y gastos de cada uno.

En el cuadro se observa que los gastos corrientes absorben casi el total del gasto del Instituto, y que los rubros con mayores montos fueron servicios de personal, régimen de jubilaciones y pensiones, provisión para obligaciones contractuales y servicios generales y que dentro de esta clasificación el Seguro de Enfermedades y Maternidad concentra la mayor parte del gasto del Instituto con el 82 por ciento del gasto total

Como se aprecia los gastos del Instituto son mayores que sus ingresos. Este proceso de insuficiencia de recursos se refleja en tres de los cinco seguros que administra el IMSS (Seguro de Enfermedad, Seguro de Guarderías y Prestaciones Económicas y el Seguro de Salud para la Familia) y donde el Seguro de Enfermedades en su ramo de asegurados y pensionados presenta un déficit de 36,834 millones de pesos que según el organismo representa el 27 por ciento del total de sus ingresos.<sup>34</sup>

#### **4.1.3 Régimen Obligatorio**

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un instrumento que surgió con el objeto de proporcionar seguridad social a un sector de la población nacional y por tanto proporciona servicios de salud a aquella población afiliada al régimen obligatorio que por ley le corresponde atender. La Ley del Seguro Social establece facultades y atribuciones al Instituto Mexicano del Seguro Social para administrar el Seguro de Riesgo de Trabajo (salario base de cotización- patrón), Seguro de Enfermedad y Maternidad (salario mínimo general del D.F.- patrón y gobierno), Seguro de Invalidez y Vida (salario base de cotización- patrón, trabajador y gobierno), Guarderías y Prestaciones Sociales (salario base de cotización- patrón y gobierno) y Retiro, Cesantía en edad Avanzada y Vejez (salario base de cotización- retiro patrón gobierno; cesantía y vejez patrón, trabajador y gobierno).

### **4.2 Comportamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad.**

#### **4.2.1 Situación Financiera**

En el año en estudio 2007-2008 el Seguro de Enfermedades y Maternidad en el gasto corriente del Instituto es el que mayor monto absorbió de los ingresos presupuestados en comparación con los otros ramos de seguros que administra el Seguro Social.

Las autoridades Institucionales han dado a conocer la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, y para el caso que nos atiende a dado a conocer que el Seguro de Enfermedad Y Maternidad (SEM); en donde se ubica la

---

<sup>34</sup> "Cap. I: Riesgos en Salud: seguimiento. Evaluación de los riesgos considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2008 "Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, Dirección de Finanzas, IMSS, oct. 2008, pp. 6-22.

especialidad de psiquiatría ha venido trabajando con déficit desde 2002 debido a que una parte de su gasto se asigna a la rama de gastos médicos de pensionados y que por tal situación no ha podido cumplir con los compromisos que tiene con la otra parte de su población derechohabiente los asegurados, estas dos ramas del Seguro de Enfermedades representaron en 2008 según el Instituto el 82 por ciento del gasto total, como así lo presentan en el cuadro de ingresos, gastos, primas y salarios del ramo de gastos médicos de pensionados, 2008-2030.

La ley especifica bajo un marco normativo las aportaciones tripartitas con los que se financian cada unidad de los seguros que administra el Instituto, con excepción del Seguro y Salud para la Familia que es de aportación voluntaria y de las aportaciones del gobierno federal; su costo se calcula en relación al índice nacional de precios al consumidor.

Entre otros de los elementos que afectan la actual crisis del Instituto es la caída del empleo y la recaudación de cuotas obrero-patronales (evasión y alusión por parte de los patrones), en este sentido el Seguro de Enfermedad y Maternidad difícilmente se recuperara y seguirá existiendo desabasto de medicamentos, de material de curación y de infraestructura (por la fuente de financiamiento patrón-gobierno).

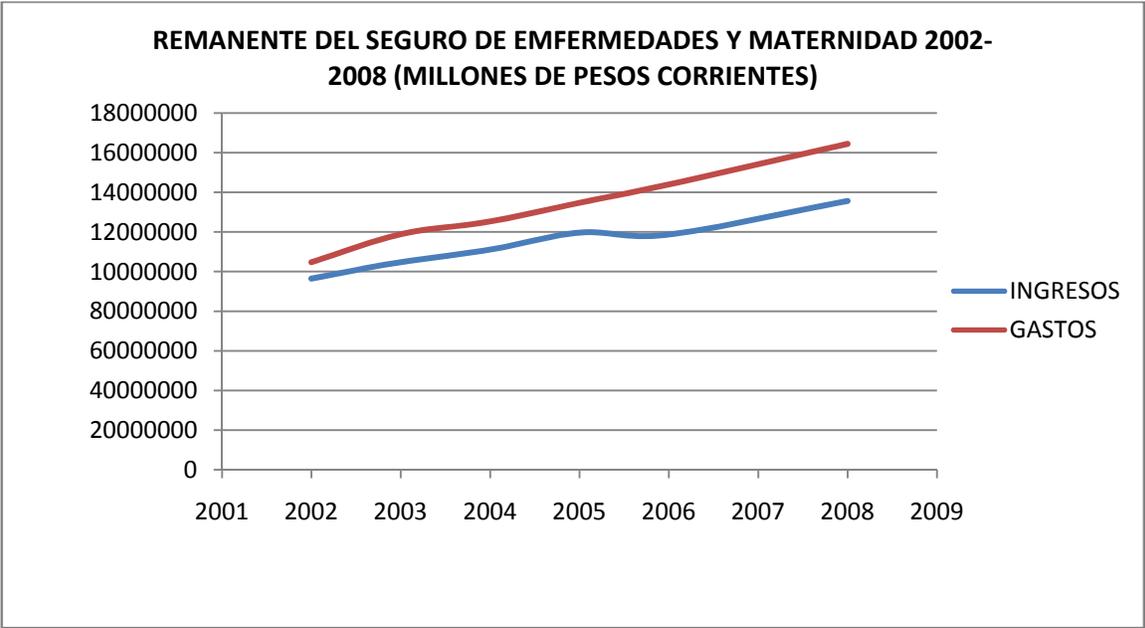
#### **4.2.2 Esquema de Financiamiento**

El esquema de financiamiento de este seguro está reglamentado en el artículo 105 de la Ley del Seguro Social donde establece que los recursos necesarios para otorgar las prestaciones en dinero, en especie y los gastos administrativos se obtendrán de las cuotas que por obligación deben cubrir patrones, trabajadores o demás sujetos así como las aportaciones del Estado, en los artículos 106 y 107 de la misma ley se determina el esquema de aportación de las prestaciones en dinero y en especie de este seguro.

El Instituto ha reportado que este seguro ha venido operando con déficit de ingresos en los últimos seis años, es decir, desde 2002 por lo cual ha puesto a consideración la incorporación el ingreso de nuevos trabajadores al régimen obligatorio que administra el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

La política de recaudación que el Seguro Social ha seguido en los últimos años ha sido con el propósito alcanzar los ingresos que requiere para la administración de los seguros que están a su cargo, como se sabe el IMSS depende de los ingresos de la contribución de las cuotas obrero-patronales y de las aportaciones del Gobierno Federal, en el año 2008 estas aportaciones ascendieron a 300,030.5 millones de pesos que según se aprecia fueron superiores en comparación al año anterior 295,951.8 millones de pesos 2007.

De acuerdo a lo anterior el comportamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el año 2008 y en adelante va a depender de las aportaciones que es su fuente de ingresos y por lo tanto de las primas de contribución que se establezcan y del salario base de cotización establecido en el D.F.



GRAFICA 5  
FUENTE: Estados Financieros Dictaminados, (Tomado del Informe Financiero y Actuarial 31 de diciembre de 2006 IMSS).

**4.2.3 Déficit**

Como primera observación (grafica 5) el Seguro de Enfermedades y Maternidad según la Institución desde hace seis años presenta déficit de operación, la tendencia nos marca que desde inicios del año 2001 y muy probablemente antes se fue generando; ya que los gastos fueron creciendo y separándose escandalosamente del ingreso presupuestado, esta separación tan evidente se

encuentra vinculada en relación al desembolso que este seguro hace para el ramo de asegurados, la prima de contribución promedio de este ramo de seguro es de 10.4 por ciento, sin embargo la prima de reparto considerada oscila en 13.1 para nivelar los ingresos con los gastos (base de contribución salario base de cotización) y el ramo de gastos médicos de pensionados la prima de contribución de este ramo en 2008 fue de 1.5 por ciento del salario base de cotización.<sup>35</sup>

La prima de contribución para estos dos ramos del Seguro de Enfermedades y Maternidad es inaccesible en el sentido de que no cubre el monto de ingresos para hacer frente a los gastos requeridos. En el caso del ramo de pensionados se cree que en 2008 los ingresos solo cubrieron el 44.1 por ciento de sus gastos y en el largo plazo su decrecimiento será mayor, según la evaluación del Instituto los ingresos crecerán en promedio 0.6 por ciento menos que los gastos cada año.

Del informe que presento el Instituto en 2008 al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión tres riesgos identifiqué que ponen en desequilibrio la estabilidad financiera del organismo de salud. En primer lugar el cambio demográfico-epidemiológico de los pacientes que acuden a recibir atención médica, es decir, el cambio tan radical que se dio en aquellas enfermedades que años atrás eran terminales hoy en día debido al avance tecnológico en medicina estas enfermedades pasaron a crónico-degenerativas ocasionando mayores gastos por atención a pacientes mayores de 65 años. En un artículo publicado en el diario la "Jornada"; el 24 de junio de 2008, Servicios en salud, a todo lo que dan. Destaca que aquel individuo que vive más tiene que pagar más en servicios en salud.<sup>36</sup>

#### **4.2.4 Gastos Asegurados-Gastos Pensionados**

Como hemos ido observando el Seguro Social en el ramo de asegurados y pensionados presenta una situación verdaderamente difícil y complicada, ya que

---

<sup>35</sup> "Resultado de Valuaciones Actuariales", *Informe al Ejecutivo Federal*, pp. 93-136

<sup>36</sup> En este artículo se ha mencionado que el crecimiento de la población tomara dos formas simultáneamente, aumentara en términos absolutos y además el número de personas ancianas aumentara proporcionalmente lo cual aumentara la demanda de servicios de salud, menciona que la esperanza de vida en 2008 fue de 72 años, y para 2012 de 73 años, con lo cual también el gasto per cápita aumentara en 2012 a mil 270 dólares.

tiene que enfrentar situaciones como la descomposición del gasto por la transición demográfica- epidemiológico lo cual le ha originado altos costos médicos, el impacto financiero que produce esta situación se ve reflejada en que los servicios que se ofrecen, identificados con menor calidad y eficiencia.

El incremento de estos costos se ve reflejado en la disminución del ingreso total para cubrir el gasto ambulatorio, hospitalario y farmacológico en el mediano y largo plazo, por lo cual el Instituto ha puesto en práctica estrategias de prevención en aquellas enfermedades que muestran un escenario catastrófico.

De esta forma vemos claramente que el Instituto pone en la mesa argumentos que difícilmente se pueden rebatir ya que aparentemente se ha hecho todo el esfuerzo posible para cubrir el déficit de operación en la que ha caído, del total de los ingresos que ha captado el Instituto el 95.1 por ciento corresponden a cuotas obrero –patronales y aportaciones del gobierno federal, los cuales se distribuyen en los seguros del Régimen Obligatorio.

Lo importante a destacar del análisis es que el envejecimiento de la población no es exclusivo de México, sino que se está dando a nivel mundial y que son situaciones que todos los sistemas nacionales de Salud tendrán que afrontar. Dentro de las propuestas para incrementar el presupuesto del Seguro de Enfermedades y Maternidad se encuentra una política de suficiencia financiera que consiste en una serie de medidas internas y externas con el objeto de orientar el incremento de los ingresos o bien reducir los gastos, entre las cuales ésta el incremento de las cuotas obrero patronales, reducir el 4% el costo de los medicamentos, reducir los días de subsidio por trabajadores del IMSS, establecer una cuota fija por cada pensionado igual a la que aportan en el SEM por cada asegurado; esta contribución es de 11.6% del salario base de cotización, y recientemente se ha calculado para la prestación del servicio en especie de 13.9% y el aumento de la prima por ley.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> “Cap., XIII. Suficiencia Financiera “, *Informe al Ejecutivo Federal 2008-2009*, IMSS, pp.423-445.

#### **4.2.5 Políticas de Rescate, Modificación Régimen de Jubilaciones y Pensiones**

Se informa en el documento que las políticas internas aplicadas en poco han beneficiado la situación de déficit en la que ha venido trabajando este seguro y el Seguro para la Familia, en ese sentido dice que probablemente habría que modificar la Ley del Seguro Social vigente ya que en esta no se hace ninguna referencia de cómo operar los seguros deficitarios cuando presenta balance negativo, ya que simplemente prohíbe su financiamiento por medio de las Reservas Operativas de los seguros superavitarios.

Debido a esta situación financiera el Instituto no podrá hacer frente a sus compromisos venideros ya que ha caído en un déficit de flujo de efectivo, los ingresos derivados de los esquemas de financiamiento de cada uno de los ramos de seguros son insuficientes para hacer frente a los crecientes gastos originados de las prestaciones que ofrece.

Como se aprecia la situación financiera del Seguro Social depende en gran medida de la situación económica del país, es decir, en la participación directa de ciertos indicadores macroeconómicos para que los esquemas de financiamiento de los ramos de seguro manifiesten signos positivos, dependen entonces de el crecimiento de asegurados de trabajadores permanentes, del salario promedio de cotización en veces al salario mínimo general del Distrito Federal, del salario mínimo promedio diario del D.F., de la inflación, del crecimiento real de gastos de material y suministro y del crecimiento real en el gasto de servicios de personal.<sup>38</sup>

El gasto de servicios de personal que eroga el Seguro de Enfermedades y Maternidad en 2008 fue de 69.060 millones de pesos este seguro emplea gran parte del personal del IMSS y como vemos este gasto aumenta más en proporción al número de plazas contratadas por la serie de prestaciones sociales que año con año aumentan debido a las revisiones salariales convenidas entre patrón y sindicato; en tal sentido ese gasto del Instituto en el futuro representara un fuerte impacto financiero al igual el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que represento en 2008 18.660 millones de pesos y se espera que siga creciendo por el número de

---

<sup>38</sup> "Cap. XIII. Suficiencia Financiera", *óp. cit.* nota 1. pp. 424.

pensionados y jubilados de los próximos años; por lo cual y por iniciativa del Instituto se aprobaron nuevas reformas en 2005 a la Ley del Seguro Social, donde se aprobó un nuevo Régimen de jubilaciones y pensiones para los trabajadores de nuevo ingreso (reforma a los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social). Otra fuente de desfinanciamiento es el precio de los medicamentos que están por arriba de la inflación en términos reales y que crecerán a un ritmo de 3.5 por ciento en los próximos 25 años.<sup>39</sup>

#### **4.2.6 Política Laboral Regresiva**

En términos generales el Instituto Mexicano del Seguro Social a dado a conocer una serie de eventos catastróficos que tienen al borde de la quiebra a la Institución que hace algún tiempo era el orgullo del Sistema Nacional de Salud de América Latina, sin embargo, este proceso de deterioro tiene una finalidad que desde el Estado se ha venido aplicando de políticas regresivas y antisociales a las instituciones públicas en salud especialmente al IMSS, no se vislumbran buenos augurios para la Institución, ya que en la medida de lo posible se ha puesto en marcha una política de bajo asignación presupuestal para la Institución en términos reales los ingresos han manifestado una tendencia de decrecimiento en ese sentido se ha venido manifestando una crisis operativa de fondos, en casi todos los seguros que administra el Seguro Social, especialmente el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

La política laboral que se ha impuesto en los últimos años ha golpeado a la clase trabajadora llevándola a situaciones que la ponen en desventaja con los patrones y además la pobre situación económica del país para enfrentar la crisis estructural en la que se ha estado viviendo ha ido pauperizando esta fuente de contribución, cada vez son menos los cotizantes que aportan cuotas al Seguro Social, con la aplicación de la política fiscal que recién se acaba (2009) de aprobar los trabajadores en términos reales verán disminuidos sus ingresos hasta casi un 50 por ciento del total de sus ingresos totales (IVA,IRT) al contrario los patrones

---

<sup>39</sup> "Cap. II. Riesgos Operativos, Evaluación de los riesgos considerados en el Programa de Riesgos Institucional 2008", *Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, IMSS, 2008*, pp. 53-124

morosos no se les aplica verdaderamente una ley para que no evadan las obligaciones que tienen ya pactadas con la Institución, dan de alta a sus trabajadores con salarios bajos o no les otorgan ninguna prestación social; y existe una gran evasión fiscal, y argumentan que si pagan impuestos no podrán cubrir los gastos para la producción de su empresa.

#### **4.2.7 La Subrogación como Política Alternativa**

La subrogación de los servicios que ofrece el IMSS es otra de las malas políticas que no han tenido resultados positivos, esta práctica se justifico por la escases de recursos de infraestructura y de mantenimiento de las instalaciones que el Instituto no había renovado desde hace muchos años con la finalidad de abaratar costos de los servicios que ofrece, sin embargo se pagan estos servicios a precio de mercado; de esta forma vemos que en él Instituto está autorizada y legalizada la subrogación de servicios de hospitalización, de laboratorios, las guarderías, que como ya se menciona esta práctica ha desangrado mas los ingresos del IMSS.

#### **4.2.8 Medicamentos a precios de mercado**

Otra de las desventajas que ha tenido que enfrentar el Instituto en el ramo de asegurados y pensionados es el precio de los medicamentos, aquí la participación del Estado con una política de subsidiaria no se ha hecho presente, en este renglón la industria farmacéutica ha impuesto precios de mercado a los medicamentos expedidos en el Instituto, los compra en un mercado con poder oligopólico, esta situación se reflejo en el periodo de 2003 a 2008 en donde los medicamentos son los que más contribuyeron a la inflación de 181 por ciento.<sup>40</sup>

El sector salud además de enfrentarse al índice general de precios que en el periodo de 1997 a 2008 se ha incrementado en más del 100 por ciento, ha tenido que enfrentar el índice inflacionario de los medicamentos que se calcula en 146 por ciento, como ya se menciona la industria oligopólica tiene garantizado el mercado de suministro en el sector publico de la salud y en el privado también por lo cual impone precios.

---

<sup>40</sup> Laurell Asa Cristina, *óp. cit.*, nota 1, p. 1.

El IMSS. es y ha sido una Institución que surgió para protección de la clase trabajadora y sus familias, por lo cual es necesario revertir esa situación de desfinanciamiento e inyectarle nuevos y mejores proyectos de inversión con la finalidad de superar todos esos rezagos que tiene en infraestructura, en recursos humanos; y ponerse a trabajar de verdad en pro de la población mexicana, ya que si persiste esta situación se está dando pie a que la iniciativa privada tenga más intervención en el sector con los famosos subsidios cruzados (sector publico-sector privado).

### **4.3 RIESGO-IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN EL IMSS.**

#### **4.3.1 Crecimiento de los Trastornos mentales en la Población Derechohabiente**

Los trastornos neuropsiquiátricos se han incrementado considerablemente en la población mexicana y se han convertido en una carga de enfermedad para la salud pública, en el sentido que según las estadísticas oficiales representa la quinta parte de las enfermedades que más muertes prematuras ocasiona e incrementa los años vividos con discapacidad de la población que los padecen Cuatro de las diez enfermedades que padece la población mexicana son neuropsiquiátricas las cuales están ligadas con incapacidad laboral (esquizofrenia, depresión, obsesivo compulsiva y alcoholismo), y al parecer tiende a incrementarse debido a factores como la pobreza, violencia familiar, al aumento y abuso del consumo de drogas y el envejecimiento de la población.<sup>41</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social en el informe que presento al ejecutivo federal en año 2008, menciono que los trastornos psiquiátricos como carga de enfermedad representan un alto riesgo financiero en el futuro para la Institución; como se sabe los trastornos mentales se miden en el impacto directo que ocasiona en el enfermo; disminución de años de vida saludable y en impacto económico que estos representan como carga de enfermedad en los gastos del Instituto, en ese sentido varios organismos han dado la alerta de que estos

---

<sup>41</sup> Dr. (c), Sandoval de Escurdia Juan Martín, *óp. cit.* nota 1, pág. 2.

padecimientos van a ser las enfermedades del siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y a nivel interno la Secretaría de la Salud), trastornos como la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, etc., se hacen cada vez más evidente en la población mundial; en México la depresión afecta aproximadamente a 10 millones de personas y según un estudio realizado en el Centro Médico Siglo XXI por la psiquiatra Irma Corlay afecta al 40 por ciento de la población económicamente activa.<sup>42</sup>

#### **4.3.2 El 24% de la población económicamente activa es atendida en el IMSS**

En el Seguro Social se ha dado un incremento considerable en la población derechohabiente, en el año 2007 se atiende a cerca del 24 % de la Población Económicamente Activa, hoy se consideran enfermedades con un fuerte gasto catastrófico para la Institución por lo cual tendrá que modificarse la política de asignación de presupuesto (diagnóstico o de capitación) en el organismo de salud para hacer frente a este incremento de gastos corrientes en los próximos años.

El impacto que estas enfermedades psicosomáticas tienen en el Instituto Mexicano del Seguro social es muy grave ya que se detectaron en cada uno de los grupos de la población que recibe atención (niños, adolescentes, hombres y mujeres y ancianos) se estima que en 2008 el 23.3 por ciento del total presento un cuadro asociado a este tipo de enfermedades; mujeres y hombres entre 20 y 59 años padecen síntomas de estrés, el trastorno depresivo fue más frecuente en mujeres y adolescentes se apreció en 49 y 19 años, para la población infantil ansiedad con adicción a algunas drogas. A nivel general se identificó que los hombres tienen ligeramente más probabilidad de tener prevalencias de trastornos asociados al estrés y que las mujeres presentan prevalencias asociadas con episodios depresivos, existe tres mujeres por un hombre.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Cruz Martínez Ángeles. "La depresión enfermedad del siglo XXI" *La jornada*, México, 23 de febrero de 2005.

<sup>43</sup> "Riesgos en salud seguimiento, enfermedades invisibles" *PARI*, 2008, pp. 37 -52.

### **4.3.3 Comorbilidad de los Trastornos Mentales con otras enfermedades**

El estudio también hace referencia a la comorbilidad que tienen los trastornos mentales con las adicciones, en el sentido de que como son padecimientos de difícil diagnóstico los enfermos que los padecen buscan otra salida, así se identificó que el consumo de alcohol y drogas se encuentra asociado con episodios de estrés prolongado. En otros estudios realizados también se identificó asociación entre trastornos de depresión y adicción. Han informado muchos psiquiatras que es una forma de enmascarar el estado depresivo del individuo. “Lo alarmante de este fenómeno es que puede incidir en la iniciación del consumo de otro tipo de drogas como la marihuana, cocaína y drogas de diseño que combinadas con la ingesta excesiva de alcohol, pueden propiciar enfermedades irreversibles cuyo tratamiento resulta oneroso.”<sup>44</sup>

Como se puede apreciar para el Seguro Social los padecimientos psicosomáticos asociados al consumo de drogas en el futuro representan un gasto oneroso, por la serie de servicios que se desprende para la atención de estas enfermedades, transcripción de medicamentos cada vez más sofisticados, días de hospitalización más prolongados y por la tanto efecto negativos en la calidad de vida de los derechohabientes.

### **4.3.4 Pérdida de vida de años saludables debido a enfermedades mentales**

En ese sentido la evaluación integral del impacto que tienen los trastornos mentales en la población derechohabiente se mide en la calidad de vida y no por las muertes producidas. Es decir, se tomaron en cuenta indicadores que miden la pérdida de vida saludable (AVISA: permite avaluar el impacto expresado en unidades de tiempo en una sociedad determinada, y tienen la ventaja de que ofrece una métrica común para las pérdidas de salud y a todas las enfermedades) a partir de este indicador también se estimaron los años perdidos por muerte prematura (APMP: por muerte prematura se entiende la diferencia entre la edad de muerte y la esperanza de vida promedio de la población) y los años vividos con discapacidad (AVD).

---

<sup>44</sup> *Ibíd.*

En base al estudio realizado se calculo aproximadamente que 1.5 millones de derechohabientes del Instituto que padecen trastornos mentales existen en condiciones de pérdida de años de vida saludable.<sup>45</sup>

En el análisis realizado por el Instituto se aprecia que su población derechohabiente en edad reproductiva está padeciendo trastornos mentales, lo cual influye en gran medida en la calidad de vida de estas personas, además de ser un gasto que el Seguro Social tendrá que enfrentar en el mediano y largo plazo, se calcula que la perdida de años de vida saludable derivada de la comorbilidad de algún trastorno psiquiátrico con adicciones represento en 2008 1.5 millones de AVISA; que equivalen en atención médica de 54,426 discapacitados, lo que implico según el Instituto un costo calculado de 371 millones de pesos en ese año.<sup>46</sup>

El cálculo del gasto médico de estos grupos es el doble del promedio de costo unitario de cualquier otra enfermedad general, es decir, una persona con discapacidad gasta el doble de lo que una persona en general.

El Instituto en ese sentido tiene el deber y la necesidad de proveer modelos adecuados de salud integral a sus pacientes que presentan problemas psiquiátricos, en la medida de poder hacer una detección a tiempo y que estas personas no busquen soluciones equivocadas; como es el uso y abuso de drogas, que con el tiempo ocasionan adicciones.

El grupo más vulnerable dentro de este enfoque son los adolescentes de ambos sexos, seguidos por los varones y mujeres entre 20 a 59 años.<sup>47</sup>

El reto para el Seguro Social es grande, en el sentido que tendrá que enfrentar distintos escenarios de alto impacto financiero, como la atención de las 6 enfermedades más costosas, el crecimiento de trastornos mentales en su población

---

<sup>45</sup> PARI, 2008, óp. cit. pág. 48.

<sup>46</sup> Ibídem, pág. 52.

<sup>47</sup> Al evaluar la carga financiera que represente los trastornos mentales con asociación de drogas en el Instituto, en base a los años perdidos de vida saludable en 2008, se llego a un aproximado de 1.5 millones de AVISA, de los cuales 1.2 millones corresponden a los años perdidos por muerte prematura y discapacidad derivada del estrés y adicciones, mientras 227 mil corresponden a episodios de depresión y adicciones.

derechohabiente y las fuentes de financiamiento que dada la crisis económica representan un problema difícil de resolver; las cuotas de recaudación para el año 2008 fueron de 300,030,500.00 millones de pesos y el número de derechohabientes fue de 43,224,542.00 millones de personas.

#### **4.3.5 Psiquiatría Selectiva**

El camino que tienen que recorrer la población con padecimientos psiquiátricos es muy difícil, en el sentido de que para llegar a un servicio especializado tienen que tocar varias puertas, para el caso de los derechohabientes del Instituto este servicio se concentra en D.F., en ese sentido la atención se vuelve selectiva a pesar de los adelantos científicos que ha tenido la psiquiatría, la detección y tratamiento es insuficiente ya que el enfermo llega en condiciones deplorables y con un importante estigma social que lo segrega.<sup>48</sup>

De los resultados que arroja la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México en el año 2003 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente), se destacan varios elementos que para el análisis que nos ocupa es de vital importancia en el sentido que nos da ciertas características generales de la población mexicana que sufre estos trastornos, y que en 2007-2008 existe cierta similitud con el estudio realizado en el Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta del IMSS, y el recién informe que el Seguro Social presentó sobre las llamadas enfermedades invisibles.

Los padecimientos psiquiátricos no son exclusivos de un solo grupo de la población, afecta a grupos de todas las edades, a hombres y mujeres en edad reproductiva, en la etapa infantil o adolescente y a grupos de la tercera edad y también en todos los extractos sociales y económicos; además de la comorbilidad con otro tipo de sintomatologías o adicciones.

En ese sentido en el reporte anual que la Organización Mundial de la Salud 2000 incentiva a los gobiernos nacionales a canalizar este problema como primordial de las políticas de Salud Pública, señala una mayor participación de las instituciones de salud para identificar el problema, sus índices de morbilidad y mortalidad

---

<sup>48</sup> Bello Mariana, "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México", *Salud Pública de México, Secretaría de Salud*, vol. 47 suplemento 1, 2005, pág. 16.

respecto a la población, si existen variaciones de región en región, su distribución en los diferentes grupos etarios, etc., además de ciertas características demográficas y económicas que también influyen para el desarrollo de estas enfermedades. Así estas propuestas fueron llevadas a otros foros como la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2006.

De los hospitales de Psiquiatría del El Instituto Mexicano del Seguro Social el Dr. Miguel Ángel Zamora Olvera adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 10 menciona que anualmente se atiende a más de un millón de pacientes con algún trastorno mental, y que a nivel nacional más de 25 millones presentan algún desorden de conducta, ansiedad o depresión y advirtió que según un comunicado de la Organización Mundial de la Salud la depresión en el futuro será la enfermedad del siglo, ya que será uno de los trastornos que mayor incapacidad laboral cause, física y social. En dicho informe también puntualizo que aquella persona que padece un trastorno mental, la patología se puede extender por largos periodos de duración, y que el factor hereditario no es determinante ya que también destaco la influencia que tienen factores externos, como la violencia, el estrés y problemas laborales.

El Dr. Wascar Verduco Fragoso, coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital Regional Psiquiátrico Dr. Héctor H. Tovar Acosta del IMSS en el año 2007, puntualizo que las enfermedades mentales no son prioridad para los gobiernos federales, y en el caso particular de México menciona que es lamentable que el gobierno solo asigne el 2 por ciento del presupuesto asignado al gasto en salud a este rubro, por lo cual dice que en psiquiatría hay que optimizar recursos, generar planes estratégicos para que haya mayor difusión del conocimiento de este tipo de enfermedades, en el sentido de que la población se entere y tenga una mayor participación para un intervención oportuna y eficiente.<sup>49</sup>

#### **4.3.6 Comparación de Gastos de Enfermedades de Alto Impacto Financiero y los Trastornos Mentales**

De acuerdo a lo anterior, tratamiento y rehabilitación de los pacientes neuropsiquiátricos en el año 2008 pasan a ser para el Instituto enfermedades de un

---

<sup>49</sup> González G Juan Fernando, "Esquizofrenia segunda enfermedad mental en México" [www.saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx). 14 de noviembre 2008.

alto riesgo financiero en el mediano y largo plazo, se dio a conocer el incremento que este tipo de padecimientos en la población derechohabiente del Seguro Social y su impacto económico, sin embargo aún no es comparable este gasto con enfermedades crónico de generativas como la diabetes, cardiovasculares o bien cancerígenas, y no por que no estén consideradas también dentro de enfermedades crónico degenerativas, sino que su tratamiento en si es de más bajo impacto en las finanzas del IMSS, ya que el tratamiento y la rehabilitación requiere de menos auxiliares de diagnóstico, sin embargo el tratamiento es caro por los días de hospitalización que requiere cada paciente.

#### **4.3.7 Costos de Servicio de Psiquiatría**

Ahora bien, la atención que se les proporciona a este tipo de pacientes se da en los tres niveles de atención, es decir, en las unidades de Medicina Familiar donde los pacientes son derivados a las unidades de segundo y tercer nivel; y una vez ya valorados son nuevamente referidos a sus Unidades de Medicina Familiar con tratamiento regularmente por un año.

En el instituto una consulta especializada de psiquiatría está calculada alrededor de \$ 1,189.00 en el segundo nivel y para el caso de los hospitales de tercer nivel la consulta de admisión continua está calculada en \$ 1,508.00 y el internamiento de una paciente se estima en \$ 4,315.00 costo por día, estos costos tuvieron un incremento del 12 por ciento del año 2007 con respecto del año 2006; la consulta de especialidades tenía un costo de \$1,051.00 pesos, consulta admisión continua o urgencias \$1,333.00 pesos y el internamiento de pacientes por día costaba \$3,815.00.<sup>50</sup> Un insumo de alto costo de los pacientes psiquiátricos son los medicamentos que en los últimos años han tenido un incremento mucho mayor que la inflación calculada para otros productos perecederos, se calcula que los medicamentos han tenido un incremento en sus precios del más del 60% que los precios en general.

A pesar de que los trastornos mentales en la población mexicana se han incrementado considerablemente el presupuesto asignado a las Unidades de Alta

---

<sup>50</sup> Galindo Cosme Mónica Isela "Quejas administrativas ante el IMSS 2006" *Consultorio Fiscal*, Costos unitarios de servicios que ofrece el IMSS.

Especialidad en Psiquiatría es muy poco; muy probablemente sea del 2 o el 3 por ciento según lo ha informado la OMS en 2001 una cantidad poco considerable dentro del gasto total en salud en el Instituto, las enfermedades mentales tienen un gran impacto financiero en los gastos totales de la Institución, recordemos que este costo unitario se calcula del doble del promedio en general. A manera general según estadísticas del propio Instituto los gastos de hospitalización son los que mayores proporciones del gasto total absorben, sin embargo, al seguir criterios de internamiento por carga de enfermedad nos damos cuenta que dadas las condiciones de recursos no se tienen los elementos necesarios para rehabilitar a los pacientes del hospital psiquiátrico, por lo cual reingresan dos o tres veces al año o por cuestiones administrativas no llegan a ser atendidos.

El hospital en ese sentido se encuentra limitado para rehabilitar a sus pacientes subsecuentes y los de nuevo ingreso, el cuadro de medicamentos como se sabe es restringido e igual e indistinto para cada paciente, otra situación que se presenta es que al egresar los pacientes del hospital no se les lleva ningún seguimiento hasta que se vuelven a internar.

#### **4.4 EL PASIVO LABORAL Y EL DESFINANCIAMIENTO DEL IMSS**

##### **4.4.1 Los trabajadores del IMSS privilegiados al resto de la economía formal**

Como ya se mencionó el IMSS a últimas fechas le ha dado por publicar cifras catastróficas de los compromisos que la Institución tiene con el personal que labora en él y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Argumenta que sus trabajadores goza de privilegios muy superiores al resto de la población de la economía formal, y este se ve reflejado en los sueldos y salarios que se incrementan año con año por la prima de antigüedad, por lo cual en las nuevas revisiones contractuales es necesario modificar el contrato colectivo de trabajo.

##### **4.4.2 IMSS-Patrón**

Recursos de Operación: ingresos- costo de la nomina- costo de las pensiones de ley- gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. En términos reales según el Instituto no se podrán enfrentar los compromisos y obligaciones de pago que tiene como patrón ni como prestador de servicios en el sentido de que los ingresos que percibe el IMSS, son menores que los gastos reales.

Las obligaciones que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como patrón está contenidas en artículo 123 de la Constitución Mexicana en el apartado A (afiliados y empleados) y en la Ley Federal de trabajo y el Contrato Colectivo Trabajo de los trabajadores del Instituto hasta la fecha vigente (última revisión contractual el 11 de octubre 2009), este contrato ha sufrido alguna que otra modificación la más reciente fue la aprobación de un nuevo Régimen de Jubilaciones y Pensiones para los trabajadores de nuevo ingreso; según el propio sindicato esta modificación es anticonstitucional (modificaciones a los artículos 277D y 286K de la LSS); en donde la Ley del Seguro Social , estipula que bajo ninguna circunstancia el IMSS-PATRON podrá tomar de los seguros que administra las cuotas obrero patronales y de las aportaciones del gobierno federal para el pago del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y de la generación de nuevas plazas, esta política también prevé un fondo para el cumplimiento de obligaciones laborales de carácter legal, y se encuentra elaborado y normado por las políticas y lineamientos de la Administración Pública Federal.

#### **4.4.3 Ley del Seguro Social y Contrato Colectivo de Trabajo**

Esta reforma a la Ley del Seguro Social se origino por la relación dual que tiene IMSS-PATRÓN con sus trabajadores, en su calidad de asegurados se jubilan por años de servicio o se pensionan conforme a su Régimen de Jubilaciones y Pensiones conforme a su contrato colectivo y se otorga una parte complementaria a la pensión establecida en dicha ley, dadas las prestaciones por ley la prima de antigüedad es un factor determinante del pasivo laboral, los años de servicio se ven compensados con un incremento en el salario integral de cada trabajador año con año y se jubilan con el último salario integrado que perciben.

Como afiliados al Seguro Social perciben todas las prestaciones por ley y como trabajadores del Régimen de Jubilaciones y Pensiones las acordadas en su contrato, el cual es un plan complementario a la ley y desde el punto de vista institucional establece pensiones superiores a las que correspondería a los trabajadores si solo fueran asegurados del IMSS. Al parecer IMSS-Patrón ya se le olvido que para un acuerdo debe haber conformidad de las partes involucradas.

El contrato colectivo de trabajo establece en su artículo 1 que el RJP para los trabajadores del Instituto es un Estatuto que crea una protección más amplia y

que complementa el plan de pensiones determinado por la ley del Seguro Social.”

Así el RJP establece una pensión de 13,572 pesos mensuales para empleado del IMSS que alcanza la jubilación y la ley dice que ese mismo trabajador tiene derecho a una pensión mensual de 3,247 pesos; por lo cual el IMSS en su carácter de patrón debe complementar la cuantía de ley con 10,325 pesos para complementar el Régimen Jubilaciones y Pensiones. Se hace mención que el salario con que se pensionan los trabajadores IMSS se integra con trece prestaciones adicionales que en conjunto es el sueldo tabular que perciben al momento de su retiro.

El cargo por concepto de gasto que el Instituto en su carácter de patrón realizó en 2008 ascendió a 1,199,605 millones de pesos de los cuales 566,395 millones de pesos se destinaron al personal activo valuado con el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 606,632 millones a jubilados y pensionados del RJP y 26,577 millones de pesos a la prima de antigüedad y cláusulas contractuales, además informo que el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones de Carácter legal y Contractual (FCOLCLLC) en 2008 contaba con un monto de 42,648 millones de pesos de los cuales 39,272 millones de pesos se destinaron para cubrir el RJP, y 5,173 millones de pesos se canalizaron al pago de la prima de antigüedad y cláusulas contractuales, también se informo que existía un déficit de 84,876 millones de pesos de ejercicios anteriores.<sup>51</sup>

Las prestaciones económicas que los trabajadores del Instituto reciben fueron acuerdos que se hicieron bajo el amparo del Contrato Colectivo de Trabajo y la Ley del Seguro Social, en años anteriores quizás debido a la dinámica que el país presentaba, y donde factores demográficos y epidemiológicos no tenían un fuerte impacto en el proceso histórico de la población nacional, hoy en día las circunstancias son otras por lo cual se tendrá que modificar algunas leyes y algunos ejercicios de la política laboral y social, en donde ante todo la clase trabajadora tendrá que luchar por mantener sus conquistas sociales, y no como pretende el Estado de despojar por la vía radical todas esas conquistas.

---

<sup>51</sup> “Cap. V”, *Informe al Ejecutivo Federal*, 2009, pág. 183.

La política del IMSS, ha sido la de desacreditar a sus trabajadores pues reciben “beneficios superiores” establecidos en su contrato colectivo de trabajo al resto de los trabajadores del país. Esta argumento no es del todo acertado ya que el salario base que perciben los trabajadores del IMSS es muy bajo y que solo se ve compensado precisamente con las prestaciones sociales que de su contrato colectivo se derivan (prima de antigüedad, estímulos de puntualidad y asistencia, ayuda de renta, etc.).

#### **4.4.4 Diferencia de Sueldos y Salarios**

Otro elemento a destacar es que existen en el Instituto 3 tabuladores de sueldos y salarios; el del personal de base, el del personal de confianza y el del personal de servidores públicos de mando, en la cual hay una gran diferencia abismal entre los primeros y los terceros, ya que estos últimos además de recibir todas las prestaciones por ley también reciben una compensación por el pago de sus servicios como servidores públicos de mando autorizado por Consejo Técnico, los cuales se cargan a los gastos directos que eroga el Instituto.

#### **4.4.5 Convenio Adicional Trabajadores de Nuevo Ingreso octubre 2005**

El objeto de esta argumentación que el Instituto se encargó de difundir a la sociedad y al gobierno federal, existe una realidad concreta; el deslinde de la responsabilidad de este con el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus trabajadores y justificar el nuevo Convenio Adicional para los trabajadores de nuevo ingreso financiado por cuentas individuales a partir del 16 octubre de 2005.

En este convenio se le “prohibió” al Instituto tomar las cuotas obrero-patrón y de las aportaciones del gobierno federal para el pago de pensiones y en el cual también se obliga el Instituto a no contratar personal si no está plenamente financiado su plan de retiro en el sentido que no sea una carga para el Instituto.

Al parecer la actual administración gubernamental con las iniciativas de Reforma a la Ley Federal del trabajo; pretender dismantelar algunos contratos colectivos de trabajo, como es el caso de los trabajadores del IMSS. En las actuales circunstancias las Instituciones como el IMSS, o el ISSSTE; o cualquier Institución de Seguridad Social van estar en la mira del Estado; como ya se ha podido apreciar con esta política de salud lo que se pretende es una segmentación de los servicios en

salud y por lo tanto asignar menos presupuesto y dar paso a la privatización de los servicios (servicios cruzados en salud).

#### **4.5 PRESUPUESTO ASIGNADO AL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA IMSS (2000 A 2007)**

##### **4.5.1 Gasto a partir de la carga de la enfermedad**

La asignación de recursos para el Hospital Regional de psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar. Acosta (antes San Fernando) está en función de la política de autogestión que cada Unidad Médica mantiene, es decir el gasto se origina a partir de la carga de enfermedad que atiende cada especialidad en este caso la psiquiatría. Las estadísticas del Instituto en 2007 muestran que el Hospital Regional de Psiquiatría es uno de los nosocomios con menores gastos de operación e insumos. De las prestaciones en especie que proporciona la unidad hospitalaria podemos identificar la asistencia médica, farmacéutica, los servicios de hospitalización y rehabilitación.

##### **4.5.2 Gastos por concepto de auxiliares de diagnóstico y gastos de hospitalización**

Como Hospital de alta especialidad el Psiquiátrico Dr. Héctor H. Tovar Acosta como ya se menciona es el que menos genera gastos dentro de la Institución ver cuadro de Unidades Médicas de Alta Especialidad. En el cuadro se puede apreciar que para el año 2007 de un total de 335, 809 personas ingresadas en todos los hospitales de alta especialización solo 892 (0.26 por ciento) correspondieron a ingresos del hospital en estudio, de los cuales 718 fueron ingresos programados y 174 llegaron espontáneos como urgencias, los días de estancia hospitalaria fueron 23,782 días, es decir, de un total de 2, 284,838 millones de días de estancia de todas las especialidades solo el 1.04 por ciento correspondieron al hospital.

Así mismo esta misma situación se identifica en los gastos de servicios auxiliares de diagnóstico (son los estudios complementarios a la consulta para apoyar el diagnóstico del paciente y que refuerza la opinión médica) y servicios auxiliares de tratamiento (son las acciones tendientes a reforzar el tratamiento médico para una mejor recuperación y atención del paciente), para los primeros el hospital no representa un gasto significativo; para los segundos los gastos que genera el hospital son muy pocos, ver cuadro 5 (sesiones y personas atendidas en auxiliares de tratamiento y banco de sangre 2007).

UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
INGRESOS, EGRESOS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS, DÍAS ESTANCIAY DEFUNCIONES. 2007

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DESCRIPCION	INGRESOS			EGRESOS	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	DIAS ESTANCIA	DEFUNCIONES
	TOTAL	PROGRAMADOS	URGENCIAS				
TOTAL NACIONAL	335 809	137 442	198 367	332 928	242 188	2 284 838	11 704
HOSP. DE ESPECIALIDADES No. 71 TORREON	8 301	3 926	4 375	8 218	5 964	65 916	390
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 1 LEON	13 510	5 997	7 513	13 232	13 807	79 287	706
HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 48 LEON	23 377	3 797	19 580	23 246	15 816	93 186	171
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES OBLATOS	19 659	12 768	6 891	19 102	12 453	144 811	1 530
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA OBLATOS	11 537	2 577	8 960	11 384	6 752	67 827	237
HOSPITAL DE PEDIATRIA OBLATOS	9 497	4 632	4 865	9 375	6 952	66 905	367
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia LOMAS VERDES	9 890	4 319	5 571	9 864	11 311	70 982	56
UNIDAD DE MEDICINA FISICA H. COLONIA	580	579	1	584		14 164	2
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES 25 MONTERREY	16 486	9 310	7 176	16 361	8 784	110 824	869
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA 23 MONTERREY	26 897	3 262	23 635	26 697	15 447	99 978	218
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia 21 MONTERREY	11 488	4 808	6 680	11 379	13 793	94 876	214
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA No. 34 MONTERREY	7 812	3 266	4 546	7 777	2 321	69 771	398
HOSPITAL PSIQUIATRICO No. 22 MONTERREY	1 856	7	1 849	1 852		17 537	1
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA	14 058	7 616	6 442	14 016	7 075	97 919	854
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia PUEBLA	6 230	2 575	3 655	6 137	9 505	36 773	128
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 2 CM SONORA	6 332	3 272	3 060	6 331	5 596	47 357	329
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 14 CMN VERACRUZ	15 311	9 328	5 983	15 204	10 554	103 256	829
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. MERIDA	5 845	3 276	2 569	5 760	2 864	44 884	275
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA MAGDALENA DE LA SALINAS	9 188	922	8 266	9 208	11 954	76 982	275
HOSPITAL DE ORTOPEdia MAGDALENA DE LA SALINAS	7 448	7 362	86	7 444	9 660	60 661	7
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CM LA RAZA	16 067	5 940	10 127	16 058	6 258	141 337	981
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS	1 144	272	872	1 149		13 338	
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA CM LA RAZA	15 285	5 975	9 310	15 156	6 733	90 918	194
HOSPITAL GENERAL CM LA RAZA	17 565	9 734	7 831	17 248	13 985	152 457	713
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA CM LA RAZA	1 812	187	1 625	1 810	925	26 989	173
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI	11 337	5 954	5 383	11 229	9 185	112 343	780
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No.4 SAN ANGEL	26 284	4 258	22 026	26 169	16 122	113 224	80
HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI	5 056	2 774	2 282	5 065	7 175	48 595	214
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI	5 569	2 704	2 865	5 509	4 618	50 954	304
HOSPITAL DE ONCOLOGIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI	9 496	5 327	4 169	9 474	6 579	47 005	408
HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN FERNANDO	892	718	174	890		23 782	1

FUENTE: IMSS ESTADISTICAS 2007 (cuadro elaborado por el IMSS)

UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
SESIONES Y PERSONAS ATENDIDAS EN AJUAJMES DE TRATAMIENTO Y BANCO DE SANGRE 2007

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD	PROGRAMA 02												
	NEUROLOGÍA			PEDIATRÍA			GINECOLOGÍA			MEDICINA INTERNA			BANCOS DE SANGRE
DESCRIPCION	AMBULATORIOS	HOSPITALIZADOS	PERSONAS ATENDIDAS	AMBULATORIOS	HOSPITALIZADOS	PERSONAS ATENDIDAS	AMBULATORIOS	HOSPITALIZADOS	PERSONAS ATENDIDAS	AMBULATORIOS	HOSPITALIZADOS	PERSONAS ATENDIDAS	
TOTAL NACIONAL	274 937	127 804	207 062	1 291 198	277 800	204 410	470 089	137 678	162 078	404 362	81 868	203 568	129 064
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 11 TORREÓN	1 228	1 230	2 458				22 817		8 872				32
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 1 MEDICINA	7 869	12 864	20 733	75 827	1 288	16 812	13 819	2 369	1 172	41 795	100	15 345	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 10 TORREÓN													1 673
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES UNIV. AUTÓNOMA DE COAHUILA	12 780	8 243	21 023	105 908	78 107	8 026	82 712	3 887	11 222	84 788	162	18 336	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES COAHUILA DEL NOROCCIDENTE	1 709	234	1 943	18 828		1 764	1 238		817				
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES UNIV. AUTÓNOMA DE COAHUILA DEL SUR	15 221	419	1 598										
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES UNIV. AUTÓNOMA DE COAHUILA DEL NOROCCIDENTE	8 277	4 720	13 022			10 872	9 187						
CENALSA DE MEDICINA INTERNA COAHUILA				147 297	81 874	16 712							
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA	1 622	481	2 103					98 285	4 176	21 871	10 187	23 829	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA DE NEUROLOGÍA	4 228	8 770	13 000	11 511	9 500	2 098	1 799	474	314				13 238
CENALSA DE MEDICINA INTERNA COAHUILA DEL NOROCCIDENTE				130 741									
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	4 861	841	5 702										4 493
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	14 574	13 817	28 391										15 086
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	1 600	1 947	3 547	90 281		14 910	48 123	4 264	21 079	81 478	932	16 819	
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	2 118	714	2 832			12 118			4 271				
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 21 DE NEUROLOGÍA	14 130	3 767	17 897	54 841		4 593			5 108	499		4 241	28 418
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 12 DE NEUROLOGÍA	15 340	4 774	20 114	40 431	400	3 640	22 081	47	1 815	27 076	1 143	9 293	25 214
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 2 MEDICINA	4 521	2 378	6 902				14 052	426	1 687	11 877	477	1 972	4 715
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	940		940			81 401			18 977				12 480
CENALSA DE MEDICINA INTERNA COAHUILA DEL NOROCCIDENTE	99		99	126 699		48 261							
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	4 168	511	4 679	118	8 143	1 776							949
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	3 097	470	3 567							710 784	16 711	42 131	
HOSPITAL PSICIATRICO MORELOS	277	877	1 154										
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	2 282	881	3 163										
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	129	1 109	1 238										
HOSPITAL GENERAL DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	1 817	1 490	3 307										
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL UNAM SS	5 643	3 334	8 977						1 844	3 721	7 616		
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	11 824	22 212	34 036										
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	1 133	988	2 121	12 194	18 910	32 100			14 875	1 142	1 880		
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	4 748	7 172	11 920						2 838	2 780	5 618		
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA	4 374	249	4 623						21 808	49	81 078	17 078	4 074
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE NEUROLOGÍA Y ORTOPEDIA				4 862					4 880				
HOSPITAL PSICIATRICO SAN FERNANDO	254	1 104	1 358										

FUENTE: MRE ESTADÍSTICAS 2007 (datos agregados por AFMEX)

Para este recurso el Hospital solo solicito un total de electrografías de 1402 de las cuales 293 correspondieron a servicios ambulatorios 1109 pacientes hospitalizados de un total de 290,002. (0.48 por ciento del total). Análisis de los gastos del Hospital de psiquiatría con respecto a los ingresos presupuestados. Como ya se ha especificado en contadas ocasiones el análisis realizado parte de el 26 de agosto de 2007 a 26 de agosto de 2008, se trabajo así por la decisión de tomar la investigación como trabajo de tesina en ese momento por lo cual la información recopilada no coincide con las cifras oficiales del Instituto.

#### **4.5.3 Costos día hospitalización**

El análisis de ingresos y gastos con respecto a la asignación de presupuesto para el hospital Dr. Héctor H. Tovar Acosta de los trastornos mentales con prevalencia en el año en estudio y el efecto psicosocial que se pudiera destacar en beneficio a sus pacientes, se inicio de rubros representativos del comportamiento de algunos indicadores que causan mayores gastos en el Hospital se calculo un costo aproximado de día hospitalización de cada paciente que egreso; tomando en consideración los costos que el Instituto ha calculado para las consultas de alta especialización y tratamiento.

El Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta; gasto por concepto de consultas médicas en 2007 a 2008 un total de \$291,496.4 miles de pesos de pacientes que acudieron a valoración de primera vez o subsecuentes (consulta valoración admisión \$ 1,508.00 pesos).

El cálculo del costo día-hospitalización de los pacientes que ingresaron en el transcurso del año por algún trastorno psiquiátrico se realizo en base a una muestra del movimiento que tuvieron dos camas de hospitalización (mujer y hombre) en un mes del año en estudio. En ese sentido se identifico que aproximadamente cada cama representa un costo beneficio de dos ingresos mensuales ya que al parecer los pacientes se encuentran hospitalizados alrededor de 15 días o un poco más, tomando en cuenta en total de camas censables que corresponde a 80, 40 camas para hombres y 40 camas para mujeres; y en el año en estudio hubo 1027 egresos estamos hablando que solo en este año se ocupo la infraestructura hospitalaria en un 53.48 por ciento, el hospital está en la posibilidad de ingresar aproximadamente a 1920 pacientes al año con distintos trastornos mentales.

Del cálculo anterior e independientemente del trastorno psiquiátrico por los cuales ingresaron 1027 enfermos, se tuvo que entre 2007-2008 el total de días de hospitalización fue de 15405 lo cual origino un costo de \$ 66,472,575 millones de pesos, de tal manera que cada internamiento ocasiono un costo de hospitalización promedio de \$ 64,725.00 pesos.

En un estudio que realizo la Comisión Federal de Mejora Regulatoria en 2006 de beneficios cuantificables referente a los beneficio que recibe los consumidores en el Seguro Social por hospitalización, se analizaron por un lado gastos de hospitalización de padecimientos llamados catastróficos y por otro lado los métodos que ha puesto la Institución para disminución de costos de esos mismos padecimientos, los resultados obtenidos para ese año fueron que tuvieron un bajo impacto económico y que si beneficio al consumidor.<sup>52</sup>

Lo que llama la atención del estudio realizado a las seis enfermedades llamadas de gastos catastróficos (cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, VIH/SIDA y otras) evidentemente si tienen fuerte carga financiera para la Institución, el número de pacientes que se hospitalizan es mayor que el numero de los pacientes con trastornos mentales, pero quizás los días que permanezcan hospitalizados sean menores, sin embargo los costos son similares, para un paciente con VIH/SIDA el costo hospitalización de este fue de \$ 39,441.00 pesos en 2006, un paciente con trastornos mentales costo promedio de \$ 64,725.00 pesos en 2007 a 2008 tomando en cuenta el incremento que hubo del 12 por ciento en los costos médicos de ese año, la diferencia se da en los días de estancia hospitalaria un paciente con trastornos mentales permanece en promedio 15 días.

---

<sup>52</sup> Se refiere al ahorro que se hace a partir de disminuir los gasto innecesarios de gastos médicos en IMSS en 2006, con estas medidas se pude ahorrar hasta en un 2 por ciento de ese gasto. Para ello es necesario evitar desperdicios, mala calidad de dispositivos médicos, compras innecesarias, costos de devolución. Así se tuvo en ese año que el gasto de padecimientos catastróficos por su fuerte impacto financiero fue de \$ 3, 543,844.000 millones de pesos, y se concluyo que se obtuvo un beneficio del 5 por ciento en gastos hospitalarios y que tuvo un bajo impacto.

Lo que se identifica en este análisis es que el número de pacientes con trastornos psicosomáticos es menor en comparación con los padecimientos llamados catastróficos que sumaron en 2008 un total de 159 404 pacientes que originaron por concepto de gastos médicos por hospitalización \$ 4,945 000.00 millones de pesos que represento el 3 por ciento del gasto de atención médica del Seguro de Enfermedades y Maternidad en ese año.<sup>53</sup>

La estimación del gasto medico de cada padecimiento con prevalencia en el hospital se elaboro al tipo de padecimiento y el total de personas que se diagnosticaron con ese trastorno y el costo de hospitalización por día, que hace el supuesto que incluye gastos de estancia hospitalaria y farmacológico; y a su egreso que se van con tratamiento para un mes, después la Unidad de Medicina Familiar es la encargada de seguir dando tratamiento farmacológico por el tiempo que dure. De acuerdo a este planteamiento se trato de hacer una aproximación del costo total del tratamiento integral que se le aplica a cada paciente, sin embargo se sabe que hay tratamientos más costosos, dependen del diagnóstico y tratamiento farmacológico tomando en cuenta arboles de decisiones para cada enfermedad que están en función a los protocolos de atención médica de la CIE 10, casos de alta cronicidad recurrentes que requieren más costos, en tal caso más días de estancia hospitalaria en cuanto a los medicamentos sabemos que existe un cuadro básico en el cual se deben apoyar los médicos para transcripción de los mismos.

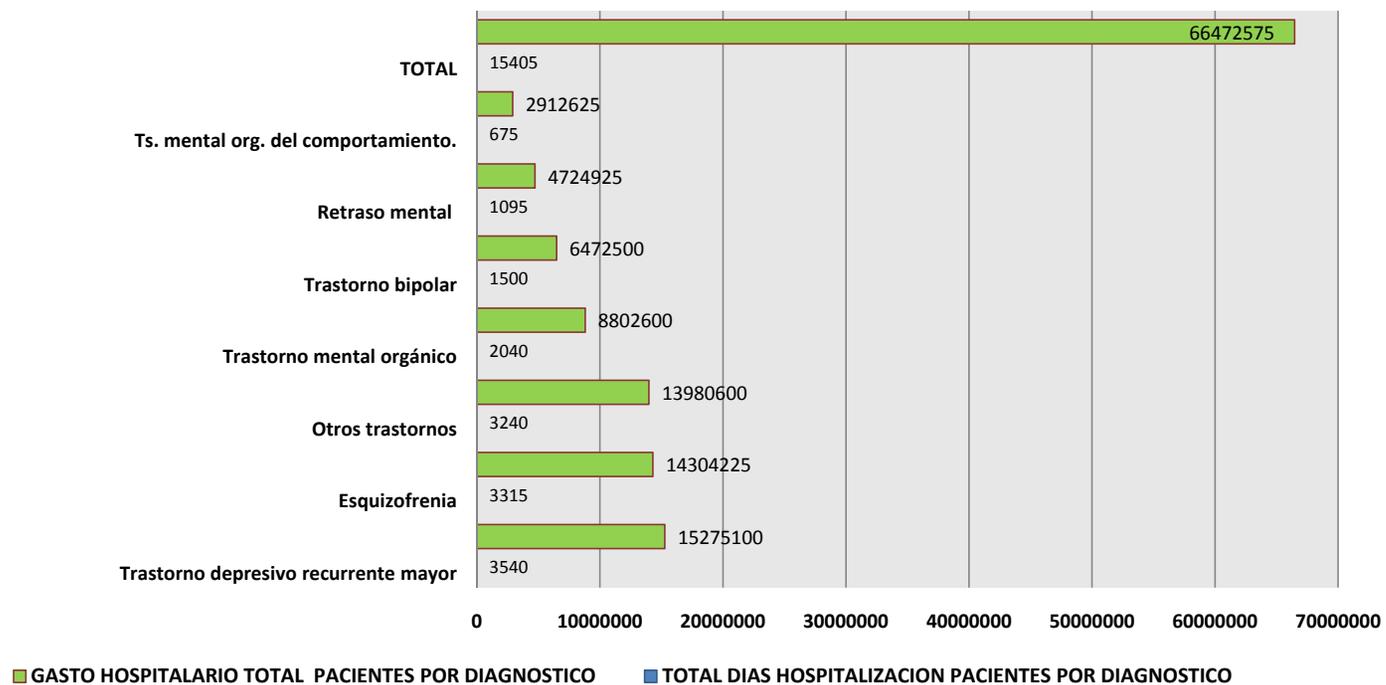
#### **4.5.4 Estimación del costo por diagnóstico de los trastornos más frecuentes en el hospital**

De acuerdo a lo anterior el costo total de cada trastorno mental se observa en la grafica de costos de hospitalización en donde el trastorno depresivo recurrente grave tiene un monto total de \$ 15, 275,100.00 millones de pesos, seguido por esquizofrenia con un monto total de \$ 14, 304,225.00 millones de pesos y en tercer lugar se ubica a otros trastornos que alcanzaron un monto de \$ 13, 980,600.00 millones de pesos.

---

<sup>53</sup>“Padecimientos de alto impacto financiero” *PARI 2008*, pág. 16.

**GASTO HOSPITALARIO TOTAL POR DIAGNOSTICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA DR. HECTOR H. TOVAR ACOSTA 2007-2008**  
(millones de pesos).



\*COSTO DIA HOSPITALIZACION: \$4,315<sup>00</sup> (2007), PROMEDIO DIAS HOSPITALIZACION : 15 DIAS

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS EXTRAIDOS DE LA LIBRETA DE VALORACIÓN DE INGRESOS DEL AÑO 2007 A 2008

Si los días de hospitalización promedio de cada paciente es de 15; los días de incapacidad en promedio oscilan en los 15 también y tomando en cuenta que el certificado de incapacidad por enfermedad general se paga a partir del 4 día, pagando solo el 60 por ciento del salario con el que está registrado cada trabajador por ley, utilizando la metodología del salario base promedio de cotización que el Instituto aplica para el cálculo de aportación de cuotas de trabajadores y patrones, que en agosto de fue 2008 \$ 222.3 ( salario base promedio del sector formal de la economía) de ahí se calculo el 60 por ciento de este total \$133.00 pesos y se multiplico por los días promedio (en este caso se tomaron 11 días en el sentido de que incapacidad por enfermedad general se paga hasta el cuarto día)<sup>54</sup>

#### **4.5.5 Estimación del costo total de los trabajadores que requirieron incapacidad**

Los pacientes que ingresaron en calidad de trabajador con derecho a incapacidad fueron 246 total y el total de días que se cubrieron fue de 2706; con lo cual se calculo el costo total por días de incapacidad que fue de \$359,898.00 miles de pesos en el año 2007 a 2008.

A pesar de que la población derechohabiente del Instituto tiene diversas manifestaciones de padecimientos psicosomáticos, he podido apreciar que las enfermedades neuropsiquiátricas aún no son consideradas de gran impacto financiero en el corto plazo en el IMSS, como lo es la diabetes tipo II, o la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, que hoy en día absorben gran parte del gasto asignado al Seguro de Enfermedades y Maternidad, especialmente en el rubro de Gastos Médicos de Pensionados, que es la población que presenta enfermedades crónico degenerativas esta situación se refleja en el costo total que ocasiona cada uno de estos padecimientos.

---

<sup>54</sup> Indicadores Salariales Generados por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. Salario base promedio de cotización al Instituto Mexicano del Seguro Social 2008, pesos nominales diarios. pág. 7.

#### **4.5.6 Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2008**

En el Programa de Administración de Riesgos Institucionales de 2008, estas enfermedades representaron un fuerte impacto financiero al ser catalogadas como catastróficas tanto para la población que la padece como para los gastos institucionales, en 2008 en el Seguro de Enfermedades y Maternidad alcanzaron un monto de 161,763 millones de pesos (gasto ambulatorio, hospitalario y farmacológico) cada uno y se espera que 2050 alcance 453,670 millones de pesos; por lo cual forman parte de uno de los riesgos en salud que tendrá que enfrentar el Seguro Social, además del crecimiento de los gastos de las llamadas “enfermedades invisibles” que en el largo plazo seguramente formaran parte de este riesgo.

En consecuencia debido al cambio demográfico, epidemiológico y al incremento de los costos médicos a disminuido el alcance de la política presupuestal de los últimos años, en ese sentido está en riesgo su capacidad operativa ya que se ha caído en insuficiencia financiera en la administración de los seguros que tiene a su cargo y está en riesgo el cumplimiento de prestaciones económicas a sus derechohabientes y el cumplimiento de prestaciones por ley que tiene con sus trabajadores.

Con lo que respecta a los trastornos mentales poco se ha logrado en la curación total de pacientes, para el caso de trastornos esquizofrénicos no existe hasta la fecha ningún tratamiento farmacológico ni quirúrgico que lo desaparezca totalmente; los pacientes toda su vida son tratados con fármacos, para el caso de trastornos depresivos graves los pacientes son sometidos a tratamientos con antidepresivos que pueden duran varios años, y si se apegan al tratamiento pueden ser rehabilitados, que sería el caso también para los clasificados con trastorno bipolar, los trastornos con retraso mental son muy difíciles de tratar por la propia condición del paciente en ese sentido su calidad de vida es muy crítica para ellos y sus familias.

Concluyendo la Psiquiatría en este siglo tendrá que ser uno de los ejes fundamentales de las políticas públicas en salud, en ese sentido asignarle mayor presupuesto, para investigación e infraestructura; para beneficio de la población que sufre algún padecimiento mental ya que como se ha visto apuntan a ser las enfermedades del siglo.

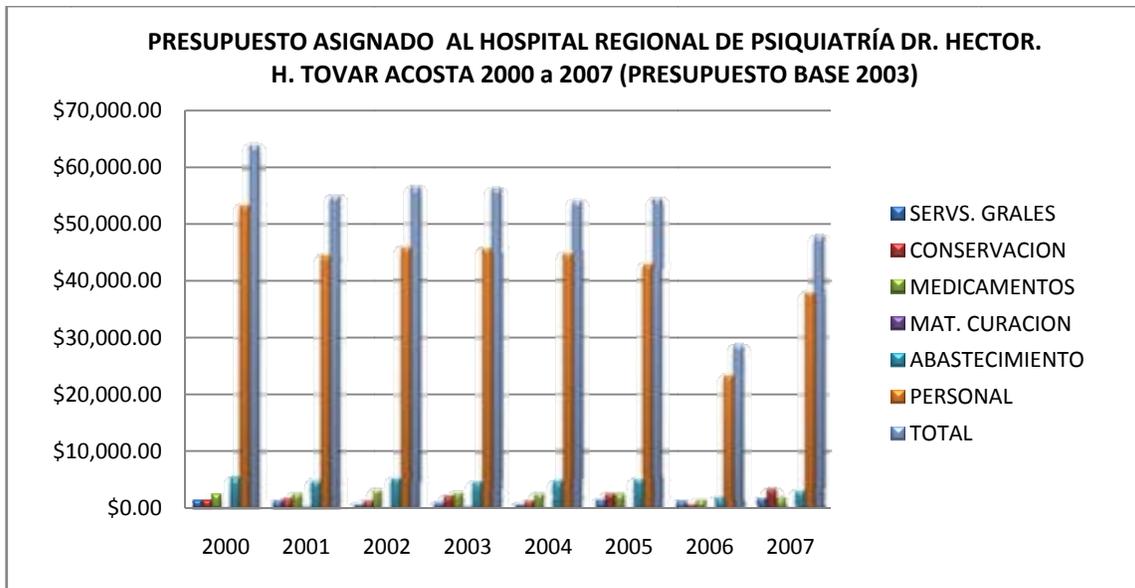
#### **4.5.7 Comportamiento del Pasivo laboral con respecto a otros gastos**

El Hospital cuenta con una plantilla de un total de 244 plazas autorizadas que incluye 213 plazas de base (17 vacantes) y 31 plazas de confianza (5 vacantes). De este total podemos destacar que la rama de enfermería en todas sus especialidades es la que mayor número de participantes tiene en la plantilla laboral con un total de 89 plazas autorizadas de las cuales 5 están vacantes, en esta rama existen 5 plazas de confianza (36% del total), la rama que le sigue en número por plazas autorizadas es la rama de intendencia con 31 plazas autorizadas de las cuales 26 están ocupadas y hay 3 de confianza (11% del total); los médicos no familiares su número en la unidad asciende en la plantilla laboral a 19 plazas autorizadas de las cuales 17 están ocupadas y corresponden al personal operativo medico, hay 3 plazas vacantes y un sobrante, de las plazas de confianza de este sector el numero corresponde a 12 de las cuales todas están cubiertas y operando.

#### **4.5.8 Presupuesto del Hospital**

Para efectos de analices se tomaron datos de Cedula de Presupuesto del hospital de psiquiatría en estudio (finanzas y sistemas 2000-2007) para el vaciado de la información de la GRAFICA 7, observamos en primera instancia que el presupuesto está dividido en asignado y real, lo cual complica el estudio, en este caso se opto por trabajar con el real que se supone que es el que gasto, además se tomo como base precios constantes del año 2003. De esta forma se analizo las diferentes partidas del estado financiero proporcionado.

Como se aprecia en la grafica todos los rubros tuvieron más o menos un crecimiento constante con excepción del de personal que supero en términos absolutos a los otros rubros.



GRAFICA 7  
FUENTE : CEDULA DE PRESUPUESTO DEL HOSPITAL (FINANZAS Y SISTEMAS IMSS)

Aparentemente según se muestra en la grafica el movimiento que han tenido cada uno de los rubros considerados como gastos corrientes que incluye el gasto por concepto de pago de personal es casi idéntico a el panorama que se muestra a nivel general para la Institución, como se aprecia todos los gastos en el hospital mantuvieron un crecimiento constante haciendo incapie en que el gasto en personal aparentemente su incremento fue mayor, sin embargo en terminos reales no fue así como lo muestran las tasas de crecimiento de cada rubro en el periodo analizado 2000-2007. En 2006 dada la coyuntura política que se manifestó en una crisis electoral que contaminó en gran medida la vida de los ciudadanos y su entorno económico contribuyó a que el país fuera considerado de alto riesgo para las inversiones, lo cual repercutió en todas las áreas estratégicas del país, aplicando reajustes severos en la aplicación del gasto.

Sin embargo el gobierno federal siguió aplicando la misma política económica, que ha repercutido en forma negativa en el crecimiento y desarrollo del país, este proceso se ha manifestado en las cifras catastróficas del PIB de este periodo presidencial que no solo no ha crecido sino que ha decrecido aunado; también dicho de paso a el momento que ha presentado la economía mundial de crisis financiera del año pasado. En ese sentido la aplicación del gasto social en salud se ha limitando, y el hospital psiquiátrico del IMSS no es la excepción.

#### 4.5.8.1 Tasas de crecimiento de los rubros contemplados en el presupuesto

CONCEPTO	TASAS PROMEDIO DE CRECIMIENTO
Servicios Generales	0.79
Conservación	0.45
Medicamentos	0.27
Conservación	2.04
Abastecimiento	1.60
Personal	1.32

De acuerdo a los datos proporcionados de los estados presupuestales del periodo en estudio 2000 a 2007 identificamos que en todos los rubros hubo crecimiento y el rubro que más creció fue de conservación, es decir, el mantenimiento de la infraestructura donde se alojan los pacientes y las áreas de servicios donde laboran algunas categorías, así como también el gasto de pago de la nomina de personal que tuvo una tasa de crecimiento promedio de 1.32 por ciento, sin embargo este gasto no es comparable con el gasto total de pacientes que ingresaron al hospital en ese año que alcanzo un monto de \$66,472,575.00 millones de pesos, el costo de la nomina en términos reales ha sido alto, pero no se compara con el costo de internamiento de los pacientes.

#### 4.5.9 Pago de nomina y la prima de antigüedad

Los elementos que da la Institución para afirmar que el pago de nomina dada la prima de antigüedad que tiene cada trabajador como prestación social y que en el momento que se jubilan o se pensionan se ve incrementado ese monto hasta en un 130 por ciento (por años de servicio o bien por un riesgo de trabajo) tendría que analizarse detalladamente y quizás ponerse en la mesa de negociación, pero quizás lo que más convendría es ponerse a pensar que los trabajadores de México deberíamos de ser considerados como trabajadores de primera clase y no hacer divisiones, entre la clase trabajadora y poner unos en contra de otros.

En México las leyes tienen un doble sentido y las leyes laborales más, cuando se trata de perjudicar a un gremio se va con todo, como sucedió con las reformas que se le han hecho a la Ley del Seguro Social, con el único objeto de desproteger a la clase trabajadora incluidos los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, los trabajadores protegidos hasta 1997 cuentan con el 100 por ciento de sus prestaciones sociales, es a partir de esa primera modificación que se empezaron a perder derechos obtenidos por varias décadas hasta llegar a las cuentas individuales que cada trabajador tendrá que constituir para tener derecho a jubilarse o pensionarse.

## **CONCLUSIÓN:**

En el análisis que hace el Instituto Mexicano del Seguro Social en el documento: Programa Institucional de Riesgos Administrativos 2008, pone en antesala que el organismo difícilmente podrá ser frente a todos sus compromisos con su población derechohabiente. En el análisis aporta una serie de medidas para contrarrestar el desfinanciamiento de la Institución, en donde él Instituto como patrón, modificó el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus trabajadores de nuevo ingreso, a partir de 16 de octubre de 2005, en donde se estipula que los nuevos trabajadores tendrán que contar con un sistema individual de pensión. Otro elemento que se destaca en el documento es la reducción de gastos directos que se erogan por servicios personales, en tal sentido se pretende ir modificando el Contrato Colectivo de Trabajo.

En lo que se refiere a las prestaciones económicas que como prestador de seguridad social tiene la obligación de proporcionar a sus asegurados y sus trabajadores señalo que también para el 2008 en adelante es un riesgo de alto impacto económico al cual difícilmente podrá cubrir, por la diferencia que tiene un asegurado del régimen obligatorio y el convenio que el Instituto pacto con el sindicato en su contrato colectivo en lo referente a prestaciones económicas y sociales.

En lo que se refiere al ramo de prestaciones médicas y seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social presenta un alto riesgo de operación por el desfinanciamiento que presentan los Seguros de Maternidad y Enfermedad, el Seguro para la Familia y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

En 2009 el director del Instituto Daniel Karam T. en el informe que presento al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre esta situación alerto a las autoridades que en el mediano y largo plazo la situación se tornara insostenible por lo cual propuso modificar nuevamente la Ley del Seguro Social para poder disponer de las reservas que administra el Instituto en otras fuentes, esta medida en el corto plazo seria un paliativo, sin embargo, no resolvería la situación de fondo., habría que pensar seriamente en ampliar la prima de contribución que como aportación ejercen patrones, trabajadores y gobierno federal, este lleva como propósito ampliar y

beneficiar a los derechohabientes del Instituto, si se actualizan esas cuotas se obtendrían los ingresos suficientes para cubrir ese desfinanciamiento.

El estudio es muy específico en el sentido que se basa en una serie de cifras cuantitativas que resaltan la situación “real de la Institución”. Sin embargo dentro de este contexto institucional no se han previsto o visualizado que la descentralización como eje rector del Sistema Nacional de Salud Pública; es el primer obstáculo para que el Instituto Mexicano del Seguro Social presente una eficiente calidad de los servicios de salud que ofrece; con la creación de la U.M.A.E. (Unidad Médica de Alta Especialidad), se perdió el enfoque humanitario y social de la salud, en el sentido que se limita el acceso a los servicios de salud de alta especialidad, por ser más caros, por los altos costos que genera, por lo cual los padecimientos de diagnósticos complicados se pretenden controlarlos en los Hospitales Generales de Zona o bien en las Unidades de Medicina Familiar a base de medidas preventivas, sin embargo este proceso aun no ha presentado signos de respuestas positivas en la población derechohabiente, para que los usuarios se eduquen tendrán que pasar algunos años, además este proceso también lleva implícito un alto costo por las campañas preventivas que se han puesto en práctica, mientras tanto los derechohabientes se han tenido que enfrentar a servicios deficientes, precarios e inequitativos.

El modelo neoliberal de la salud no ha tenido un efecto positivo en la Institución, lejos de realmente promover políticas públicas de seguridad sanitaria y de prevención, han impuesto un modelo de medicalización y mercantilización de la salud, en donde los hospitales son los puntos estratégicos de este mercado .<sup>55</sup> Donde el único beneficiado ha sido el sector oligopólico químico farmacéutico, este sector determina los precios de mercado de los medicamentos, en ese sentido las Instituciones públicas de salud no tienen ningún control sobre el mercado, lo cual ha generado desabasto de estos insumos de vital importancia para la rehabilitación de los pacientes, este modelo de medicalización de la salud contrapone la visión de la conceptualización del origen de la Seguridad Social que es uno de los derechos a que tiene la población, y como menciona el economista antes citado se perdió la

---

<sup>55</sup> Boltvinik Julio, “Economía Moral, Bancarrota y Dependencia del Sistema de Salud en México”, *La Jornada*, 15 de mayo 2009.

importancia de las determinantes histórico sociales del proceso de la enfermedad, y se deja de lado el objetivo inicial de la economía de la salud de proporcionar servicios de salud eficiente y eficaces, oportunos y de calidad.

En ese mismo sentido menciona que a raíz del brote de influenza en este año (2009), se han evidenciado las deficiencias y dependencia del sistema de salud mexicano, argumenta que desde 1982 la ciencia y la tecnología al servicio de las políticas de salud pública han perdido interés en la medida de que este adelanto tecnológico se ha tomado como una mercancía por el cual se tiene que pagar y donde se perdido el valor que este tenía para la salud como beneficio social.

Como se ha mencionado a lo largo del análisis en estudio el proceso de desfinanciamiento de la Seguridad Social, se dio a partir de adoptar políticas neoliberales a partir de la crisis de 1982; que a la fecha creó un sistema de salud dependiente, de poca capacidad colectiva e inequitativo. En las Instituciones de Seguridad Social se sigue dando un proceso selectivo para cada paciente, con el objeto de disminuir costos, y en el Seguro Popular los asegurados podrán afiliarse en forma personal y no como lo venían haciendo en paquete familiar.

Como se aprecia la situación real y financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, no va a cambiar por más que las autoridades institucionales se “empeñen” en hacerlo, en el sentido de que se sigue con las mismas políticas neoliberales, es decir, de ponerle precio a la salud de los trabajadores mexicanos permitiendo la mercantilización de los sistemas de salud y alentando la competencia privada, o como la llamaría el anterior Director General del I.M.S.S. Ricardo Horcasitas, los Servicios Cruzados en Salud con la única finalidad de beneficiar al consumidor (aquel que requiera cierta atención médica de alta especialidad que pague).

Otro acontecimiento que ha afectado el financiamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha sido las bajas cotizaciones que ha tenido en los últimos años debido a la disminución del empleo de la población en edad de trabajar, que se ha incrementado por la quiebra de pequeñas y medianas empresas. Según datos que el propio secretario del trabajo ha proporciono en octubre de 2007; que en este

sexenio solo se ha cubierto 36 por ciento del millón 200 mil empleos requeridos cada año en el país, además menciona que cerca del 64 por ciento de la población económica activa no logra ingresar a la economía formal, por lo cual no cuenta con Seguridad Social.<sup>56</sup>

Dada la situación que presenta el mercado laboral nacional desde el gobierno se ha planteado la solución definitiva hay que hacer una reforma laboral que beneficie tanto al trabajador como al empleador, en ese sentido se propone esta reforma por demás regresiva que atenta con los derechos laborales de la clase trabajadora, de ahí que el objetivo del gobierno federal y de los patronos es deslindarse de toda responsabilidad con la clase trabajadora.

Para el año de 2009 se aprobó un presupuesto para el Instituto Mexicano del Seguro Social de 299 mil millones de pesos, sin embargo, esta cantidad no fue suficiente para cubrir los rezagos financieros con los cuales se ha venido trabajando, esto lo comprobamos en las declaraciones del director general Daniel Karam a mediados de este año que junto con el ejecutivo federal determinaron que por única ocasión se tendría que tomar el fondo de las reservas del Instituto para cubrir las necesidades más inmediatas, y que por lo tanto se tendrá que modificar la Ley del Seguro Social que prohíbe hacer uso de esas reservas.

A nivel particular de cada especialidad tendrán que enfrentarse con niveles presupuestarios bajos y a cambios drásticos en el comportamiento de los padecimientos, además de que la fuente de financiamiento mucho depende de la recaudación de las cuotas obrero-patronales y las aportaciones del Estado, en ese sentido el gobierno federal tendrá que optar por otra política económica que no le pegue más a las fuentes de empleo, sabemos que la crisis que se está viviendo a nivel mundial afecto en gran medida a todos los sectores productivos de la economía nacional, sin embargo el quehacer del Estado no ha dado elementos positivos para salir del colapso estructural en que nos encontramos.

---

<sup>56</sup> Duarte Erika, "Este año se generarán menos empleos que en 2007, reconoce Javier Lozano" *La Jornada*, 11 de noviembre 2008.

Dada la situación deficitaria del país la aprobación del presupuesto al Gasto en Salud Público de los próximos años se verá reducido en términos reales, y para el Seguro Social más, ya que actualmente se ha dado preferencia al Seguro Popular. Con respecto al Hospital Psiquiátrico Dr. Héctor H. Tovar Acosta los derechohabientes se enfrentaran a situaciones administrativas incongruentes en donde la atención se limitara a aquellos asegurados que no demuestren su vigencia, a desabasto de medicamentos o medicamentos que ya no existen en el cuadro básico y que lo sustituyen por otro de menor efecto para el tratamiento, al parecer existe una clara tendencia a ir disminuyendo el número de pacientes que ingresen al hospital por los altos costos que implica la hospitalización, los gastos de operación en pagos de nómina es otro elemento que también recae en desatención para el paciente en algunos casos no se han cubierto plazas vacantes de algunos servicios .

En este sentido en la medida de lo posible se ha reducido el número de pacientes con padecimientos psiquiátricos, aunque estos vayan en aumento, según lo reporta la propia Institución, ya que cada día aumenta el número de consultas que requieren tratamiento psiquiátrico y psicoterapia.

A criterio de algunos médicos que se desempeñan en el nosocomio los trastornos psiquiátricos han ido en aumento debido a circunstancias internas y externas, es decir, hay factores hereditarios que podrían desarrollar este tipo de padecimientos pero que también los factores sociales y económicos son repunte para que se desarrollen estas enfermedades, pero lo que se debe tener en cuenta es que son padecimientos tratables y que por lo mismo controlables, y que un enfermo con este tipo de padecimiento no debe ser discriminado e inferiorizado en sus derechos individuales, ni ser utilizada la enfermedad como medio en contra del paciente o de su familia.

Como se puede apreciar el IMSS enfrenta una situación real de déficit estructural, debido principalmente a las políticas de asignación de presupuesto que ha autorizado el Congreso de la Unión, existe una clara tendencia a seguir limitando al Instituto y seguir beneficiando al Seguro Popular que sin embargo no ha dado los resultados deseados ya que la población que no tiene derecho a la Seguridad Social ha sido limitada y poco se ha beneficiado con este nuevo tipo de aseguramiento; y

ha provocado la duplicidad de los servicios de salud al otorgar el gobierno federal fondos para el Seguro Popular y para la Seguridad Social.

La subrogación de los servicios médicos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, es una práctica que se ha venido dando en las últimas décadas, la cuál es aprobada en la propia Ley del Seguro Social, así como las licitaciones de servicios de diagnóstico o bien la compra de equipos especializados de diagnóstico y de medicamentos. Estas prácticas en gran medida han sido un factor de desfinanciamiento de la Institución por el grado de corrupción que guardan en sí, y que el organismo no menciona en la revisión actuarial que presentó al Congreso de la Unión en el año 2006.

La subrogación de los servicios médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue la respuesta inmediata que se dio por la falta de infraestructura y personal especializado para cubrir áreas estratégicas por falta de inversión. Sin embargo fue y ha sido una salida falsa al problema ya que desde hace más o menos tres décadas ya se venía mencionando el crack financiero que se estaba desarrollando, y por lo tanto no se han tomado las medidas reales para contrarrestar dicha situación, la contratación de servicios externos de salud no ha aliviado la situación de los derechohabientes ya que es muy selectiva por lo mismo de que el I.M.S.S. paga más por esos servicios, además de que también ha incrementado el número de demandantes de dichos servicios.

Para el caso que nos ocupa de los pacientes psiquiátricos el Instituto subroga un piso en Hospital de Psiquiatría del Carmen (servicios privados), en tal sentido es muy selectivo el envío de los pacientes psiquiátricos a esa Institución.

La salud es la principal fuente de bienestar social para un individuo y más aún, su salud emocional, en ese sentido, mientras un individuo este bien emocionalmente va a rendir más, como ya vimos, los trastornos mentales psiquiátricos son una de las enfermedades con más discapacidad de la población mundial, y para el caso de México las cifras son alarmantes también. En ese sentido el gobierno federal tendrá que buscar los medios para fortalecer más al Instituto Mexicano del Seguro Social

Que el Instituto por medio del gobierno federal cuente con una fuente de financiamiento real, para que en lugar de subrogar servicios especializados de salud, tenga dentro del mismo esos servicios y ya no erogar grandes cantidades de dinero en esa práctica que a simple vista también a significado cierto grado de enriquecimiento de estas organizaciones particulares de salud.

A últimas fechas ha salido a relucir el incremento del número de mexicanos que han caído en pobreza y más aún los que han caído en la pobreza extrema, más del cincuenta por ciento de población en pobreza, en ese sentido, vemos claramente que la política mercantilista que ha seguido el Estado Mexicano a lo largo de varias décadas, ha deteriorado el poder adquisitivo de la población, y mercantilizando la salud ese deterioro es mayor ya que el desembolso directo de las familias cuando un miembro de la familia enferma implica un desajuste en el gasto familiar.

El deterioro del salario de los trabajadores mexicanos frente al descontrol de precios de la canasta básica ha generado la pérdida del poder adquisitivo que estos tienen, si a esto retroceso juntamos la pérdida de empleos nos damos cuenta que la clase trabajadora de México se halla en total desventaja política y económicamente y que tendrá que luchar contra corriente para mantener los logros obtenidos de tantos años, y de esta manera preservar al Instituto Mexicano del Seguro Social que es una Institución integral de salud y prestaciones económicas que han vela por los intereses sociales de esta clase trabajadora.

## BIBLIOGRAFIA

- Antecedentes Históricos, “Análisis de la Problemática de la Salud Mental en México”, Programa de Acción en Salud Mental, SSA, pp. 25-28.
- Balance Quincenal del 01/21/08. Hospital de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta, IMSS.
- Benossini F. Oscar. “La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. Departamento de psicología, psiquiatría y salud mental”, Facultad de Medicina UNAM. *Revista mexicana de Salud Mental*, 2001, vol. 24, pp. 62-72.
- Boltvinik Julio, “Economía Moral, Bancarrota y dependencia del Sistema de Salud”, *La Jornada*, 15 de mayo 2009.
- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Con glosario y criterios diagnóstico de investigación: CIE.10: CDI-10. Ed. Médica Panamericana, OMS, 2004, pp. 1-250.
- Comisión Federal de Mejoría Regulatoria, *Beneficio Cuantificable núm. 6*, [www.cofemer.gob.mx](http://www.cofemer.gob.mx), mayo 2009.
- Duarte Erika, “Este año se generaran menos empleos que en 2007, reconoce Javier Lozano”, *La Jornada*, 11 de noviembre 2008.
- Gelder G. Michael, López G. Juan, *Tratado de Psiquiatría*, Tomo I, capítulo I, Ed. Ars. Medica. 1ª edición 2003, pp. 3-25
- Medina Mora María Elena, Carmen Lara Muñoz. “Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental* vol. 26 núm. 4, agosto 2003, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- González Eduardo, “Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México”, *Salud pública de México*, vol. 49, suplemento 1, 2007.
- González G. Juan Fernando, Esquizofrenia Segunda Enfermedad Mental en México <http://www.saludymedicina.com.mx>, enero 2009.

- Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008; Capitulo I, Capítulo IV, Capitulo XIII
- Indicadores Salariales generados por la Comisión de Salarios Mínimos (salario base promedio de cotización al IMSS).
- Índice Nacional de precios al consumidor periodo 1980 a 2009 [www.finanzas.df.gob.mx](http://www.finanzas.df.gob.mx), 15 de agosto 2009.
- Kanaul Marie Felicia, Héctor Arreola-Ornelas, “Las evidencias benefician al sistema de salud: Reforma para aliviar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México”, *Salud Publica de México*, vol. 49 suplemento 1 de 2007.
- Laurell Asa Cristina, “Hospitales Públicos, nuevos negocios privados”, *La Jornada*, 10 de enero 2008.
- Laurell Asa Cristina, “No garantiza el derecho a la Salud el Seguro Popular”, <http://www.cdn.com.mx>
- Laurell Asa Cristina. “Salud Requiere más presupuestos y otra distribución del dinero”, *La Jornada*, 2007.
- Laurell Asa Cristina, “Subsidios al Sector Privado de Salud”, *La Jornada*, 7 de agosto de 2008.
- Laurell Asa Cristina, “Sistema de Protección en Salud-Seguro Popular”, *Sistema de Salud del Gobierno del DF*.
- Manual de Organización de las UMAE, IMSS, 2003.
- Muñoz Onofre, Luis Duran, Juan Garduño, “Seminario Internacional: Economía de la Salud”, CISS, IMSS, 1ª edición 2003.
- Nemeroff Charles, Schtzberg Alan F. “Diagnostico y tratamiento de los Trastornos Mentales”, *Ars, Médica* 2001, pp. 3-81.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2; “Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica”, SSA, 1994

- “Plan de estudios del curso de Especialización de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental”, *Subdirección Médica/Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación IMSS*, 1990.
- “Programa Nacional de Salud”, SSA, 2007.
- “Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI)”, IMSS, 2008.
- Recursos Físicos Sector Público-Sector Privado, *Numeraria SSA*, 2000-2007.
- Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social (Disposiciones Generales, de los Órganos Normativos del Instituto del Órgano Interno de Control)
- Series Históricas del Producto Interno Bruto de México desde 1896 a 2008. Transportadas a bases 1993 y 2003, [www.mexicomaxico.org.mx](http://www.mexicomaxico.org.mx), 15 de agosto 2009.
- Sistema Nacional de Información en Salud, de Criterio de Salud. Gasto Público en Salud, SINAIS, 1990-2007
- Tamez G. Silvia, Valle A. Rosa Irene, “Desigualdad Social y Reforma Neoliberal en Salud”, *Revista Mexicana de Sociología*, año LXVII, núm. 2, abril-junio de 2005, UNAM, pp. 321-356.