



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**CONTROL DEL ABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL IMSS EN LA
DELEGACIÓN SUR DEL D.F., DURANTE EL PERIODO 2007-2011**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA
OPCIÓN CIENCIA POLÍTICA,**

PRESENTA

GABRIELA OLIVARES RODRIGUEZ



Directora: DRA. MARÍA DE JESÚS ALEJANDRO QUIROZ

**CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F;
NOVIEMBRE 2013**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**La política es el “hacer” del hombre que, más que ningún otro,
Afecta e involucra a todos.**

Giovanni Sartori

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi hijo Yago, el hermoso premio que me otorgó la vida, te amo mucho; espero que construyas tus sueños y toques las estrellas cruzando el mar.

A mis Padres que me dieron todo con amor, para ser quien soy ahora.

A Rocío mi hermana que de una u otra manera, siempre me salva la vida aunque sea a un precio muy alto.

A ti Ángel de mi corazón.....gracias por continuar aquí.

A Víctor y César A. Campos, tremendos amores de mi vida.....porque el amor más grande es aquel, que nos deja ser.....el que nos deja en libertad.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle a mi UNAM, a la que admiro y quiero tanto, la que siempre me hace vibrar; en la que me siento como en mi hogar.

A mi Facultad y Maestros que hicieron de cada semestre una meta irrenunciable.

A mi Directora de Proyecto, Doctora María de Jesús Alejandro Quiroz, por todo su apoyo, tiempo y paciencia.

Gracias a mi hermano Víctor, Yuri, Vale y Santi, porque siempre están ahí.

A mi casa de trabajo por veintidós años, con la que me siento totalmente comprometida Instituto Mexicano del Seguro Social que me ha dado todo, mi sostén, patrimonio, una vida digna y productiva para mí y mi familia. A mis Jefes de la CAE; mi entrañable amiga Eldaa Elena Blanquel, Raquel Camacho de Coria y Vero Guzmán por ser un gran ejemplo de vida; a todos aquellos amigos, compañeros y a mis asistentes, todos los que me han alentado a crecer y desarrollarme además de brindarme apoyo, para la mejora constante de mi vida profesional y personal.

Al Hospital General de Zona 2-A Troncoso que me dio la Jefatura de Abastecimiento, a su Directora, Subdirectora Médica, y compañeros del Cuerpo de Gobierno; gracias por confiar en mí.

INDICE.....	PÁG.
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO 1.- LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	12
1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	12
1.2.- SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	17
1.3.- EL DERECHO CONSTITUCIONAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL.....	19
<i>Cuadro No. 1.- LOS DIFERENTES TIPOS DE SEGUROS DE SALUD DE ACUERDO A LOS FINANCIAMIENTOS EN MÉXICO.....</i>	<i>244</i>
1.4.-ORIGEN Y CONFORMACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	24
1.5.- SERVICIOS QUE OTORGA EL IMSS Y A QUIÉN BENEFICIAN.	27
CAPÍTULO 2.- EL GOBIERNO FEDERAL Y EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL IMSS, CON RELACIÓN A LA SALUD DE LA POBLACIÓN	35
2.1.- RELACIÓN GOBIERNO-IMSS.....	35
2.1.1 - EL IMSS DURANTE EL SEXENIO DEL PRESIDENTE VICENTE FOX QUEZADA (2000-2006).....	40
2.1.2.- EL IMSS EN EL SEXENIO DEL PRESIDENTE FELIPE CALDERÓN HIHOJOSA (2006-2012).....	46
2.2.- LA SALUD Y EL GOBIERNO.	48
2.3.- CRISIS DEL GOBIERNO ANTE EL DESABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL IMSS, ACCIONES DEL CALDERONISMO.....	52
2.4.- EL IMSS Y DERECHOS HUMANOS: RECOMENDACIÓN 004/2003.....	56
2.5.- POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE ABASTO.	57
<i>Cuadro No. 2.- EL CICLO DEL ABASTO.....</i>	<i>60</i>
2.5.1- PLANEACIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES.	61
CAPÍTULO 3.- PROCESOS DE ABASTECIMIENTO EN EL IMSS.....	63
3.1.-ESTRUCTURA DEL ABASTO INSTITUCIONAL.	63
3.2.- PROCESOS DE ABASTO POR NIVELES DE ATENCIÓN.....	66
3.3.- EL SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL.....	68
<i>Cuadro No. 3.- SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL</i>	<i>70</i>

3.4.-CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO GENERAL DE ARTÍCULOS.....	74
3.4.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO.	76
3.4.2.-PROYECCIONES ANUALES DE CONSUMOS O ANÁLISIS DE REQUERIMIENTOS ANUALES DE MEDICAMENTOS	77
3.5.- CONTRATO ÚNICO Y BOLSA ÚNICA DE OFERTAS (BUO), PROS Y CONTRAS.	78
3.6.-BOLSA ÚNICA DE OFERTAS (BUO), PROS Y CONTRAS.....	79
<i>Cuadro No. 4.- MÓDULO DE CONTROL DE COMPROMISOS (COMPRAS BUO).....</i>	<i>83</i>
<i>Cuadro No. 5.- PROBLEMÁTICA DEL BUO.....</i>	<i>84</i>
3.7.- MEDICAMENTO ESPECIALIZADO, SUS PROCEDIMIENTOS DE TRANSCRIPCIÓN, GRUPO DE EXPERTOS DE RESISTENCIA EN ANTIVIRALES (GERA) Y TORRE DE CONTROL.....	85
<i>Cuadro No. 6.- PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSCRIPCION DE MEDICAMENTOS.....</i>	<i>87</i>
<i>Cuadro No. 7.- RELACIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS</i>	<i>89</i>
CAPÍTULO 4.- ANÁLISIS DEL PROCESO DEL DESABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL IMSS.....	91
4.1.-AMENAZAS ENCONTRADAS EN LOS PROCESOS DE ABASTECIMIENTO.....	91
<i>Cuadro No. 8.- COMPARATIVO ANUAL DE LA DEMANDA DE BIENES</i>	<i>92</i>
<i>Cuadro No. 9.- COMPARATIVO ANUAL DEL CONSUMO DE BIENES.....</i>	<i>93</i>
<i>Cuadro No. 10.- PROCEDIMIENTOS DE COMPRAS EN EL IMSS.....</i>	<i>95</i>
<i>Cuadro No. 11.- TIPOS DE COMPRAS.....</i>	<i>96</i>
<i>Cuadro No. 12.- PORTAL DE COMPRANET.....</i>	<i>97</i>
<i>Cuadro No. 13.- PORTAL DE COMPRAS DEL IMSS. -MONTO DE ADQUISICIONES.....</i>	<i>98</i>
4.2.- PERSPECTIVAS Y ALTERNATIVAS.....	102
<i>Cuadro No. 14.- ESTADOS DE LA REPÚBLICA DONDE COMPRA MÁS EL IMSS</i>	<i>108</i>
4.3.- RETOS A VENCER.....	109
CONCLUSIONES.....	114
APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN A LA CIENCIA POLÍTICA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	118
GLOSARIO.....	120
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	129

INTRODUCCIÓN

La atención directa que presta a su población usuaria el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), depende principalmente entre otros factores como recursos humanos y equipamiento médico, del control del abasto de medicamentos en cada una de sus unidades hospitalarias.

A partir del abastecimiento, el IMSS lleva a cabo todas sus funciones sustantivas como pieza angular que provee de todos los insumos que se usan, las medicinas como el insumo indispensable para la salud de sus derechohabientes, de ahí su relevancia para considerarlo como objeto de estudio del presente trabajo.

Entender los factores que inciden en el manejo del abastecimiento de medicamentos en una institución pública como el IMSS, permite apreciar la confluencia de intereses políticos, económicos y sociales, tanto nacionales como internacionales, que intervienen de forma directa e indirecta en la prestación de un servicio de salud que tiene como destinatarios a millones de habitantes.

La problemática del control del abasto de medicamentos en el IMSS es multifactorial y tiene que ver, principalmente, con procesos licitatorios, la limitante de presupuestos económicos, deficiencia en los procedimientos, falta de capacitación específica del personal que realiza las compras y los lineamientos desactualizados.

El presente trabajo aborda el caso particular del control de abasto de medicamentos en el IMSS, con base en la experiencia directa que la autora adquirió a partir de su adscripción laboral en la Delegación Sur del D.F, durante el periodo 2007-2011.

El enfoque político se manifiesta tomando como eje el desarrollo de la seguridad social y lo que sucede en las instituciones públicas donde se refleja la organización política y social dentro de un tiempo determinado (dos sexenios), teniendo como objetivo la vida de los individuos y la satisfacción de sus necesidades, con el evidente cambio dentro del IMSS en cada uno de los sexenios y en la transición de cada partido político en el poder.

Esto se elabora a partir de una breve exposición de los orígenes de la seguridad social, su institucionalización en México, así como el manejo gubernamental, en cuanto a los procesos de abastecimiento se refiere, en el rubro de medicamentos en el IMSS. Con ello se esboza un diagnóstico de la situación actual del tema de estudio, ya que es importante mencionar que si bien el IMSS es un organismo descentralizado con injerencia nacional; es cierto que cada Delegación trabaja de manera diferente y con requerimientos particulares de acuerdo a su propia situación y necesidades, como en este caso específico corresponde a la Delegación Sur del Distrito Federal.

La asistencia social se ve asociada siempre al trabajo se enmarca durante la expansión del capitalismo y forma parte del estado de bienestar como un elemento de responsabilidad conjunta de los actores y factores de producción, se manifiesta como pieza fundamental y elemento redistribuidor de la riqueza, como estabilizador y normalizador de la salud, siempre en la búsqueda de un esquema de justicia social.

La seguridad social queda plasmada en la Constitución Mexicana y es reivindicada por el movimiento revolucionario de la que deriva la moderna cohesión social apoyada en el Artículo 4° Constitucional como Derecho Humano.

El IMSS surge como instrumento legal de la aplicación de ese derecho constitucional a la salud, como vínculo descentralizado de protección para los trabajadores y sus familias, estableciendo a través de su propia ley diversas

disposiciones de orden público y de interés social; con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios a una parte de la población derechohabiente del Instituto.

Como un organismo público nacional descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, es actualmente la institución más grande e importante en el rubro de sector salud a nivel nacional, brindando múltiples beneficios y no sólo de atención médica es un ente monumental, lleno de ventajas e infinidad de problemas, todos de gran calado, afectando la forma de cómo proporcionar la salud a la población, de acuerdo a la relación política que dirija cada sexenio, según el partido en el poder, cuyas políticas de salud obedecen entre otros a los lineamientos dirigidos por los dictados de la política y organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Fondo Monetario Internacional).

La Nueva Gerencia Pública, le ha brindado al Instituto Mexicano del Seguro Social reorganización administrativa con base en la visión, misión, objetivos y estrategias para tratar así de homologar sus servicios.

El nuevo paradigma de Gerencia Pública (todavía en evolución), surge de la preocupación por incorporar al sector público aquellas técnicas y conceptos que han tenido éxito en el sector privado con el fin de incorporar el espíritu de efectividad empresarial en la administración pública. Por Gerencia Pública se entiende el proceso de guiar o dirigir organizaciones o instituciones públicas hacia el logro de su misión y los objetivos que éstas se han propuesto en políticas, programas y proyectos, en un ambiente complejo que requiere una negociación constante con actores y grupos internos y externos a la organización, haciendo un uso eficiente y eficaz de los recursos.

El gerente público debe dominar funciones técnicas y políticas donde el papel de la negociación como acto político resulta fundamental para el desarrollo de su trabajo ante la organización pública que es parte de una red interinstitucional por la cual se desarrolla todo el ciclo de la política gubernamental.

Esta teoría promueve el pensamiento estratégico en todos los miembros del grupo con una estructura organizacional flexible y centrada en el cliente (usuario-beneficio); el sector social históricamente se ha caracterizado por su excesiva centralización política, administrativa y operativa, así como por su fragmentación en el sentido de que las diferentes instituciones del sector actúan aisladamente sin constituir una verdadera red interinstitucional que desarrolle en forma armónica todo el ciclo de la política social.

El crecimiento de la población así como el envejecimiento de esta ha traído como consecuencia un cambio en el patrón de enfermedades.

La transición epidemiológica que ha vivido el país durante los últimos 50 años ha sido importante, en ese entonces, los padecimientos que aquejaban a la población nacional estaban relacionados con la desnutrición, la reproducción, muertes maternas, infecciones gastrointestinales y otros padecimientos que hoy pueden considerarse de fácil curación. Actualmente, los principales problemas de salud se relacionan con enfermedades no infecciosas tales como el cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes.

Las directrices que guían al Instituto Mexicano del Seguro Social, invariablemente cambian de un sexenio a otro según el partido en el poder y sus políticas de salud vigente, planteada desde sus Programas Nacionales de Salud.

Durante el primer sexenio panista (2000-2006), se observa un ataque frontal al IMSS, señalando a sus trabajadores como los principales responsables del mal

servicio proporcionado, de ser empleados privilegiados y que de seguir esta situación se veía a futuro el quiebre de la Institución, se promueve por otra parte, el servicio de salud prepago, y dentro del marco del seguro abierto para toda la población, aparece el “Seguro Popular”, Vicente Fox Quezada advierte que solucionará el desabasto de medicinas en el IMSS en 10 minutos, igual que el conflicto en Chiapas; siendo por esto objeto de recomendaciones de la CNDH.

El segundo mandato del Partido Acción Nacional sigue la línea continuista en la necesidad de dar solución de abasto en medicamentos, insistiendo con el quiebre del instituto por insolvencia, con el argumentos de que el problema real es la distribución y no la adquisición, minimizando el asunto.

No obstante el Seguro Popular sigue viento en popa en incremento, se proclama como el gran logro del sexenio calderonista, como la democratización y universalización de los servicios de salud.

CAPÍTULO 1.-LA SEGURIDAD SOCIAL Y LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En este capítulo se mostrará de manera breve como nace la seguridad social, para ubicar en un contexto político y social a su vez la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social como pieza angular de atención a la salud en nuestro país.

1.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La vulnerabilidad del hombre ante los eventos que no puede controlar, es una de las principales razones que lo lleva a buscar protección y prevención para su supervivencia, tanto la de sí mismo como la sus iguales, sus dependientes o aquéllos más débiles.

Por tal motivo, si partimos de que la necesidad de sentirse protegido es inherente a la naturaleza de todo ser humano que vive en una sociedad, dicha situación puede manifestarse primero en forma de ayuda (asistencial) para después convertirse en una obligación (derecho social).

La relación de intercambio de dicha protección –entre quien la otorga y quien la recibe-, puede observarse inicialmente como un principio fundamental asistencialista o de beneficencia-pública o privada- ejercido sobre la base de la caridad y entendido como la dádiva generosa de los particulares para prestar auxilio a los más pobres o necesitados. En palabras de Ruiz Moreno esto se incluiría dentro del “conjunto de normas de todo tipo, que integran una actividad del Estado y en su caso de los particulares, destinados a procurar una condición lo más digna, decorosa y humana, para aquellas personas que, imposibilitadas

para satisfacer por sí mismas sus necesidades elementales y de bienestar social, requieren del socorro y la ayuda altruista y no obligatoria de los demás”¹.

La asistencia social aparece en el siglo XIX, como la primera idea que empieza a ser considerada como aquella protección que se debe brindar al individuo como trabajador -en cuanto a ayuda económica y médica- como obligación del Estado para brindar bienestar a los ciudadanos, lejos de la caridad o beneficencia privada. Por lo tanto, a partir de entonces se consideró como un derecho que podía exigirse al Estado², como principal garante del bien común.

Es así, que la asistencia social puede definirse como “el conjunto de todos aquellos mecanismos diseñados por el Estado y la sociedad, que pueden ser reconocidos por la legislación, tendientes a subvencionar a los sectores sociales en virtud de su estado de necesidad, mediante prestaciones que complementan sus ingresos o los sustituyan temporalmente, poniendo a resguardo su dignidad humana³”.

Los orígenes de lo que hoy se conoce como seguridad social, provienen de una figura que se apegó al principio de la solidaridad generado a partir de las sociedades mutualistas, en las que todos los miembros son asegurados y aseguradores de los demás. Ello surgió entre el gremio de los comerciantes que construyeron sociedades de lazos fuertemente unidos por la necesidad de tener más ganancias que pérdidas dentro de círculos muy cerrados, bajo el esquema de protegerse mutuamente y solventar las contingencias que se pudieran sufrir como producto de pérdidas, robos, desastres, enfermedades o cualquier situación que deteriorara sus mercancías; es decir que entre un grupo cerrado de personas se repartían los riesgos o pérdidas al igual que las ganancias; era lo más parecido a los seguros privados, muy limitados en cuanto a campo de acción, pocos recursos y de carácter voluntario que no contemplaban ninguna protección social más amplia.

¹ Ruiz Moreno, citado por Hernández Cervantes Aleida, *La Seguridad Social en Crisis, el Caso del Seguro Social en México*, editorial Porrúa, México, 2008, p.3

²Ibíd. Introducción.

³Ibíd. p.6

Estas nuevas ideas adquirieron mayor importancia a raíz de la Revolución Industrial entre los siglos XVIII y XIX, ya que la situación de los trabajadores dentro del capitalismo tuvo un cambio impresionante. Al transformarse los talleres en industrias, quienes prestaban sus servicios dependían exclusivamente de su mano de obra a cambio de un salario para resolver sus necesidades, por lo que había que luchar por proteger su única posesión: *la fuerza de trabajo*, ya que en caso de accidentes o enfermedad, los gastos por atención médica corrían por su cuenta debido a que la relación con el patrón consistía sólo en su contrato de trabajo.

Al agruparse los trabajadores por oficios -para establecer mejores y más fuertes relaciones comerciales-, como se observó desde el surgimiento del capitalismo, en lugares alrededor de las plazas cercanas a las poblaciones donde había las mejores posibilidades para obtener ventas, se hizo imprescindible la protección a esa incipiente corporación, en la que se ejercía la repartición entre sí -a partes iguales- de todo lo bueno y malo que pasaba dentro de dichos agrupamientos. A mediano y largo plazo, se dividían inversiones, obligaciones y ganancias para que fuera conveniente a todos, y que, llegado el caso de que alguno faltara, se enfermara o muriera, se tuviera la menor pérdida posible.

Ahora bien, aunque este modelo en un inicio se practicó de manera particular entre los agremiados a un taller específico, con el paso del tiempo, ante la creación de las ciudades y el advenimiento del Estado moderno, se conformó la figura de la “obligación del Estado” para con los trabajadores.

Los patrones observaron que si sus obreros faltaban por riesgos de salud, su producción disminuía, por lo que con la idea de anticiparse a los riesgos a que siempre estaban expuestos los trabajadores, apareció la necesidad de la previsión social.

“La previsión social se inició con el ahorro obligatorio de los trabajadores para prever y solventar futuras enfermedades pese a los bajos salarios de los obreros”⁴, al principio se inició con los “puestos de fábrica”, especie de consultorios privados en las fábricas que evitaban también la ausencia del trabajador o pérdida de tiempo para ir al médico.

Para Mario de la Cueva, “la previsión social es el núcleo y la esencia del estatuto laboral, porque son las normas que aplican inmediatamente al trabajador y porque son la reglamentación jurídica que aspira a realizar el derecho del hombre-trabajador a la existencia”⁵; es decir que la previsión social es un derecho de los trabajadores. “Es una contraprestación que les pertenece por la energía del trabajo que desarrollan y es un derecho equiparable a la percepción del salario”⁶.

La seguridad social preventiva o correctiva siempre se ha dado al lado de la legislación del trabajo con el fin de lograr el equilibrio entre producción y bienestar. En ese momento y frente a la coyuntura de la Revolución Industrial, se manifestó por completo la necesidad imperiosa de obtener la protección del trabajador y donde precisamente las leyes eran prácticamente nulas.

Durante la expansión del capitalismo, la nueva clase obrera que se incorporó a los nuevos modelos de trabajo en serie, se caracterizó por su exposición a la sobre explotación de la fuerza de trabajo, minimizando por completo la seguridad laboral. Es durante el siglo XIX que la mayoría de los movimientos promovidos por el proletariado, se dan con la finalidad de conseguir normas protectoras.

En ese entonces, al cambiar los pequeños talleres de oficios por las fábricas llenas de obreros con producción manufacturada a gran escala, no se podía permitir el lujo de perder un trabajador especializado que ocupaba un lugar específico en la línea de producción, puesto que ocasionaría grandes pérdidas al dueño. Fue así

⁴Monroy Gerardo, *Breve esbozo de la seguridad social*, Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, sección XXXIV, D.F; México, 2003. p.5

⁵ De la Cueva Mario, *Derecho Mexicano del trabajo*, Porrúa, México, 1990, TII, p.3

⁶Ibídem. p.7

que los dueños, al pagar impuestos al Estado, se verían en la necesidad de solicitar la correspondencia de éste último para obtener asistencia de algún modo. De tal forma que el Estado se veía en la obligación de acudir, en defensa del débil o necesitado, para permitirle continuar con su vida al proporcionarle medios para hacerlo posible, a ello se le llamó derecho laboral, familiar o seguridad social.

El primer enfoque de este tipo -considerado cronológicamente- es el bismarckiano, ya que en 1821 durante el imperio del Kaiser Guillermo II, es proclamado el primer mensaje imperial de protección al trabajador, en caso de perder su base por enfermedad, accidente, vejez o invalidez.

Es por esto que el canciller Otto Von Bismarck, Canciller de Alemania de 1871 a 1890, es considerado el padre de la seguridad social por el impulso que dio a tres leyes, que hasta hoy representan la base de la seguridad social universal: ***seguro contra accidentes de trabajo en 1884, seguro contra enfermedad en 1887, y seguro contra la invalidez y la vejez en 1889.***

Gana la idea acerca de las ventajas de la seguridad social pública sobre la privada, ya que hasta entonces cada empresa proveía algunas prestaciones por sí misma, pero en muchos casos con negligencia e insuficiencia, además de generar altos costos al pretender mantener sus propias instalaciones hospitalarias o asistenciales, o dedicar demasiados recursos en seguros privados de compañías extranjeras que no invertían sus ganancias en el país.

La premisa básica que cambia esta situación es la de un Estado interventor en la actividad económica y promotor del bienestar colectivo; en esta figura todos los miembros son asegurados y aseguradores de los demás, apegándose al principio de solidaridad, el cual cimienta las bases de lo que hoy conocemos como seguridad social.

“Así, la seguridad social se entiende como el conjunto de todos aquellos mecanismos diseñados por el Estado y la Sociedad, que pueden ser

reconocidos por la legislación, tendientes a subvencionar a los sectores sociales en virtud de su estado de necesidad, mediante prestaciones que complementen sus ingresos o los sustituya temporalmente, poniendo a resguardo su dignidad humana”.⁷

1.2.- SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

En México, la Industrialización (los años 30 a 40), es el punto de partida para la seguridad social, ya que aparece como respuesta a las necesidades del sector productivo y derivado de esto es que, ya implementada manejó diversidad de ritmos y cumplimiento en razón del crecimiento de las regiones o estados industriales.

El periodo de 1920 a 1945 fue la etapa en que se inició el sistema de seguridad social, durante el cual la institucionalización de la Revolución fue lo que sirvió como marco político para el sistema de las relaciones laborales y la política general distributiva.

Se dice que la seguridad social en México es resultado y logro de la Revolución Mexicana y se toma como bandera de la política cardenista de masas.

El proyecto elaborado por Ignacio García Téllez (Secretario de Gobernación durante la administración del Presidente Lázaro Cárdenas), que en ese entonces destacó sobre los muchos propuestos fue el que dio inicio a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social como aquella entidad que protegería a los trabajadores. Tanto éste, como varios de los proyectos del gobierno cardenista, fracasaron por la falta del nivel técnico y actuarial requerido para llevar a cabo la operación y por el ambiente de tensión que surgió a raíz de las expropiaciones del petróleo y los ferrocarriles, que impidió (a pesar del interés del gobierno) el establecimiento de la seguridad social.

⁷ Ruiz Moreno, citado por Hernández Cervantes Aleida, p.6

La seguridad social se crea entre los años 1943 y principios del 1944, en el marco de una modernización económica y social que se fue dando en todo el mundo; el modelo mexicano de seguridad social se tomó del modelo laborista de fines del siglo XIX, según el cual la protección de los trabajadores debería depender de sus aportaciones y de las cuotas de los patrones.

De acuerdo con el Dr. Guillermo Farfán, “La elaboración de la seguridad social del Estado Mexicano fue resultado de un acto gubernamental sustentado en la voluntad y en la visión del poder ejecutivo y realizada a través del liderazgo de un grupo de funcionarios estatales surgidos de una generación revolucionaria con un alto sentido pragmático de la política y con una capacidad de gestión burocrático-administrativa de tipo profesional.”⁸

Se dice también que la seguridad social es la cristalización de los avances en materia de justicia social que se encontraban detrás del triunfo revolucionario, y se incluyó además en el proyecto de vida democrática de la nación el derecho a la seguridad social, como señala el Doctor Narro Robles, al cual se le identifica como uno de los grandes anhelos del pueblo mexicano.

Como nos dice el Dr. Narro⁹, “La norma fundamental del país dio pie a la idea de la seguridad social como elemento de responsabilidad conjunta de los actores y factores de la producción, y reafirmó la participación en ella del Estado en su condición de promotor, ordenador y contribuyente solidario en distintas prestaciones y ramos del seguro”.

La seguridad social se volvió cada vez más importante en la vida cotidiana del país, ha sido pieza fundamental como elemento redistribuidor de la riqueza, como estabilizador y normalizador de la salud en México dentro de un esquema de justicia social, al formar parte de los compromisos de gobierno para brindar atención a todos los trabajadores.

⁸Farfán Mendoza Guillermo. *Los orígenes del Seguro Social en México, un enfoque neoinstitucionalista histórico*. Tesis Doctoral en Ciencias Políticas, UNAM-FCPyS, México, 2006.

⁹ Narro Robles José. *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*, FCE, México 1993. p.16

1.3.- EL DERECHO CONSTITUCIONAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL.

La materialización de los fundamentos de la seguridad social considerados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, contienen los principios básicos de libertad, igualdad y posibilidades de un mejor vivir merecedor de los ciudadanos, motivos observados en las luchas del siglo XIX y principios del XX, que se oponían a los privilegios y las desigualdades que el porfiriato había estimulado. Fue así, que la pugna formal por la equidad social era entendida como la igualdad de oportunidades y la reducción de las diferencias de clase, las cuales eran la meta de los derechos sociales.

La seguridad social quedó consignada en la Constitución como un problema de previsión social, es decir como un derivado de las prestaciones laborales y no como una cuestión de derecho social. La idea de seguridad social tuvo que aguardar a madurar varios años más, para llegar a ser entendida como un beneficio social de responsabilidad pública, obligatoria y de carácter federal.

“La Revolución mexicana como movimiento nacionalista que dentro de su dinámica y origen tuvo el interés por obtener la restitución de los derechos sociales y económicos arrebatados por la concepción del liberalismo decimonónico de privilegios como la propiedad privada sobre el interés social”¹⁰.

La cita anterior nos muestra que el movimiento revolucionario mexicano tuvo dentro de sus diversos intereses y motivaciones, la ganancia de lograr el bien social en su aspecto político y humano.

Esa misma Revolución, logró dar el sentido del Estado Institucional que versa en la cohesión social, motivada por el bienestar común que da inicio a la solidaridad social, aquella donde los derechos sociales les brindarían a los ciudadanos una vida mejor.

¹⁰Wallerstein Immanuel, *Después del Liberalismo*, México, Ed. Siglo XXI, edición 1996. p.139

Es así, que en diversos apartados de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establecen principios que dan legalidad a la seguridad social en distintos aspectos:

En su artículo 4º, párrafo tercero, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, de este artículo, surge la Ley General de Salud;

En la Fracción XVI del artículo 73 del mismo documento, se establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y sus disposiciones generales son obligatorias para todo el país;

En el artículo 123 constitucional, se garantizan estos beneficios como derechos del trabajador.

El artículo 4º constitucional, establece la obligación estatal de la “protección a la salud” entendida como:

- ✓ Prestación a servicios de salud.
- ✓ Servicio de salud como un bien público.
- ✓ Protección financiera.
- ✓ Protección a los riesgos.

Por otra parte, la noción de seguridad social limitada se encuentra en la redacción original del artículo 123, fracción XXIX, de la Constitución como un resumen de interés de los trabajadores, empresas y grupos de poder:

“se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros fines análogos, por lo cual, en tanto el gobierno federal como el de cada Estado, deberá fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular”.

(Redacción original del artículo 123, fracción XXIX).

En este sentido, el Dr. Narro también señala que *“la seguridad social es esencialmente, un instrumento de la política social para responder a las necesidades de una sociedad en un momento determinado. Su propósito radica en generar mejores condiciones de justicia y equidad, fortaleciendo la seguridad personal y familiar para mejorar los niveles de calidad de vida de dicha sociedad”*¹¹.

Los factores que influyen y condicionan las características de la seguridad social en un país, son los siguientes:

- ✓ Su naturaleza demográfica y epidemiológica (tasas de fecundidad, morbilidad y mortalidad).¹²
- ✓ Las condiciones económicas, laborales, políticas y sociales.

Al elevarse el derecho a la protección de la salud a nivel constitucional, es necesario reglamentar esta garantía social a través de leyes y reglamentos, así como la normatividad necesaria para definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. En palabras de Hernández¹³, “...para el derecho, la seguridad social es un conjunto integrado de medidas de ordenación estatal, para la prevención y remedio de riesgos personales mediante prestaciones individualizadas y económicamente evaluables”.

En México el derecho de salud se encuentra fragmentado dependiendo del movimiento laboral, esto quiere decir que no es un derecho universal sino que va

¹¹Narro Robles, José; Moctezuma Navarro, David; Orozco Hernández, Lourdes. Revista Economía UNAM, número especial 20 Mayo-agosto.

¹²*Morbilidad*, es el daño a la salud, es la enfermedad por sí misma. Su concepto puede ser individual o de una población específica y en un área geográfica determinada. Relación entre los enfermos y un área específica en un tiempo determinado. Se establece a través de la tasa denominada de morbilidad, que por lo general se calcula para causas específicas.

Mortalidad, relación entre el número de defunciones que ocurren por causas específicas y la población de un área determinada, se establece a través de una tasa y se obtiene tanto en forma general como por causas específicas.

¹³ Hernández Cervantes Aleida, *La Seguridad Social en Crisis, el Caso del Seguro Social en México*, editorial Porrúa, México, 2008, p.42

vinculado al tipo de relación laboral que maneje el trabajador y las prestaciones que deriven de su contratación.

Al considerar que no se puede omitir la profunda relación implícita que tiene el Estado con la seguridad social, ya que es una parte irrenunciable su obligación de servir a la sociedad, y dado que el gobierno es el encargado del diseño de proyecto de nación que deberá satisfacer, entre otros, trabajo, salud, educación y bienestar para la colectividad, en la actualidad se puede observar que el punto medular se encuentra en que la mayoría de las instituciones a nivel mundial - incluyendo las mexicanas-, se encuentran en crisis, la realidad social rebasó a las personas y a las estructuras que representan, además a la sociedad en general.

Durante el gobierno de Porfirio Díaz a la par de la Revolución Industrial, nace una incipiente clase obrera dentro de los sectores textil, petrolero y minero, asimismo para abril de 1910 se llevó a cabo la Gran Convención Nacional Independiente, en la que participaron los Partidos Nacional Antireeleccionista y Nacional Democrático, con la presencia de Abraham González, Roque Estrada, Martín Baca, Santos Azcona y Aquiles Serdán, entre otros. Ahí se plantearon compromisos para con la clase media, los intelectuales, los obreros y los católicos, entre los cuales destacan: libertad de enseñanza (para los católicos), posibilidad para los obreros y artesanos de fundar ciudades, crear escuelas-talleres, y emitir leyes sobre pensiones y accidentes de trabajo. Durante este evento, Venustiano Carranza corría el riesgo de verse rebasado si trataba de compensar o corregir su posición política, al negarse a reconocer los derechos de los campesinos sobre la tierra o los derechos de los trabajadores, por lo que tuvo que aceptar las demandas de la Convención, y años después, las decisiones del Constituyente.

En 1914, se establece el principio del Estado de servicio social, reconociendo su capacidad y el deber de regular la acción económica individual sin menoscabo de la libertad del ciudadano y la obligación de organizar a la sociedad en una

estructura que permitiera la protección de los débiles frente al libre juego de las leyes económicas.

Briseño Ruiz destaca que, “el Congreso Constituyente de 1917, al elaborar el artículo 123, determinó entre las garantías mínimas a los trabajadores, la obligación de los gobiernos federal y estatales de fomentar la creación de cajas de seguros populares, donde se protegiera al trabajador frente a la enfermedad, los accidentes, la cesación involuntaria del trabajo y a sus familiares frente a la muerte de los trabajadores”¹⁴.

Derivado del movimiento de la Revolución de 1910 en la Constitución de 1917, primordialmente en los artículos 3º, 27 y 123, se establecieron las bases para el desarrollo de un Estado social de derecho y un constitucionalismo social¹⁵, que se perfeccionaría con los años, con base en su capacidad de intervenir en la economía y distribuir el gasto público para bienes y servicios, lo que le dio un carácter solidario al bienestar social.

Como se aprecia en el cuadro No. 1, los diferentes Seguros de Salud se clasifican de acuerdo a los tipos de financiamiento y/o según el presupuesto de los usuarios.

Por ejemplo el financiamiento de la seguridad social está compuesto por una aportación tripartita a cargo del gobierno, patrón y trabajadores, los servicios públicos como los brindados por el sector salud, están compuestos por aportaciones del gobierno y las cuotas de recuperación de los usuarios registrados. Los servicios privados son pagados por patrones o individuos que pagan por servicio directo o a base de primas aseguradas.

La diferencia en este cuadro nos establece quien paga y que tipos de servicio recibe y en dónde.

¹⁴Briseño Ruíz Alberto, *Reformas al Seguro Social, golpe parejo*, 1a ed, México sin fecha, Edición personal; p.13

¹⁵Trápaga Reyes, Jesús. *El derecho social en México, problemas y perspectivas*, el cotidiano no. 99/2000; p. 5

Cuadro No. 1.- LOS DIFERENTES TIPOS DE SEGUROS DE SALUD DE ACUERDO A LOS FINANCIAMIENTOS EN MÉXICO.

SISTEMAS	SEGURIDAD SOCIAL	SERVICIOS PUBLICOS	SERVICIOS PRIVADOS
FINANCIAMIENTO	GOBIERNO FEDERAL IMPUESTOS FEDERALES PATRÓN IMPUESTOS DE NÓMINA EMPLEADOS IMPUESTOS DE NÓMINA	GOBIERNO FEDERAL IMPUESTOS FEDERALES SEGURO POPULAR CUOTAS DE RECUPERACIÓN	PATRONES INDIVIDUOS (PRIMA) PAGOS PAGO DIRECTOS POR SERVICIO
ORGANIZACION	ISSSTE PEMEX IMSS OTROS	IMSS OPORTUNIDADES SSA	SEGUROS MEDICINA PRIVADOS PREPAGADA
PROVISION	HOSPITALES PÚBLICOS CLÍNICAS PÚBLICAS MÉDICOS ASALARIADOS	HOSPITALES PÚBLICOS CLINICAS PÚBLICAS MÉDICOS ASALARIADOS	MÉDICOS PAGO POR EVENTO HOSPITALES PRIVADOS CLINICAS PRIVADAS
USUARIOS	I. TRABAJADORES ASALARIADOS II. BENEFICIARIOS DE ASEGURADOS III. JUBILADOS	I. POBLACIÓN ABIERTA II. COMUNIDADES RURALES III. SECTOR LABORAL IV. AUTOEMPLEADA	I. POBLACIÓN ABIERTA CON INGRESOS SUFICIENTES II. EMPLEADOS CON PRESTACIONES ESPECIALES

Sistemas de salud en México, fuente IMSS

1.4.-ORIGEN Y CONFORMACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El 31 de diciembre de 1942 se expidió la Ley del Seguro Social y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial. El decreto de creación del IMSS preveía la puesta en marcha de los servicios para el 1º de enero de 1944. Se cuenta como anécdota que hasta la noche anterior no se sabía qué hacer, y aún siendo

domingo, se les llamó a los fundadores para informarles que el Lic. Ignacio García Téllez había sido nombrado Director General¹⁶.

La reivindicación de la clase trabajadora cristalizó veintiséis años después, cuando el 19 de enero de 1943 nace el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con una composición tripartita conformada a partes iguales entre trabajadores, patrones y Gobierno Federal, que funcionaría como un organismo descentralizado, cuyos costos se compensarían entre un gran número de empresas y asegurados en un fenómeno colectivo de solidaridad industrial¹⁷.

Desde su fundación, el Instituto Mexicano del Seguro Social, es una de las instituciones más importantes del país; es también una organización que posee un gran pasado, un presente complicado y un futuro incierto, todos sus esfuerzos se han encaminado a lograr una organización, dirección y administración de sus recursos, que le permitan una operación adecuada que asegure el cumplimiento de sus postulados.

La Ley del Seguro Social, desde sus inicios, estableció disposiciones de orden público y de interés social como instrumentos esenciales para proteger al trabajador y a su familia, contribuyendo a mejorar su nivel de vida y bienestar social, a través de la garantía de su derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios bajo el amparo de esta ley.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social se constituye como un organismo público nacional, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que es la institución básica de la seguridad social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 de la Ley Orgánica de la

¹⁶60 años de servir a México, IMSS, Op.Cit, p.5

¹⁷60 años de servir a México, publicación del IMSS, en el 60º aniversario de la fundación; México 2003, p.5

Administración Pública Federal, y 4 y 5 de la Ley del Seguro Social vigente a partir del 1º de julio de 1997; que estará integrado por una Asamblea General, un Consejo Técnico, una Comisión de Vigilancia y un Director General.

La autoridad suprema del Instituto es la Asamblea, la cual se integra por 30 miembros designados: 10 por el Ejecutivo Federal, 10 por las organizaciones patronales y 10 por las organizaciones de trabajadores.

El Consejo Técnico será el representante legal y administrativo del Instituto y estará integrado por 6 miembros, más el Director General, que será su Presidente.

Los 6 miembros de este Consejo serán designados por la Asamblea, para cuyo caso cada uno de los tres grupos que la constituyen propondrá dos miembros propietarios y dos suplentes.

La Comisión de Vigilancia será designada por la Asamblea y el Director por el Presidente de la República.¹⁸

En orden cronológico, los Directores del Instituto Mexicano del Seguro Social han sido los siguientes:

1944-1946	Ignacio García Téllez
1946-1952	Antonio Díaz Lombardo
1952-1958	Antonio Ortiz Mena
1958-1964	Benito Coquet
1964-1966	Sealtiel Alatraste Ábrego
1966-1970	Ignacio Morones Prieto
1970-1975	Carlos Chávez Betancourt

¹⁸“*El Seguro Social en México*” 1943, edición propia; tomado de la Exposición del Ing. Miguel García Cruz, p.41

1975-1976	Jesús Reyes Heróles
1976-1982	Arsenio Farell Cubillas
1982-1991	Ricardo García Sainz
1991-1993	Emilio Gamboa Patrón
1993-2000	Genaro Borrego Estrada
2000-oct	Mario Luis Fuentes Alcalá
2000-2005	Santiago Levy Algazi
2005-2006	Fernando Flores Pérez
2006-2009	Juan Molinar Horcasitas
2009-2012	Daniel Karam Toumeh
2012-actual	José Antonio González Anaya

1.5.- SERVICIOS QUE OTORGA EL IMSS Y A QUIÉN BENEFICIAN.

Para cuando nació el IMSS se establecieron las responsabilidades de los patrones en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad.

En un principio, el Seguro Social sólo protegía al trabajador; pero como avance en relación a instituciones de otros países, a partir de 1949, los beneficios se extendieron a los familiares, con excepción en cuanto a la atención necesaria por motivos laborales, es decir que los beneficiarios solamente gozarían de la atención médica sin prestaciones sociales, ni subsidios económicos

Nacido en un periodo de crecimiento y estabilidad, el IMSS pudo financiar sin problemas su operación, mostrando gran capacidad para extender su cobertura, apoyado por un Estado que tendía a equilibrar tanto las necesidades de reproducción del capital como a garantizar cierta estabilidad social de la población; incluiría entre sus prestaciones la garantía, a futuro, de condiciones mínimas de bienestar a partir de un ingreso por cesantía, vejez e invalidez, mediante jubilaciones y atención

médica. Todo ello respondía a un concepto de seguridad social compuesta por un complejo sistema que, bajo la responsabilidad del Estado, influía en la mejoría de la calidad de vida y trabajo de la población asegurada¹⁹.

La protección que otorga el Seguro Social es mucho más que un seguro médico individual, ya que no se limita a la protección exclusiva del trabajador que cotiza sino que se amplía hacia la esposa e hijos, así como cubriendo los requisitos que marca la Ley también a sus ascendientes²⁰.

Las prestaciones que brinda la Ley del Seguro Social son múltiples y de muy variada naturaleza, de acuerdo con la contingencia de que se trate o en función de la política del Instituto, según los requisitos a reunir para obtenerlas y los derechos que se tengan para disfrutarlas.

La cobertura legal del IMSS es para los trabajadores del sector formal de la economía -y sus familias-, quienes pagan impuestos y son así cotizantes al Instituto. La Ley señala dos regímenes de protección del Seguro Social: el obligatorio y el voluntario.

El obligatorio incluye los seguros de riesgo de trabajo, enfermedades y maternidad, de invalidez y vida, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como de guarderías, el programa de mexicanos en el extranjero.

El régimen voluntario, también conocido como “continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio”, “continuación voluntaria”, “modalidad 40” y “Seguro voluntario”, es una opción que tienen los trabajadores que han dejado de cotizar al IMSS por carecer de una relación laboral, pero que quieren completar las semanas de cotización que les permitirán cumplir con los requisitos que requiere el derecho a la pensión, de esta manera podrán realizar esas aportaciones de manera personal. Para ello es necesario continuar cotizando antes de vencer 5

¹⁹ Gutiérrez Arriola Angelina. *México dentro de las Reformas a los sistemas de Salud y Seguridad social de América Latina*, 1a edición, 2002, México, Siglo XXI coed. Inst. Invest. Económicas de la UNAM. p.141

²⁰ Herrera Gutiérrez Alfonso, *Seguro Social Mexicano Tesis Jurídicas, Prestaciones que otorga*, México, 1961, p.227

años de baja con el último registro patronal y tener un mínimo de 52 semanas cotizadas en los últimos 5 años.

El IMSS proporciona prestaciones sociales que van más allá que únicamente la atención a la salud. Ha llegado a ser utilizado como factor de bienestar social integral de varios atletas de alto rendimiento, e incluso fue propietario del equipo de futbol "Atlante". Durante varios años fue propietario del famoso "Parque del Seguro Social", sede del equipo de beisbol Diablos Rojos del México.

Asimismo, cuenta con Unidades Habitacionales en diferentes entidades federativas, centros vacacionales con balnearios y hoteles, que inician en 1964 con Oaxtepec, Morelos como el primero, sumándose posteriormente los de Atlixco-Puebla, La Trinidad-Tlaxcala, Malintzin-Tlaxcala, y la unidad de congresos en el Distrito Federal. El sistema nacional de tiendas para los trabajadores, surgió en 1954 y estuvo conformado por 149 tiendas, con el fin de beneficiar a los trabajadores; los servicios funerarios básicos y complementarios se integraron con 16 unidades en 12 estados; hubo también teatros adquiridos durante la década de los sesentas y que integran la infraestructura cultural más grande del país con 74 unidades en varios estados de la República.

Se complementó con el servicio de guarderías institucionales y subrogadas, que tienen a su cargo el cuidado de los niños en beneficio de las madres trabajadoras aseguradas y los padres viudos o divorciados, que tengan a su favor la guarda y custodia de sus hijos.

Las unidades administrativas se expanden a lo largo de todo el país, y brindan atención a los propios trabajadores del Instituto y sus miles de asegurados para apoyo de todos los trámites necesarios.

Sin embargo, la parte más relevante del Instituto es la prestación de la Atención Médica.

En cuanto a infraestructura, en 1953 existían sólo cinco sanatorios en la Capital del País, que prestaban servicios a los derechohabientes distribuidos en diferentes rumbos de la ciudad: el Sanatorio Número 1, ubicado entre las avenidas México y Michoacán; el Número 2, especializado en Oncología, situado en la calle de Niños Héroes; el 3 en la calle de Inglaterra, en Coyoacán; el 4, de Traumatología, en las instalaciones de lo que había sido el Hospital Italiano, en la calzada de Tlalpan; y el 5 de Urología, en la calle de Colima. Posteriormente se incorporó el Hospital de Neuropsiquiatría en la colonia Santa María.

Ante la demanda existente, fue necesaria entonces la construcción de clínicas y hospitales propios. Al inaugurarse en 1954 el primer Hospital de Zona, mejor conocido como “el Hospital de la Raza”, se inició la etapa de construcción de hospitales modernos, amplios, suficientemente dotados de personal y equipo médico, con el afán de alcanzar la transformación de los viejos hospitales tradicionales.

Entre los años 60 y 70, se amplió la infraestructura institucional con diversas clínicas y hospitales a lo largo y ancho del territorio nacional, incluyendo al antiguo Centro Médico Nacional que pertenecía a la Secretaría de Salubridad, el cual resultó dañado en el terremoto de 1985 siendo reconstruido y erigiéndose como el actual Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El IMSS ofrece todos los servicios médicos a sus derechohabientes en tres niveles de atención:

1.- El primer nivel de atención médica, opera por medio de una red de Unidades de Medicina Familiar (UMF), popularmente llamadas “Clínicas”; que cuentan con los servicios de Consulta Externa, Medicina Preventiva, Estomatología, Trabajo Social, algunas con Nutrición y Dietética, Psicología, Epidemiología, PREVENIMSS, Salud en el Trabajo, Laboratorio Clínico, Radiodiagnóstico y

Farmacia; manejando turnos matutino y vespertino además de atención sabatina preferente para trabajadores. Asimismo, proporciona también servicios de Atención Médica Continua o de Urgencias que en algunos casos se encuentran adyacentes a Hospitales y funcionan con la zona médica de segundo nivel.

La estructura de una UMF se define en base al número de consultorios instalados, los cuales pueden ser de 1 a 40 o más, además de los servicios que tiene, por lo que es variable el número de personal de confianza, responsable de cada una de las áreas médicas y administrativas.

Este es un nivel básico de atención preventiva y diagnóstico.

2.- Las Unidades de segundo nivel son aquéllas que proporcionan atención médica, diagnóstica, curativa y de rehabilitación, dan seguimiento a los diagnósticos iniciados por el primer nivel, hasta el límite de su capacidad instalada y sus recursos médicos. Este nivel coordina a las Unidades Médico Familiares que corresponden a su ámbito delegacional, tienen residencia médica que permite fomentar la educación y la investigación en salud a través de programas con diferentes instituciones educativas, por ejemplo con la Facultad de Medicina de la UNAM, que envía a sus estudiantes a prácticas, así como a varias escuelas de enfermería públicas y privadas.

El segundo nivel tiene importancia intermedia, ya que constituye el canal directo de comunicación para favorecer el sistema de referencia y contra referencia médica entre el primer y tercer nivel de atención (es decir que canaliza el pase a la especialidad que sigue de acuerdo a la gravedad de padecimiento).

Este nivel de atención permite acercarse al apoyo médico curativo y/o correctivo, mediante una segunda opinión de cierta especialidad, con herramientas más amplias para el diagnóstico, una atención más integral en la unidad de Urgencias y

Hospitalización; así como el uso de quirófanos para la corrección de padecimientos operables, según sea el caso.

El 2° nivel, al mes de mayo de 2012, en todo el país se integró por 230 Unidades Médicas Hospitalarias, de dos unidades de apoyo y 18 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA, 9 autónomas y 9 anexas a Hospital)²¹.

3.- Las Unidades Médicas de tercer nivel de atención, son los ejes de la rectoría técnica-médica para las diferentes especialidades, además de que garantiza la continuidad y oportunidad en la atención de apoyo hospitalario en alta especialidad y de esta manera, logra el equilibrio de la atención médica en un ámbito geográfico definido.

Forman profesionales de salud de alto nivel en las diferentes especialidades, proporcionando el mayor enfoque a la educación en investigación médica (residencias médicas). Brindan apoyo técnico y de recursos necesarios para la operación de los servicios intrahospitalarios, de conformidad con los principios del proceso de apoyo hacia la autonomía de gestión.

Este nivel es manejado como el último beneficio de atención médica dentro del Instituto, con el diagnóstico más especializado que se puede obtener. Cada Unidad maneja una sola especialidad de manera exclusiva, por ejemplo: el Hospital de Cardiología, Pediatría, Oncología, Gineco-Obstetricia, entre otros, ubicados en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, Centro Médico la Raza o Centro Médico de Occidente, por mencionar algunos.

Históricamente, hasta 1994, las decisiones para otorgar los servicios de la Institución se tomaban de manera centralizada, lo cual ocasionaba una estructura compleja, pesada y desigual; esto debido al enorme tamaño del IMSS que hacía

²¹Manuales de Organización de las Unidades Médicas Hospitalarias de segundo nivel de atención, clave 2000-002-005.

uso de una gran burocracia y obtenía baja eficiencia con servicios de alto costo (como en el caso del suministro desde la ciudad de México a los estados de la República). Con el afán de superarlo se reestructuró en sentido vertical y se llevó a cabo una descentralización y desconcentración regional de servicios, *“la directriz fundamental es priorizar la medicina preventiva en Unidades Médicas de primer nivel, teniendo como eje los centros Hospitalarios de especialidades”*²².

Las Unidades Médicas Familiares y las Unidades de tercer nivel, se reubican en los polos de desarrollo alrededor de las empresas importantes del país, correspondiendo a su importancia económica y concentración de población asegurada y en este proceso, se divide al Distrito Federal en dos regiones en lugar de las cuatro anteriores (norte, sur, noreste y sureste).

Las siete regiones quedaron integradas de la siguiente manera:

1. Distrito Federal Sur, Siglo XXI: Delegación 3 y 4 DF; y los estados de Guerrero, Morelos y Chiapas.
2. Distrito Federal Norte, la Raza: abarca Delegaciones 1 y 2 del DF; y los estados de México, Querétaro e Hidalgo.
3. Regional Norte: con Sede en Monterrey, que incluye a San Luis Potosí, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua, Durango y Zacatecas.
4. Regional Occidente: Guadalajara incluye Colima, Michoacán, Nayarit, Guanajuato, y Aguascalientes.
5. Regional Noreste: Hermosillo, incluye Baja California, Baja California Sur y Sinaloa.
6. Regional Sur: Puebla, Oaxaca, Tlaxcala, Veracruz y Tabasco.
7. Regional Oriente: incluye Yucatán, Campeche y Quintana Roo.

²² Gutiérrez Arriola Angelina. Op. Cit. p.158.

En apoyo específico a las zonas marginadas, el Instituto operó con el programa IMSS-Solidaridad que para el año de 1999 dispuso de una red de 3,606 unidades médicas rurales, y que posteriormente se transformó en el programa institucional IMSS-Oportunidades, que otorga servicios integrales de salud gratuitamente a personas en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas.

Como conclusión de este primer capítulo, queda asentado que el Instituto Mexicano del Seguro Social es el principal instrumento de solidaridad social, empleado por el Estado mexicano para garantizar la salud de los trabajadores afiliados por sus patrones junto con sus beneficiarios y del cual se vale a su vez para responder al mandato constitucional del derecho a la salud. Asimismo, queda en evidencia el esbozo de la compleja relación política que se establece entre el gobierno federal, el Instituto y el servicio a la población derechohabiente, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2.- EL GOBIERNO FEDERAL Y EL ABASTO DE MEDICAMENTOS DEL IMSS, CON RELACIÓN A LA SALUD DE LA POBLACIÓN

En este capítulo se hará referencia a la relación que existe entre el ejercicio gubernamental y el proceso de abasto de medicamentos en el IMSS, a partir de la cual se afecta directamente la calidad de atención hacia sus derechohabientes.

2.1.- RELACIÓN GOBIERNO-IMSS.

Como se estableció en el capítulo anterior, la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo de sus derechohabientes; así como el otorgamiento de una pensión previo cumplimiento de los requisitos legales.

Ante las crecientes necesidades y demandas sociales, el gobierno debe desarrollar y ampliar las modalidades de seguridad social para brindar una mejor atención a la población actual y a las nuevas familias que demandarán, y tendrán derecho al servicio, así como dar cobertura a quienes no tienen esta protección.

El Estado es un conjunto de instituciones fundadas en el derecho de las personas, de los grupos y de los pueblos que debían permitir no sólo atender las necesidades sociales más importantes.

Para la seguridad social, el Estado se compromete a ser garante del bienestar social y desde su fundación, el IMSS se ha constituido como la principal institución de seguridad social en el país, con la responsabilidad de proteger a los trabajadores y sus familias contra los riesgos que afectan su salud.

Desde 1982, a partir de la política tecnócrata de los priistas, los rubros de salud y seguridad social, se vieron afectados por la obligatoriedad de reformarse a partir de “preceptos gerenciales abstractos”, que no aterrizaron en la tierra de la política pública y que estaban alineados al discurso del Banco Mundial.

La intención de este organismo, se inclinó hacia la privatización de actividades estatales de carácter social potencialmente “rentables”, donde la empresa privada es una fuente adicional de extracción de ganancia.

En 1998, el gobierno tramitó un préstamo del Banco Mundial por gestión del IMSS, por un monto de 700 millones de dólares para establecer el Programa de Reformas al Sistema de Salud recomendado por dicha institución financiera, y 30 millones más para asistencia técnica. El préstamo estuvo condicionado a que el IMSS cumpliera con las políticas señaladas por el Banco Mundial a su satisfacción, siendo las más relevantes:

- La separación entre las áreas de financiamiento y las áreas de atención médica.
- Alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros.
- Alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado.

El desmantelamiento del IMSS empezó, en tal sentido, por las Afores, es por demás conocido que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional orientan las reformas estructurales en el plano social de los países latinoamericanos, sus propuestas en materia de salud y seguridad social se encuentran ampliamente documentadas: se instruye a los gobiernos a financiar exclusivamente un conjunto de “servicios clínicos esenciales de salud”-definidos a escala nacional-, que para el caso de México, le llamarían “Paquete Básico de Servicios de Salud” (tales como vacunaciones, polvos anti diarreicos, métodos de planificación familiar,

antiparasitarios); con lo que el Estado justificaría el cumplimiento al derecho constitucional a la salud.

Ello permitiría que el resto de la atención a la salud se financiara de manera privada y a través de seguros sociales subrogados o por contraprestación de servicios.

Lo anterior marcó la fragilidad de la capacidad financiera del IMSS como consecuencia de la sustracción de la contribución de los trabajadores, y la disminución de la capacidad resolutive de las Unidades Médicas del Instituto; es decir, el IMSS tendría que dar atención con menos recursos a una población proporcionalmente más grande, de mayor edad y con mayores problemas de salud.

Lo anterior generó un efecto de verdades inobjetables y propósitos ocultos como la implantación de una deliberada política de contención de salarios para los prestadores de servicios del Instituto, el desabasto de insumos y medicamentos, y la toma de decisiones altamente centralizadas por la dirección del Instituto.

Las reformas del IMSS significaron, en el corto plazo, abrir puertas a la competencia externa en el marco de la inminente apertura del mercado nacional de salud y de las exigencias de las transnacionales privadas de la salud.

En marzo del 2007, durante el Diplomado de Dirección Estratégica impartido en el centro de capacitación, se revelaron líneas que instruían a los directivos de hospitales para entrar a la <globalización y competitividad en el sector salud ante el nuevo milenio siglo XXI, donde se analiza la competitividad mundial y su impacto en centros de salud asistenciales>.

La primera aproximación para desarrollar dicha estrategia era ubicar en qué lugar se encontraba el país competitivamente hablando, a partir de contextualizarlo

mediante un Diagnóstico Institucional que determinara la VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS, tomando a la modernización como pauta dentro del entorno económico, social y político de todo el país, en especial el que atravesaba particularmente en ese momento el IMSS.

En tal contexto, debía entenderse que la modernización se produciría siempre y cuando se propiciara que los individuos y las organizaciones de salud-médicas asistenciales orientaran sus actividades hacia la transformación de sus actos, en los cuales se establecieran las condiciones óptimas para alcanzar la modernización en el proceso de cambio económico, obligado para países en desarrollo²³.

Lo anterior debía ser llevado a cabo -día a día- con un mayor sentido de superación constante, es decir obteniendo mayor armonía al producir con calidad similar para usuarios externos e internos, cuya descripción es la siguiente:

- Internos: personal médico, técnico de diagnóstico-asistencial, técnico de apoyo, administrativo y operativo del hospital.
- Externos: derechohabientes, autoridades e instituciones afines, en el sector salud.

En cuanto a la difusión de la modernización, se declaraba que:

“MODERNIZAR NO SIGNIFICA necesariamente hacer mayores inversiones en equipo o instalaciones Médicas que sirvan de escaparate. ES PRODUCIR los Servicios de Atención Médica requeridos de una población demandante y cambiante, con costos reducidos y distribución accesible y competitiva.

²³ Esquema de la Nueva Gerencia Pública

ES CONOCER con precisión y atender con oportunidad todas las necesidades de usuarios (pacientes), clientes, (familiares) clínicas, hospitales y autoridades del IMSS.

ES PROPICIAR las relaciones de colaboración y no confrontación entre todos los miembros de la comunidad IMSS.

ES CREAR y apoyar sistemas Administrativos más participativos entre todos los actores.

ES menos centralismo, menos burocratización para su funcionamiento.

ES RECONOCER la interdependencia y las cadenas de los ciclos productivos fortaleciendo el eslabón más débil dentro del Proceso de Atención de Seguridad Social que se realiza en el IMSS.

*MODERNIZACIÓN Y CALIDAD SON SINÓNIMOS que deben provocar el éxito o el fracaso de toda la Institución de Salud-Asistencial en su conjunto”.*²⁴

La manera de llevar a cabo dicha competencia giraba en torno a la reorganización de sus estructuras y procesos básicos, con la certificación de competencias al definir niveles de autoridad y responsabilidad; actualizar y revisar las estructuras de organización y operación de los Servicios Médico-Asistenciales, marco jurídico, legal y administrativo; recomposición del mercado de salud-asistencial, nuevo enfoque al usuario y al cliente.

Las nuevas propuestas brindaban las políticas para conseguir la Certificación Internacional de Cumplimiento de Normas ISO-9001-2000, acorde con la Calidad Total y Mejoramiento continuo de los Servicios de Salud de la Delegación Sur del D.F.

Tales cursos se impartían a Directivos, Administradores y Jefes de Servicio de las Unidades Médicas para que estuvieran listos con la nueva actitud de competencia ante el enorme reto que presentaba la economía global, caso globalización y

²⁴ Citado del material del curso de Administración Hospitalaria, marzo 2007.

modernización en el sector (enfoques a la productividad, calidad total y competitividad del hospital), dando continuidad a los procesos técnicos, alcanzando bases de excelencia en sus servicios de salud delegacionales.

La intención, a todas luces, era que las instituciones del país debían manejarse como empresas donde los conceptos COMPETIR, COMPETITIVIDAD Y COMPETENCIA, eran sinónimos.

2.1.1 - EL IMSS DURANTE EL SEXENIO DEL PRESIDENTE VICENTE FOX QUEZADA (2000-2006)

A manera de reflexión de manera retrospectiva, puede señalarse que las características que distinguieron al sexenio de Vicente Fox Quezada, primer presidente de la República perteneciente al Partido Acción Nacional del 2000 al 2006 en México, fueron la ambigüedad, el desatino, la frivolidad, y la negligencia, que se reflejaron -como en todo- también en el contexto de la seguridad social.

La infraestructura sanitaria del país es una malla, amplia, flexible, nacional, plural y diversa que se apuntala en tres soportes regionales: norte, centro y sur, cada uno como una onda con sus operaciones particulares.

En este tiempo se cimentaron el desempeño de los sistemas de salud, en sus bases totalmente financieras y cuyo protagonista sería el prepago, origen del “Seguro Popular”, desbancando al seguro de la familia propio del Instituto, para ampliar y universalizar la cobertura de salud, a costos accesibles y con reinversión de cuotas.

El sexenio foxista, emprendió la cruzada por la “Calidad de los servicios de salud”, realizando programas con metas y objetivos, principalmente administrativos, por ejemplo “la Certificación de las Unidades Médicas de Segundo Nivel”, en todo el

Sector Salud. Estas certificaciones pretendían estandarizar infraestructuras y personal de un centro hospitalario a nivel globalizado, no obstante con la obviedad de la problemática particular de cada institución y país.

Dentro de las acciones en la Delegación Sur del Distrito Federal tenemos por ejemplo, en uno de los puntos a revisar por los certificadores internos y externos, estaba el mobiliario y estructura donde solicitaban básicamente (de manera totalmente razonable), que la unidad contara con instalaciones adecuadas para personas con capacidades diferentes en los sanitarios. Dado que en el Hospital General de Zona No. 8 de San Ángel (como en muchas otras ya que se está haciendo referencia a hospitales edificados en los años cincuenta), no se contaba con ese tipo de instalación, por lo menos en el área de consulta externa, y como las modificaciones requerían presupuesto, autorización y remodelaciones que eran difíciles de hacer sobre lo que tenía muchos años de construido, se procedió a la reconstrucción de varias áreas junto con la construcción de un anexo totalmente nuevo para consulta y hospitalización de medicina interna (específicamente de diálisis).

En cuanto a la profesionalización del personal de salud, otro punto era contar con la documentación que avalara las capacidades profesionales de los médicos y enfermeras, por lo que en el año 2008, cuando el mismo hospital entró al proceso de certificación, se les requirió a todas las enfermeras que proporcionaran copias de sus títulos y cédulas profesionales, según su categoría (auxiliares, licenciadas, especialistas o diplomadas), a lo cual menos del 10% del total cumplió con dicho requisito.

El proceso de contar y cubrir los requisitos mínimos para obtener la certificación es tan dilatorio, que hay unidades que permanente e indefinidamente se encuentran en “certificación”, aunados a que incluso la dan por hecho aún no estándolo.

Ahora bien, es de observarse el hecho de que se puede realizar una “certificación” de un proceso en específico. En enero de 2013, se llevó a cabo la certificación del Hospital General de Zona 2-A “Troncoso” como hospital amigo del niño y de la niña.

Es decir, comprendía únicamente al proceso de lactancia materna, el cual es un proceso específico que promueve exclusivamente la alimentación neonatal de manera natural sin fórmulas lácteas, ni biberones o chupones.

Durante la administración del gobierno del presidente Fox, el Banco Mundial extendió las recomendaciones que apuntaban al fortalecimiento de las iniciativas de salud ya en curso, postulando 8 principios²⁵:

1. Una clara separación entre financiamiento y prestación de servicios de salud, como elemento clave para introducir la competencia, transparencia y rendición de cuentas.
2. Descentralización de la responsabilidad administrativa y la rendición de cuentas, del centro hacia el nivel en el cual pueda responder mejor a las necesidades de los consumidores.
3. Desarrollo de mecanismos de mercado interno y cambios en la modalidad de reembolso a proveedores para asegurar que los recursos lleguen a los pacientes.
4. Mayor rendición de cuentas a los pacientes, ofreciéndoles opciones en términos de prestadores, (es decir mayor oferta de atención médica en diferentes lugares y no sólo en el IMSS) y el uso de médicos familiares como porteros en la entrada del sistema, para también tomar las decisiones de compra en su oferta, (el médico puede sugerir otro tipo de atención en lugares privados a los pacientes que tengan posibilidad financiera).
5. Búsqueda del nivel más alto de calidad y valor de la atención con los recursos disponibles en el sistema.

²⁵ Leal, F. Gustavo. *El IMSS bajo el Foxismo*. imagenmedica.com.mx. Cap. 4, p.5

6. Clara definición de un paquete de servicios esenciales para ser garantizados por todas las instituciones públicas y privadas.
7. Introducción gradual de la competencia entre todos los proveedores.
8. Garantizar un alto grado de flexibilidad que facilite las variaciones en los servicios locales para responder a sus necesidades específicas, así como para probar modelos alternativos de financiamiento, prestación y cambios estratégicos a través del proceso de reforma.

En el año 2000 se nombró a Santiago Levy como Director General del IMSS, y fue en esa administración donde se impulsaron los programas integrales de salud, iniciando la campaña “Prevenimss”, que daba continuidad al “Programa Nacional de Salud” promovido por Julio Frenk, Secretario de Salud. Este programa que responsabilizaba al paciente del “auto cuidado de su salud”, y lo culpaba del abandono de los tratamientos que el IMSS le había prescrito. En dicho postulado el punto de quiebre se situó en el límite de la responsabilidad del auto cuidado y la obligación del Instituto de proveer lo necesario para su salud.

En el 60 aniversario del IMSS, Fox en la ciudad de Davos, Suiza, sostuvo un encuentro con los representantes de laboratorios farmacéuticos como Novartis, y Glaxo Smith and Kline, en el que sostuvo que “mejoraría el abasto de medicamentos e indicó un plazo de tres meses para solucionar la problemática²⁶”.

Fue en ese entonces, cuando la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, reportó al desabasto de medicinas en el IMSS como la principal demanda.

El director Levy lanzó el mensaje de que el IMSS tenía un gran problema en el “fuerte pasivo laboral”, cuya problemática sería insostenible a la larga²⁷.

²⁶ *Ibíd*em, p.2

²⁷ *Ibíd*em, p.4

En la decimocuarta Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social, celebrada en la Ciudad de México, Christopher Daykin, Jefe de la oficina del Reino Unido y Presidente de la Asociación, contradujo lo proclamado por Levy, diciendo que *“los problemas del IMSS son a largo plazo y son situaciones generales de varias Instituciones de Seguridad Social”*, también comentó que el problema debía buscar la solución en una *“estrategia que mejore la calidad de los Servicios y gane la confianza de la población, lo cual no ha sucedido y lo demuestra la recomendación número 4-2003, caso sobre el desabasto de medicamentos y deficiente o nulo surtimiento de recetas en los almacenes y farmacias del IMSS, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos”*²⁸.

Durante la comparecencia de Santiago Levy ante la Cámara de Diputados el 11 de noviembre de 2003, los legisladores le hicieron mención de tres errores que se denotan claramente en su administración:

Primer error, el cambio en el mecanismo de financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad, que disminuyó las cuotas patronales en más de un 30% y aumentó las del gobierno.

El segundo error, en el caso de las guarderías, donde también disminuyó la aportación patronal del 1 al .08 %, bajo el supuesto de que crecería el empleo y mejorarían los salarios (lo que tampoco ocurrió)²⁹.

El tercer error fue el desabasto crónico de medicamentos, que por encima de la “indicación” del Presidente Fox, de que se solucionara inmediatamente, fue el problema que ocasionó-hasta la fecha- el deterioro en la calidad de los servicios y el incremento de sus costos.

²⁸ Ibídem, p.5

²⁹ Ibídem, p.6

En el 2001, el Dr. Onofre Muñoz, titular de Prestaciones Médicas, señaló que se procuraría la afiliación de 300 mil familias al seguro voluntario, para que con esos recursos mejorara la prestación de los servicios y se procurara la bonificación que estimularía al personal, lo cual nunca ocurrió³⁰.

En este tiempo, los servicios de salud institucional fueron en declive, no hubo el mencionado “cambio”, por el contrario, se mantuvo la continuidad y el apego a las recomendaciones del Banco Mundial, que controlaron al Instituto mediante las reformas a la Ley del Seguro Social de 2001 y 2005.

Si se parte de que la seguridad social, junto con la educación, son los principales soportes de la cohesión social interna del país, sería lógico sostener que las políticas sociales deberían ser estratégicamente programadas y aplicadas.

Por otro lado, también se instrumentó la medición mediante los indicadores establecidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), orientados a vigilar la “productividad”, en términos de costo-beneficio, así como de aprovechamiento de la capacidad instalada.

El gobierno foxista se dedicó a ver por un ciudadano global, que fuera responsable de su salud, promoviendo una intervención limitada a la medicina preventiva que ofrecía de manera muy básica, el incipiente “Seguro Popular”, contra la medicina “curativa” para las enfermedades crónico-degenerativas que atacan a la población, la cual enfrenta una aguda problemática para resolver su calidad de vida, situándose ante la disyuntiva de acudir a la medicina institucional deficiente o a una medicina privada muy costosa y en ocasiones imposible de solventar.

La deficiencia con la que atiende el IMSS, no sólo es por falta de recursos, sino que durante estos últimos sexenios no se ha trabajado con proyecto de país en el que la seguridad social tenga presencia, se ha visto como una competencia de

³⁰Ibídem, p.6

mercado, sin tomar en cuenta que su origen era la búsqueda del bienestar integral de los trabajadores del país y sus beneficiarios, así como la atención médica que redujera al mínimo los costos financieros que arrojaba la pérdida de la mano de obra temporal por incapacidad laboral.

“Con la llegada del Partido Acción Nacional al poder en el año 2000, y contrario a lo que la mayoría de sus votantes esperaba, el gobierno de Vicente Fox Quesada inició un ataque frontal, feroz y despiadado contra todo lo que ofrecía el Estado al pueblo y sus trabajadores en materia de salud y seguridad social”³¹.

2.1.2.- EL IMSS EN EL SEXENIO DEL PRESIDENTE FELIPE CALDERÓN HINOJOSA (2006-2012).

El Director General del IMSS, nombrado por Calderón al tomar la presidencia en el segundo relevo del “cambio” panista fue el politólogo Juan Francisco Molinar Horcasitas, quien llevó a cabo un llamado “pobre” papel continuista, ya que en ningún momento las estrategias políticas del foxismo tuvieron la intención de mejorar los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social ni tampoco estructurar los cambios que eran necesarios, por lo que de igual manera se continuó con la inercia, ya que resultó notorio que para los puestos de importancia nacional casi siempre se designe a personas que carecen de conocimiento acerca de la operación del Instituto.

El diagnóstico del recién estrenado funcionario fue “*que el Instituto enfrentaba problemas de abasto de medicamentos para surtir las recetas y se comprometió a buscar soluciones*”³².

³¹ Leal, Fernández Gustavo, *El IMSS bajo el calderonismo, el pliego hostil de Molinar Horcasitas*. ADN Editores; 2a edición, México 2009. Prólogo, p.11

³²Ibídem, p.19

Para agosto de 2006, después de terminar la primera medición externa de surtimiento de medicamentos en las farmacias del IMSS, que arrojó un porcentaje del 92.1 por ciento, hace notar que para el director general “*el abasto de medicamentos*” no está bien, y se agudiza más en los fines y principios de cada año, siendo esto ocasionado por el término y arranque de contratos de duración anual.

Desde el 10 de febrero del año 2003, la Comisión de Derechos Humanos hace la Recomendación Número 4-2003, específicamente sobre el desabasto de medicamentos y el deficiente o nulo surtimiento de recetas en las farmacias y almacenes del IMSS.

Esta gestión administrativa del Instituto, desestima el problema integral, señalando que “*era consecuencia de la distribución, más que de adquisición*”³³, rehuendo así el conflicto de las sospechas que había por la corrupción alrededor de las adquisiciones.

En resumen, este gobierno dio continuidad a lo ya juzgado y sentenciado para el IMSS, avisando de manera reiterada el “*peligro de muerte*” o de quiebra.

En febrero de 2007, aprovechando el foro Reunión de Grandes Empresas de Coparmex (Confederación Patronal de la República Mexicana), Molinar expresó que sólo habría IMSS para cinco años, y que para antes del 2012 sería insolvente para atender la demanda de servicios médicos de la población³⁴.

En cuanto al abasto, en ese momento el IMSS se encontró con la problemática de que el gobierno llevaba a cabo contratos multianuales con las empresas que él mismo designaba mediante “*licitaciones*”, que ofrecían el mejor precio.

³³Ibídem, p.19

³⁴Artículo en La Jornada, 4 de abril, 2007.

Un ejemplo de esto es el conflicto de intereses creado alrededor del cambio súbito, de diciembre de 2006 a enero de 2007, ya que por muchos años la empresa Baxter, S.A de C.V, fue proveedora de las soluciones para diálisis que resultan indispensables para los pacientes con enfermedades renales crónicas, y ya entrado el sexenio se había autorizado un contrato “multianual” por cinco años para la empresa PISA, S.A de C.V. desatando una serie de inconformidades por parte de los pacientes, ya que debían de realizarse varios cambios importantes en cuanto a la instalación de maquinaria para sistemas automatizados de diálisis domiciliaria, el surtimiento de la dotaciones por paciente en su domicilio, capacitaciones a familiares, así como la elaboración de censos correspondientes. Mientras que las soluciones de Baxter dejaron de surtirse de manera inmediata, ya que no se renovó contrato, se puso en riesgo la vida de los pacientes que llevaban a cabo estos procedimientos -con la periodicidad determinada por horario-, al no contar con los materiales insustituibles para sus tratamientos.

Bajo este contexto, se presentaron casos de desabasto en varios medicamentos que tenían patentes vencidas y se tuvo que recurrir a empresas afines al Instituto, que vendían a precios variables. La creación de las UMAES (Unidades Médicas de Alta Especialidad), con presupuestos propios, tenían como premisa terminar con el desabasto, pero al final de cuentas no fue así; según el gobierno las adquisiciones mejoraron, se procuraba conseguir “*el mejor precio de medicamentos*”, pero no abastecían y el problema persistió.

2.2.- LA SALUD Y EL GOBIERNO.

Entendida en un sentido amplio, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental en un contexto ecológico-social propicio para el sustento y el desarrollo. La salud descansa en la esfera integral de desarrollo de una persona que interactúa en su ámbito económico, social y cultural, repercutiendo en su bienestar de manera completa y siendo una

parte imprescindible del desarrollo de una sociedad que tiene que proveer la igualdad y justicia como derecho para todos.

La salud requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad, vitalidad física y mental de los individuos en todas las circunstancias en que puede correr un riesgo: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente.

La asistencia y la seguridad social complementan a la salud, haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social en esta materia. La asistencia social busca incorporar a los individuos que lo requieran, a una vida digna y equilibrada en lo económico y social, principalmente menores en estado de abandono, en general desamparados y con capacidades diferentes.

La seguridad social atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros, garantizando la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

El discurso del gobierno de Felipe Calderón Hinojosa, fue que en los últimos años, a pesar de las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país, proclamó mejoras en las condiciones generales de bienestar, presumiendo como uno de los logros más importantes de su sexenio el del famoso “seguro popular” que otorgaba cobertura universal de salud a la población.

Este discurso puede, sin embargo, ser debatido desde diferentes posiciones, porque si bien arroja un gran registro de usuarios de dicho programa, la mayoría tiene que hacer un prepago de servicios médicos. En algunos lugares como las zonas marginadas y suburbanas, tal registro sólo es en papel, ya que no hay infraestructura adecuada para brindar atención médica o aún más, no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud, ni la calidad deseable y subsisten en

general limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento.

El objetivo del Plan de Desarrollo Nacional de 2006 -2012, era ampliar la política de salud, asistencia y seguridad social persiguiendo el impulso a la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones sociales oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuvarán efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con la intervención de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios.

Al inicio del gobierno de Felipe Calderón Hinojosa, como premio a su coordinador de campaña se le otorgó la dirección del Instituto Mexicano del Seguro Social, a Juan Molinar Horcasitas, quien pretendió darle “continuidad” al diagnóstico del Presidente Fox y Santiago Levy. Este diagnóstico, privilegió el mismo tenor de negarse a incrementar las cuotas obrero-patronales a cambio de “ponerse duros” en la recaudación y hacer “ahorros”³⁵.

En un primer vistazo a la problemática del Instituto, se encuentra con que el surtimiento de medicamentos en las farmacias era de 92.1 % y, con una seguridad a medias, el director general declara que estaba consciente de que “*el abasto no estaba funcionando y que la naturaleza cíclica del problema lo hacía más grave al principio y final del año*”³⁶.

Esto ya había sido señalado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación Número 4-2003 (caso sobre el desabasto de medicamentos y deficiente o nulo surtimiento de recetas en los almacenes y farmacias del IMSS, Comisión de Derechos Humanos, 10 de febrero), que hace un amplio referente de

³⁵ Leal Fernández, Gustavo. Op.Cit. p.11

³⁶ Ibídem, p.19

las quejas, la enorme problemática y sobre todo la violación a la Constitución en cuanto a que el gobierno a través de su paraestatal es el garante de cuidar y proporcionar los medios para mantener la salud y la seguridad social para la población trabajadora y beneficiarios que tienen derecho según la Ley.

Bajo la dirección de Molinar Horcasitas, el ambiente institucional en el IMSS se vuelve muy tenso y hostil, ya que exhibe a los trabajadores como los “privilegiados” y causantes de todos los problemas económicos del IMSS, a consecuencia del disfrute de las prestaciones del contrato colectivo de trabajo.

Todo con un trato mediático preponderante y que lesiona al trabajador y violentaba a la sociedad. Después, en un doble discurso, “reconocía” el esfuerzo que a diario realizan sus trabajadores para prestar sus servicios a los derechohabientes a pesar de las carencias.

Poco después, por conducto de la Comisión Federal de Competencia, se realiza una investigación acerca de las irregularidades entre las empresas farmacéuticas que le vendían al IMSS.

Ante la irregularidad entre los precios ofertados por las empresas y laboratorios farmacéuticos, el IMSS señala topes o límites de precios como candados para regular la adquisición de medicamentos como los llamados precios unitarios (P.U.U.), que se manejan por pieza por volumen establecidos dentro de los Catálogos Institucionales, lo que pretende evitar la discrecionalidad y generar la competencia. Los precios regulados sobre el volumen de medicamentos que compra el IMSS anualmente y que representan mil millones de cajas de medicamentos y material de curación, con lo que se surtían 120 millones de recetas atendidas en 1256 farmacias repartidas en el territorio nacional, donde Jalisco, Nuevo León, el Estado de México y el D.F, son quienes manejan los mayores volúmenes de medicinas.

La necesidad del medicamento se relaciona con las patologías con mayor morbimortalidad como son las enfermedades crónico-degenerativas que desde hace algunos años afectan a la población mexicana: diabetes, hipertensión, cáncer, patologías renales crónicas, VIH-Sida y los tratamientos para pacientes trasplantados de algún órgano, que cada día son para una población más amplia y altamente demandante.

No obstante, en esta etapa es Molinar Horcasitas el que declara que para el 2012 el IMSS sería insolvente y estaría técnicamente quebrado.

La gestión de este Director General se caracterizó por el confrontamiento abierto entre la parte institucional y sindical, donde los 49 millones de derechohabientes y los 14 millones de trabajadores que cotizaban para obtener los beneficios a que tienen derecho, continuaron en la situación de carencias y desabasto, además de que los empleados fueron objeto del señalamiento por parte de los medios y la sociedad, que los responsabilizaba en mayor medida.

2.3.- CRISIS DEL GOBIERNO ANTE EL DESABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL IMSS, ACCIONES DEL CALDERONISMO.

Siendo José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud, decía que “el suministro oportuno de medicamentos para la atención de la salud es uno de los ejes rectores que guían los esfuerzos del Sector Salud para dar cabal respuesta a las demandas legítimas de la población mexicana, contribuir a salvar vidas, recuperar la salud y elevar la esperanza de vida de la misma”³⁷.

El gobierno mexicano, durante los años de 2007 a 2012, establece la estrategia para lograr un México sano, y parte fundamental es la Política Nacional de Medicamentos, propuesta que se formuló a partir de 4 ejes principales:

³⁷ Programa de acción específico 2007-2012, Gobierno Federal, mejora del acceso a medicamentos; p.8

- ✓ Calidad.
- ✓ Eficacia y seguridad.
- ✓ Disponibilidad y acceso.
- ✓ Innovación y uso racional.

Esta política nacional, se encamina a la promoción del desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud. Todo esto bajo el lema gubernamental de “vivir mejor”, incluido dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Se firma entonces, el 26 de febrero de 2007, un acuerdo entre integrantes del sector salud, público y privado con el “*compromiso para establecer una política nacional que garantice la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos*”³⁸, estableciéndose 14 compromisos:

1. Celebración de actos jurídicos necesarios.
2. Adopción de acuerdos.
3. Cultura prescriptiva.
4. Formación de grupos de trabajo.
5. Promoción de la productividad y competitividad.
6. Información.
7. Atención de la demanda.
8. Uso de medios electrónicos.
9. Promoción de la competencia.
10. Disponibilidad.
11. Cuadros básicos y catálogos de medicamentos.
12. Fortalecimiento de la cadena de abasto.
13. Contrataciones consolidadas.
14. Control de inventarios.

³⁸ *Ibíd.*, p.11

Dentro de este contexto, la Dirección de Procesos Logísticos dirige sus esfuerzos al Programa de Mejora de los Procesos de la cadena de suministro, con enfoques hacia la eficiencia contando con tres principios ordenadores del Sistema Nacional de Salud en materia de medicamentos, que son:

- a. El Cuadro Básico y Catálogos de medicamentos, elaborado y difundido por el Consejo de Salubridad General.
- b. Obligatoriedad de las Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de ajustarse al Cuadro Básico y Catálogos de Medicamentos (artículo 28 de la Ley general de Salud y acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2002).
- c. Obligatoriedad de las Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, de adquirir medicamentos genéricos (acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de junio de 2002).

Bajo estos criterios, y en el marco de la política nacional de medicamentos, particularmente del eje rector de acceso, las estrategias son:

1. Selección.
2. Uso racional.
3. Política de precios.
4. Financiamiento.
5. Sistemas de suministro.
 - Planeación de la demanda.
 - Adquisiciones.
 - Distribución.
 - Administración de inventarios.
 - Prescripción.
 - Surtimiento o disposición y uso.
6. Información y comunicación.

Todo lo anterior, da forma al Programa Específico para Mejora del Acceso a Medicamento (PEMAM), cuyo ámbito de aplicación es nacional, mediante acciones concretas en el sector público y privado con 5 secciones principales y 4 accesorias:

- 1) Marco institucional.-fundamentos legales y vínculos con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012
- 2) Diagnóstico de salud.- dentro del tema de acceso a medicamentos problemática, avances 2000-2006 y los retos 2007-2012
- 3) Organización del programa, misión, visión, objetivos, estrategias, líneas de acción, metas anuales e indicadores
- 4) Estrategia de implantación operativa, modelo operativo, estructuras y niveles de responsabilidad
- 5) Evaluación y rendición de cuentas, sistema de monitoreo y seguimiento

Durante este sexenio se insiste de manera reiterada que el IMSS se encuentra en grave peligro, pero que no se le dejará morir, y ante los problemas inmersos en las compras de medicamentos, cuyo primer reflejo es el desabasto, se revela que la Comisión Federal de Competencia dejaba abierta una indagatoria contra determinadas empresas farmacéuticas señaladas como parte de prácticas vinculadas a conflictos de intereses y conductas extrañas al momento de llevarse a cabo una licitación.

Los estados de Jalisco, Nuevo León, el estado de México y el Distrito Federal son las entidades que manejan los mayores volúmenes de medicamentos para atención de 10 millones de recetas por mes, debido al aumento de padecimientos como diabetes, hipertensión, cáncer, VIH-sida, tratamientos para pacientes trasplantados, entre muchos padecimientos más. Todas las reglas y mejoras anteriores pretendían crear un nuevo esquema de compras que se traducirían en mejor abasto de medicamentos para 50 millones de usuarios, además de coordinar de mejor manera las compras, mejor control de inventarios y la

adquisición, siempre a mejor precio, de los fármacos, no obstante ser una buena propuesta, no dio una solución a fin de cuentas.

Persistió el desabasto, por lo que durante el año 2007 se atendieron más de 5 mil casos de quejas, y el IMSS recibió más de 15 mil inconformidades por la inadecuada prestación de servicios de salud.

2.4.- EL IMSS Y DERECHOS HUMANOS: RECOMENDACIÓN 004/2003.

Merece mención aparte la recomendación efectuada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos derivada de la falta de atención en el surtimiento de recetas en las farmacias de la institución, que era derivada por el desabasto de medicinas en los almacenes del IMSS, violando así el derecho a la salud que tiene todo ser humano y la falta al mandato constitucional mexicano³⁹.

Como resultado del muestreo en el surtimiento de recetas en unidades médicas de primer y segundo nivel, las autoridades institucionales reconocieron un “desabasto generalizado”, debido a varios factores, como un cálculo incorrecto en el requerimiento del abasto, falta de presupuesto para compra de medicamentos, falta de surtimiento o existencia de varias claves de medicamentos; es decir medicamentos agotados, cambios de los centros de distribución (almacenes), tardanza en la entrega de los insumos, etcétera.

Son 35 expedientes de quejosos agraviados los que sirven de base para que la CNDH, haga la recomendación con fundamento legal de las violaciones a los artículos 4º; párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 23;27, fracción VIII, y 28 de la Ley General de Salud; 7º, 8º y 38 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 2º,5º,11, fracción II, 84,86, 105 y 108, de la Ley del Seguro

³⁹<http://www.cndh.org.mx/recomen/2003/004.htm>, p.1

Social, y 3º, 78, 79 y 80 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social⁴⁰.

Esta recomendación establece y marca significativamente la relación entre la falta de medicamento para llevar a cabo el tratamiento que les permita recobrar la salud y la falta de ella como la violación a un derecho constitucional.

2.5.- POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE ABASTO.

El Instituto Mexicano del Seguro Social provee servicios de salud a más de la mitad de la población del país, con veinte años de restricciones en los niveles de inversión y gasto en infraestructura, así como retos emergentes derivados de incrementos en el costo de la atención médica en virtud de los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos de la población del país.

Ante el creciente costo de sus obligaciones laborales propias, y la evasión en el pago de las aportaciones a la seguridad social durante las últimas administraciones, el IMSS enfrenta tanto la amenaza de la quiebra por primera vez en su historia, como algo cada vez más lejano de alcanzar: garantizar la sustentabilidad financiera a mediano y largo plazo, de la principal institución de la seguridad social en nuestro país.

Recientemente, el IMSS ha enfrentado dificultades crecientes para cumplir satisfactoriamente el mandato constitucional de ser el instrumento básico dedicado al cuidado de la salud de la población mexicana de los trabajadores y sus familias, pues cada año se cuenta relativamente con menos infraestructura, material y medicamentos para cumplir con las tareas cotidianas. Todo esto a la par del hecho de que la sociedad mexicana con derecho a recibir los servicios de la institución, ha visto menguado su poder adquisitivo con la consecuente necesidad de acudir a la atención de salud de la seguridad social. Esto lo viven los

⁴⁰<http://www.cndh.org.mx/recomen/2003/004.htm>, p.2

empleados y los derechohabientes que resienten directamente esa escasez, especialmente en las áreas de atención médica.

De manera abrumadora y escandalosa se ha incrementado la falta de medicamentos para la cobertura de sus tratamientos, ya que el derecho a la protección de la salud, que como garantía individual consagra el Artículo 4º constitucional, comprende la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades y su suministro por las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

De manera preocupante resulta el hecho de que en sus informes, el instituto reconoce la existencia de un “desabasto generalizado” provocado por diversos factores, que no se explican, pero que no exime de forma alguna su responsabilidad.

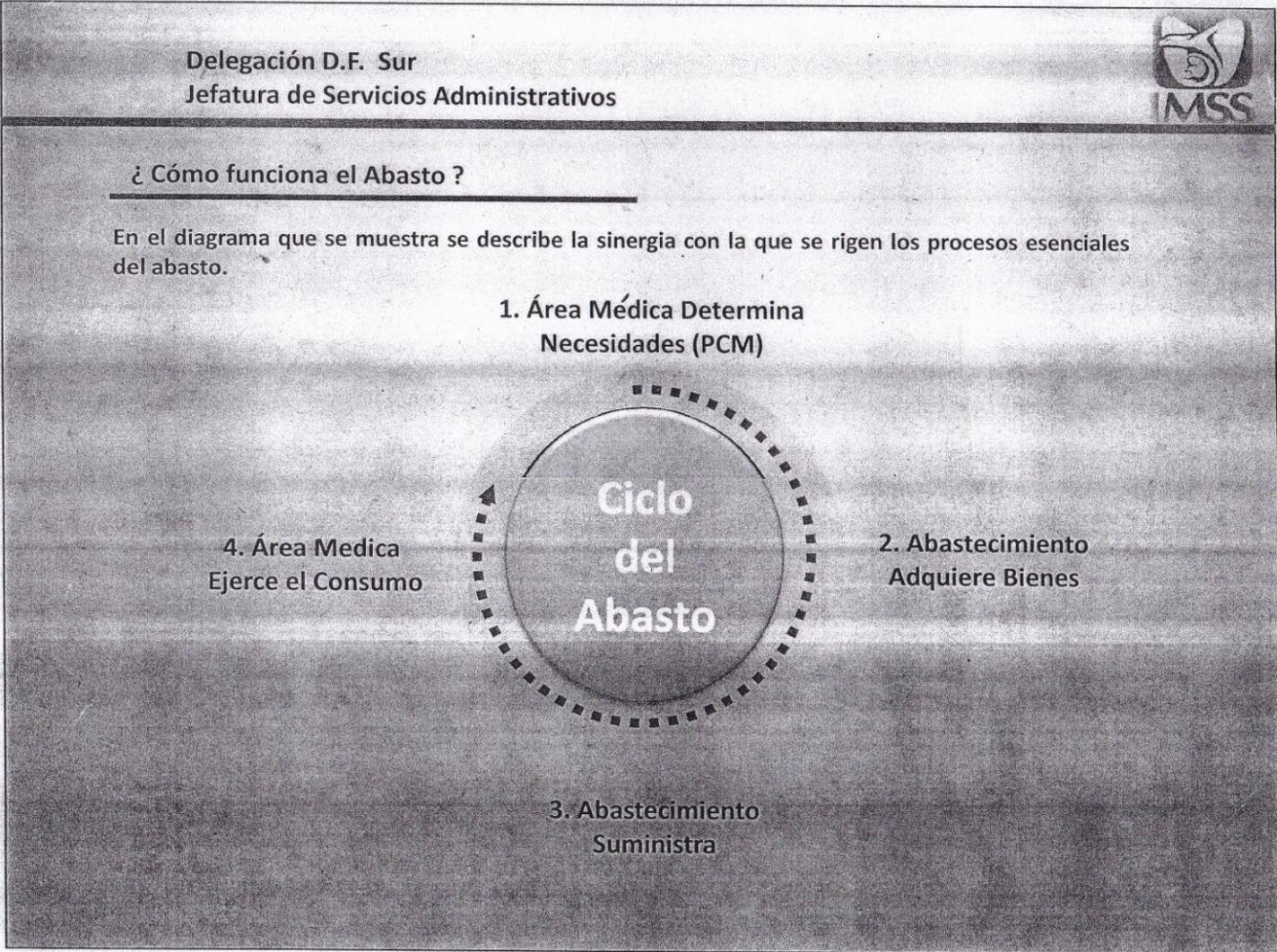
A su vez, dichos factores contribuyen al deterioro del IMSS como institución de carácter social, a consecuencia del modelo de desarrollo que el país ha tenido en las últimas tres décadas, en el que el gobierno ha estado sujeto a las presiones económicas externas a nivel mundial, de modo que se maneja con la mínima intervención, eliminando el proteccionismo, promoviendo la privatización y la liberación comercial, enfrentándose de manera desleal a una competencia financiera, productiva y tecnológica.

Como resultado, se debilita a la mayor institución de seguridad social en México que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades colectivas, tomando en cuenta que la población no puede satisfacer por si misma sus requerimientos de salud en el mercado abierto.

Ahora bien, el abasto⁴¹ es una parte medular dentro de la institución ya que sin él no se tendría con qué trabajar, el suministro de todos y cada uno de los grupos de insumos tiene un alto nivel de relevancia. Es de tal manera imprescindible que está configurado como un esquema denominado “EL CICLO DEL ABASTO”, lo cual obliga a llevar a cabo -con la mayor atención- un análisis de los procesos de abasto dentro del instituto. En el cuadro No. 2 se detalla cuál es el ciclo para el abastecimiento de medicamentos dentro del IMSS.

En él la necesidad siempre será generada por el área médica, el abastecimiento está a cargo de quien realiza las compras y suministra los bienes, para que los servicios médicos los consuman.

⁴¹ Abasto es la actividad dedicada a cubrir las necesidades de consumo, principalmente medicamentos y material de curación.



2.5.1- PLANEACIÓN DE RECURSOS INSTITUCIONALES.

Para fortalecer la transparencia en el ejercicio del gasto y la administración financiera, como un elemento de integración entre áreas sustantivas y de apoyo del Instituto, se puso en marcha una reestructuración que facilitó una mejor planeación, control y monitoreo de las operaciones financieras, en conjunto con una reingeniería de procesos. Este proyecto, con duración de tres años -de 2002 a 2005-, inició operaciones en forma parcial a sólo seis meses de haberse iniciado, y como parte del mismo, se capacitó a más de 5,000 usuarios.

En el 2002, se pasó de un esquema de compra, suministro y distribución Regional a uno Delegacional, y para 2003, se desconcentró totalmente a las Delegaciones el proceso de compra y del gasto.

Se inició la entrega directa de la proveeduría en algunas unidades médicas y se fortaleció la administración de inventarios en las Delegaciones y farmacias de las Unidades Médicas.

Para 2004, se desconcentró la compra y la administración del presupuesto a las unidades médicas de alta especialidad (24 UMAES). Dio inicio el programa de entrega en unidades médicas.

En 2005, inició el programa de suministro y mantenimiento de inventarios de medicamentos con patente vigente en UMAES (adquisición de manera autónoma, así como la administración de su abasto).

Como se mencionó anteriormente, las políticas del gobierno mexicano han venido reflejando el apego a los lineamientos del Banco Mundial, cuya intención es privatizar las actividades estatales de carácter social que puedan ser potencialmente “rentables” a través de diversas acciones como la introducción de

las afores y las últimas reformas al régimen de jubilaciones y pensiones del IMSS. Ello mermó la capacidad del Instituto en cuanto a que no puede hacer frente al mandato constitucional de cumplir con el cuidado de la salud de la mayoría de la población en el país.

Esto se manifiesta en los dos últimos sexenios, tanto el de Vicente Fox como el de Felipe Calderón, que se destacaron por la problemática en torno al seguro social, de manera particular con la prestación de servicios que tiene a su cargo el Instituto, como por ejemplo el abasto de medicinas en las farmacias para la atención de los derechohabientes, la falta de personal, y la subrogación de servicios como sucedió en el caso de la guardería ABC⁴².

En el capítulo siguiente se expondrá, de forma breve, el entramado del proceso de abasto, el cual tiene que ver con el suministro de medicamento en las farmacias de las unidades que dan atención directa a los pacientes que requieren tratamientos para el restablecimiento de su salud.

⁴²El caso de la guardería ABC, en Hermosillo Sonora; donde fallecieron 49 niños y 104 más resultaron heridos, el 5 de junio del 2009 en una estancia subrogada por el IMSS a una empresa particular. La subrogación es la sustitución de una obligación transferida a otro.

CAPITULO 3.- PROCESOS DE ABASTECIMIENTO EN EL IMSS.

Este capítulo describe la realidad de las entrañas del abasto de medicamentos en Unidades Médicas, así como el proceso y procedimientos que se siguen y que se ejecutan con cantidad de obstáculos para que las necesidades de medicamentos de los pacientes se vean cubiertas.

3.1.-ESTRUCTURA DEL ABASTO INSTITUCIONAL.

Una parte fundamental en la organización del abastecimiento, es la identificación de las áreas que la conforman, ya que en cierto momento trabajan de manera coordinada los distintos niveles jerárquicos con el fin de garantizar el abasto total de la institución.

Es importante hacer mención que el llamado CICLO DEL ABASTO, es un proceso integral en el que intervienen la determinación de necesidades, la adquisición, el suministro y el consumo de bienes muebles, así como de bienes de consumo y su control a través de la racionalidad presupuestal, la normatividad, la evaluación y el Sistema de Abasto Institucional. (Véase cuadro 2)

La actividad de adquisiciones dentro del IMSS se realiza en los ámbitos Central, Delegacional y en las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), considerando lo siguiente, el espíritu del artículo 134 constitucional, la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Prestaciones de Servicios Público y su Reglamento, Tratados de Libre Comercio, Disposiciones de Carácter General emitidas por el Gobierno Federal y Normatividad Institucional vigente.

Actualmente se identifican tres niveles de aplicación en las adquisiciones para el abastecimiento en el Instituto:

- I. Central (normativo) a cargo de Adquisiciones de Nivel Central, es el responsable de planear, programar, dirigir, controlar, difundir y, en su caso, llevar a cabo los procesos de administración, adquisición y suministro de los recursos materiales, aunado a los demás servicios de carácter general y de naturaleza administrativa que sean necesarios para la adecuada operación del Instituto; así como de emitir, difundir y analizar, en los términos de las disposiciones legales aplicables, las normas específicas para la contratación de bienes y servicios junto con el suministro de los recursos materiales.
- II. La Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones en la que está ubicada la función del abastecimiento y es desarrollada por la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento a través de las áreas que la integran, dependiente de la Unidad de Administración, su objetivo es elaborar, difundir, aplicar y evaluar la normatividad para la adquisición y el abasto institucional, promoviendo acciones que mejoren el nivel de abasto en las unidades de servicio; lleva a cabo las adquisiciones en nivel central atendiendo los requerimientos de las áreas normativas, observando la legislación en la materia, optimizando el presupuesto asignado en las mejores condiciones de calidad, precio y oportunidad.
- III. La Delegacional (Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento) o Unidades Medicas de Alta Especialidad, es la responsable de la operación de los servicios institucionales dentro del ámbito de su competencia, asimismo de establecer la coordinación necesaria entre sus diferentes áreas, y proporcionar a las unidades que las conforman, los presupuestos y recursos necesarios para que éstas puedan cumplir de manera eficiente con las metas fijadas en los programas de trabajo.

Por otro lado, cada Unidad de Servicio (Hospitales y Clínicas), es responsable de ejecutar y dar cumplimiento a los programas establecidos con apego a las normas políticas y procedimientos, en atención a los derechohabientes.

La Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento Delegacional (corresponde al tercer nivel jerárquico), se encarga (dentro de muchas más funciones) de difundir y aplicar los planes estratégicos de abastecimiento y equipamiento que emanen del área normativa, supervisa que la adquisición y suministro de los bienes de consumo sean obtenidos en las mejores condiciones, coordina las acciones necesarias para mantener los niveles de abasto dentro de los parámetros establecidos por nivel central y vigila el seguimiento al resultado de la evaluación de abasto; coordina también la operación de recepción, registro y suministro de bienes en los almacenes de su jurisdicción, presenta en tiempo y forma el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios ante la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento a nivel central.

El objetivo de los niveles de aplicación del abastecimiento es garantizar que las adquisiciones de bienes de consumo se realicen con estricto apego a la normatividad vigente en la materia y con absoluta transparencia, conforme a los criterios de economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez, que aseguren las mejores condiciones de calidad, cantidad, oportunidad y precio.

La meta del abastecimiento va dirigida a adquirir el 100% de los bienes de consumo requeridos para la satisfacción de la población derechohabiente, considerando la máxima optimización del presupuesto autorizado y llevar a cabo las adquisiciones de bienes de consumo reduciendo procedimientos de contratación mediante la consolidación de necesidades anuales o semestrales, y en casos especiales las contrataciones multianuales delegacionales o nacionales.

Ahora bien en las Unidades de Servicio debe garantizarse la disponibilidad de artículos, consolidando y gestionando la autorización de los mismos a nivel delegacional, la aplicación de las normas, los procedimientos y las políticas de abasto, vigila el apego a las políticas institucionales de racionalidad presupuestal, sin afectación de los servicios que se otorgan a los derechohabientes.

3.2.- PROCESOS DE ABASTO POR NIVELES DE ATENCIÓN.

En las Unidades de Servicio del IMSS, es en donde se generan las necesidades que marcan el inicio del CICLO DEL ABASTO.

En cuanto a niveles de atención médica, dentro del IMSS existen tres niveles:

- 1) El primer nivel de atención médica establece las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica; en este nivel, la dependencia de los Almacenes Centrales para su suministro es exclusiva. Se cuenta con almacén de unidad y almacenista responsable, así como estructura completa de farmacia.
- 2) El segundo nivel de atención médica, otorga los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización, a pacientes derivados de primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médicas-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en primer nivel, estas unidades hospitalarias cuentan con

almacén general, central de distribución (cendis), estructura de farmacia completa y oficina de abastecimiento; depende en la mayor parte de los suministros de los almacenes delegacionales y además tiene la facultad de realizar compras emergentes, por medio de la Bolsa Única de Ofertas (BUO) o bien por medio de oficios llamados “negativas” emitidos por la Oficina de Control del Abasto en la Delegación Sur y que autorizan la compra bajo la responsabilidad de la Unidad solicitante y de acuerdo a sus techos presupuestales.

- 3) El tercer nivel de atención médica tiene actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios, referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas quirúrgicas, este nivel puede comprender también las funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados. Estas unidades son autónomas y ejercen sus adquisiciones de acuerdo a la normatividad específica vigente para la aplicación de todas las fases de adquisición y contratación de bienes y servicios, llevándolo a cabo en el portal de compras del IMSS.

De acuerdo a dichos niveles, debe realizarse la ejecución de procesos y procedimientos conforme a los lineamientos impuestos en la administración del Dr. Ernesto Zedillo, en cuanto a que en el sector público, la administración de calidad debe aplicarse como un medio adecuado para reducir estructuras y cambiar la mentalidad de los servidores públicos, con base en la medición de resultados, a fin de conseguir la satisfacción del usuario.

El proceso en la corriente actual de administración de calidad, es uno de los tres pilares indispensables para alcanzar la calidad en la administración, los otros son el enfoque al usuario y el trabajo en equipo.

En tal sentido, un proceso debe entenderse como:

- La combinación de métodos, materiales, máquinas, ambientes laborales y personas para producir bienes o servicios; y,
- Un conjunto de actividades que suceden de forma ordenada a partir de la combinación de materiales, maquinaria, gente, métodos y medio ambiente para obtener insumos en productos con valor agregado.

Los procesos clave, son los relacionados con la misión de la organización. Son aquéllos que generan las características del producto o servicio que son apreciados por el cliente.

Procesos de apoyo son todos aquellos procesos facilitadores de los procesos clave, proporcionan productos o servicios sin los cuales un proceso clave no podría operar, o sería deficiente su aportación a la creación de valor a los clientes es indirecta y similar a la que tienen los procesos clave.

Ahora bien, un procedimiento es una serie de actividades u operaciones ligadas entre sí por un conjunto de empleados, ya sea dentro de un mismo departamento o abarcando varias direcciones de una empresa para obtener el resultado deseado⁴³.

3.3.- EL SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL.

El Sistema de Abasto Institucional (SAI) es una herramienta que apoya la administración del proceso del abasto e incluye la consolidación de

⁴³ Lázaro Víctor, *Sistemas y Procedimientos Administrativos*, Richard Neumaiev y William Mullee. 2a Ed. Diana, México 1972. p. 74, p.94, p.169.

requerimientos, procesos licitatorios, contratación, recepción, almacenamiento (guarda y custodia), suministro y control de inventarios de bienes de consumo e inversión.

Dicho sistema inició operaciones en noviembre de 1999, en medio de un cúmulo de quejas, tanto internas como externas, mayormente de los proveedores institucionales y a partir de 2001 fue rediseñado incorporando cerca de 4,000 modificaciones en funcionalidad, que permitieron lograr la estabilización operativa y abatir en su totalidad las quejas de los usuarios, fortaleciendo con ello la operación en más de 1,200 farmacias y 40 almacenes.

El control del abasto de medicamentos entre 2001 y 2005, fue modificándose paso a paso. En el 2001 se utilizaba el esquema de compra por nivel regional a través de siete regiones, que adquirían los medicamentos y material de curación a nivel delegacional, mientras que se compraba el resto de los bienes de consumo (papelería, víveres, ropa, diversos, etcétera) a nivel central donde se conseguían los productos biológicos (vacunas), así como bienes de inversión.

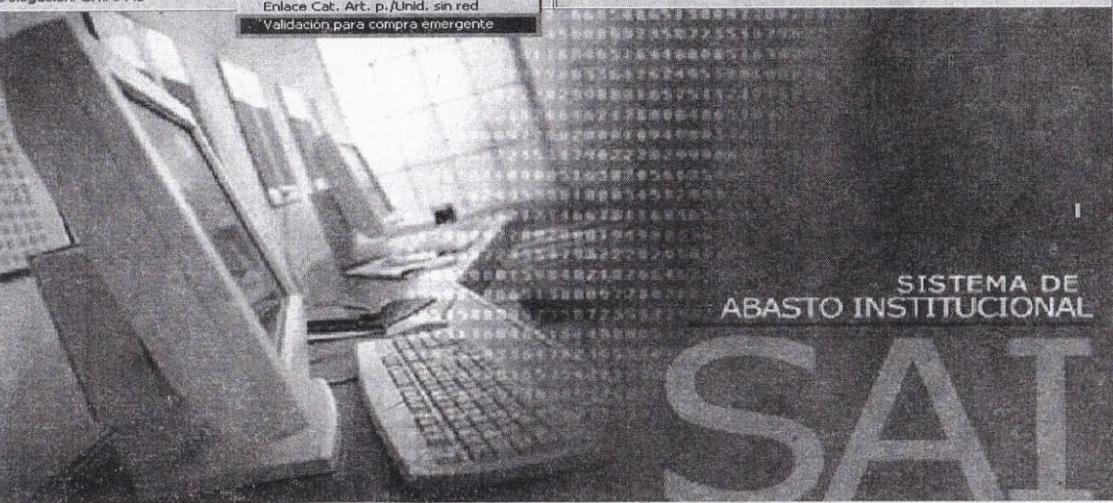
Todo lo anterior se realizó frente a diversas y múltiples problemáticas, tales como dificultades con las empresas interesadas en ofertar, y la particularidad que presentaba contar con un cuadro básico exclusivo para el propio instituto, precios tope de compra, duplicidad de funciones regulatorias, favoreciendo a ciertos proveedores mediante especificaciones técnicas que direccionan las compras, precios elevados de adquisición, con privilegios hacia grandes fabricantes o distribuidores, asignando bajas cantidades de adjudicación en licitaciones públicas y la aplicación de compras directas con precios hasta 300 veces superiores a las de las licitaciones, entre otros, hasta la fecha se siguen llevando a cabo todas estas prácticas. (Véase cuadro No. 3).

RECEPCIÓN DE REQUERIMIENTOS EN DELEGACIÓN

Sistema de Abasto Institucional [Control del Abasto] Ver. 5.0.2.1

Catálogos	Cálculo de Suministro	Requerimientos	Orden de Suministro	Orden de Reposición	Prep. de Embarque	Control de Existencias
Solic. de Reposición	Seguimiento	Validación/Cálculo del Requerimiento				
 INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD Y SALUD		Consulta y Enlace de Requerimiento				
		Modificación a una Requisición				
		Consolidación de Requisiciones				
		Consulta Requerimiento Consolidado				
Región: SUR		Enlace Cat. Art. p./Unid. sin red				
Delegación: CHIAPAS		Validación para compra emergente				

Clasificación: 078002150900



SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL
SAI

El requerimiento es recibido por la delegación por el área de Control del Abasto, el sistema SAI en la opción de "SAI Control del Abasto en Requerimientos/ Validación para Compra Emergente" procesa y se valida las alternativas de solución para dar solvencia en la unidad médica



GOBIERNO FEDERAL



CUADRO 3



Vivir Mejor

Cuadro No. 3.- SISTEMA DE ABASTO INSTITUCIONAL

El Sistema de Abasto Institucional fue creado como una herramienta informática con el propósito de fortalecer el control del abastecimiento en todos sus ámbitos de competencia, lo anterior considerando la automatización de la totalidad de los procesos del ciclo del abastecimiento institucional, tales como el requerimiento, adquisición, recepción, almacenamiento, suministro y administración del ciclo, coadyuvando a las diferentes instancias de operación y dirección en la toma de decisiones, al obtener en forma expedita y oportuna información para ello.

Dicho sistema quedó integrado por siete subsistemas (el normativo es la base de todo), los cuales están interrelacionados entre sí para su correcto funcionamiento, de igual manera se encuentra funcionando el módulo de Proveedores por Internet, mismo que opera desde el Nivel Central, interactuando con las diferentes delegaciones del ámbito nacional por medio de la Red Institucional de Comunicaciones y con la Proveeduría por medio de una intranet (como la red de redes), permitiendo a ésta visualizar con oportunidad los requerimientos de cada Almacén Delegacional para su óptimo suministro, los subsistemas antes señalados son:

- **Normativo.**
 - Artículos.
 - Código de Barras.
 - Proveedores.
 - Unidades de Servicio.
 - Precios.
 - Tablas de Referencia.
 - Médicos.

- **Adquisiciones.**
- **Almacenes.**
- **Unidades Médicas.**
 - Farmacias.
 - Almacenes.
- **Control del Abasto.**
- **Control Presupuestal.**
- **Módulo de Proveedores por Internet.**

Al sistema se le incorporó el manejo de código de barras en farmacias (las recetas individuales contienen impreso un código de barras y son capturadas bajo los procedimientos normativos para la operación de farmacias con sistema automatizado), así como la actualización en unidades médicas de inventarios en línea desde el momento del despacho de los insumos, representando nuevos procedimientos en la operación. También se incluyeron funciones necesarias, como son: Indicadores de desempeño, prescripción razonable, determinación de necesidades entre otros, con la finalidad de enriquecer y fortalecer los procesos operativos.

Al contar con diferentes esquemas de suministro, sin tener un sistema de medición y control, los almacenes regionales y delegacionales presentaban atraso en el suministro de los bienes a las unidades y bajos niveles de abasto, con el consecuente descontrol sobre su nivel de abastecimiento y altos costos de operación.

Los niveles de consumo se calculaban en función del presupuesto y consumo histórico.

La determinación de necesidades ocasionaba desabasto sobre inventario, así como una ineficiente administración de los recursos o que el presupuesto no alcanzaba a cubrir las necesidades de la población usuaria.

Lo anterior tomando en cuenta que para 2001, los sistemas de medición del nivel de atención de recetas se registraban por medio del Sistema de Abasto Institucional (SAI), y el sistema de metas operativas (SIMO).

Estos sistemas generaban información incongruente, al grado de reportar niveles de atención por arriba del 100% en algunas Delegaciones, lo que no permitía conocer el nivel real de abasto y medicamentos.

Como complemento, se puso en marcha el Sistema de soporte a decisiones, basado en BRIO⁴⁴, que concentra información para el soporte a decisiones a nivel nacional, regional o delegacional, apoyando el monitoreo de los niveles óptimos de abasto en todas las farmacias y almacenes, lo que brinda el seguimiento a más de 300 claves de medicamentos de mayor uso y los 100 medicamentos de más alta problemática médica.

A través de este sistema de medición, se evalúan dos veces por semana las 1,255 farmacias de unidades médicas prorrateando las claves por unidad médica en cuanto a las existencias registradas, comparándolas con las existencias óptimas establecidas y ponderando la calificación de cada una de ellas respecto al peso porcentual que tiene la unidad en la Delegación.

Las autoridades del IMSS manifiestan que este Sistema fue la herramienta que ayudó a incrementar el porcentaje de recetas surtidas a derechohabientes desde niveles inferiores al 65% en el mes de enero de 2003, hasta niveles récord históricos superiores al 92% al cierre de 2003, reduciendo el alto índice de quejas que por concepto de abasto se recibieron en el pasado.

Por último, se desarrolló el indicador de recetas surtidas, entre las recetas presentadas en farmacia, para lo cual se extrajo la información de las ya para entonces 1,255 farmacias en las que se surtían 9.2 millones de recetas mensuales aproximadamente.

A través del sistema de evaluación del Órgano Interno de Control, que realiza el levantamiento mensual de encuestas en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, cuyo resultado registra el porcentaje de derechohabientes con medicamentos surtidos al 100% (Situación con manejo inducido, ya que también

⁴⁴ El BRIO, Base de Reporte Institucional Optimo, en realidad y en la práctica es una tomadura de pelo, ya que es la base de un stock mínimo de surtimiento en el que aunque exista una pieza de la clave que conforma dicho inventario básico, es tomada como constancia de que hay en existencia, por lo mismo el sistema dice que se encuentra atendida y por lo mismo no hay “desabasto”.

son informadas las unidades a encuestar para que sean abastecidas de manera emergente para el día de la encuesta y con la “sutil indicación”, de que se vigilen alternativas para que no sean presentadas en farmacia las recetas que podrían ocasionar problemas por no contar con el medicamento prescrito durante el desarrollo de tal evento), es decir que se llevan a cabo encuestas al derechohabiente para saber el nivel de atención en los medicamentos de sus recetas, que si le fueron entregados en la farmacia, pero estas encuestas en realidad son preparadas previamente desde que se informa con anticipación que van a ser aplicadas, les dicen en que horario, con que salto (por ejemplo, se les pregunta a cada 5 personas en la fila de la farmacia), y además se les surte de manera extraordinaria los medicamentos faltantes.

La gestión del abasto, sus procesos y procedimientos en las Unidades médicas a partir de la implementación del Sistema Abasto Institucional (SAI) presenta múltiples deficiencias, ya que el abasto no cumple la meta fijada en sus programas de trabajo y pronósticos Delegacionales que pretende ser del 100% con un mínimo del 97 %.

Existen fallas en los catálogos de suministro de Almacenes y Farmacias; al no atender todas las necesidades de las Unidades Médicas lo que genera la problemática de la gestión alternativa de compras de material y/o medicamentos fuera de cuadro básico o de compras así como las adquisiciones emergentes por paciente específico con procesos que requieren de trámites complejos, largos e inútiles la mayor de las veces, provocando incumplimiento en los objetivos, metas y sobre todo que ponen en riesgo la vida de los pacientes por la carencia de los mismos.

3.4.-CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO GENERAL DE ARTÍCULOS

La importancia de apegar las compras a un Cuadro Básico Institucional, es reglamentar las compras bajo una clave específica que sea posible inventariar y

controlar a través del sistema SAI, para lograr un resguardo hacia un bien patrimonial, sujeto de supervisiones y auditorias por su origen económico.

Un Catálogo General de artículos es la relación de bienes descritos, decodificados y clasificados por grupos y subgrupos de suministro para efectos del proceso de abastecimiento usado para la clasificación de los insumos de segundo y tercer nivel. Está formado por las claves de artículos (bienes, insumos, productos, materiales), aprobadas en los Cuadros Básicos del Sector Salud, los Cuadros Básicos Institucionales de uso Terapéuticos y No Terapéuticos; los Cuadros Básicos son interinstitucionales y son usados en todo el ámbito del Sector Salud.

Un cuadro básico de medicamentos, es el conjunto ordenado de insumos para los niveles primarios de atención médica.

En cumplimiento del acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de noviembre de 1996, el Instituto Mexicano del Seguro Social solamente adquiere los insumos considerados en los Cuadros Básicos y Catálogos de insumos del Sector Salud, que elabora y actualiza el Consejo de Salubridad General, a través de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico del Sector Salud.

La Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, por medio de su División Institucional de Cuadros Básicos, es la única instancia normativa Institucional facultada para autorizar y solicitar actualizaciones (inclusiones, modificaciones, exclusiones, reubicaciones y reclasificaciones) a los insumos contenidos en los Cuadros Básicos Institucionales.

La Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, está integrada por:

- El Secretario de Salud.
- Los miembros del propio consejo que representen a la Secretaria del Salud.

- El Instituto Mexicano del Seguro Social.
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- La Secretaria de la Defensa Nacional.
- Los Organismos afines que formen parte del Consejo de Salubridad General.

La aplicación del Cuadro Básico y del Catálogo de Insumos en la Administración Pública Federal, ha permitido contar con un sistema único de clasificación y codificación de insumo para la salud. Lo cual ha contribuido a homologar las políticas de adquisición de las instituciones públicas federales del Sistema Nacional de Salud.

En la adquisición de insumos, las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, deberán ajustarse al agrupamiento, dosificación y clasificación establecidos en el Cuadro Básico y el Catálogo.

En el Programa de Acción Específico, 2007-2012 de Mejora del Acceso a Medicamento, se indica que *“la disponibilidad de los medicamentos esenciales para la salud constituye un servicio básico”*, según el artículo 27, fracción VIII de la Ley General de Salud⁴⁵.

3.4.1.- CLASIFICACIÓN DE LOS BIENES DE CONSUMO.

El Instituto, para efectos de abastecimiento, ha considerado la vida útil de los artículos para determinar los bienes de consumo, siendo bienes de consumo todos aquellos que se agotan con su uso primario o que son susceptibles de tener un

⁴⁵PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECIFICO 2007-2012, Mejora del Acceso a Medicamentos. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Gobierno Federal; p.4

uso repetitivo menor o igual a un año. Dentro de este rubro encontramos los medicamentos.

Los bienes de inversión son aquellos que tienen vida útil mayor a un año; en el Proceso de Abastecimiento del IMSS, las instancias normativas institucionales facultadas para tal fin determinan en cada actividad, cuando un artículo es bien de consumo o de inversión.

3.4.2.-PROYECCIONES ANUALES DE CONSUMOS O ANÁLISIS DE REQUERIMIENTOS ANUALES DE MEDICAMENTOS

Todas la Coordinaciones de Abasto, Delegaciones y UMAES en el territorio nacional, cada año reciben instrucciones de Nivel Central para llevar a cabo todos los procesos necesarios con que valoraran los requerimientos que tendrán las Unidades Hospitalarias para el año siguiente; trabajando así con un año de anticipación para poder hacer solicitudes consolidadas que ayuden a obtener licitaciones y contratos favorables para el Instituto por las grandes cantidades de medicamentos y material de curación que son requeridas.

Esto se realiza desde cada hospital en trabajos express y en situaciones de premura y con límites de tiempo terribles.

En cada Unidad se debe revisar a toda prisa con los Jefes de Servicio de áreas médicas o con las personas designadas para tal trabajo, la proyección de necesidades que tendrán para cada año, en base al aumento poblacional o simplemente a la indicación de que solamente se podrá validar un 10% a la alza o 10% al decremento, todo en relación a los consumos históricos-estadísticos del año anterior, con el sesgo de que si no fue surtido en varios meses, se reporta con consumo cero y no representa la falta de suministro, sino únicamente el no consumo de la clave.

Los problemas se generan desde una base de datos que falla en su configuración, así como con la falta de buena capacitación del personal que recibe el trabajo que llevan preparado las Unidades, como la irresponsabilidad de las Autoridades principales de los Unidades Médicas que delegan de forma absoluta en una o dos personas el cúmulo de trabajo y manipulación de cifras en el sistema de evaluación para su optima aplicación

Tal vez funcionaría si todos trabajaran para llevar a cabo acciones diferentes encaminadas a lograr resultados eficaces; pero lo más importante sería que todos cumplieran lo que deben hacer; es decir, si las Unidades solicitaran de la manera adecuada, las Delegaciones comprarán lo necesario y básico para suministrar y atender a los requirientes, entonces y sólo entonces, cambiaría la situación que se repite cada año: soliciten pero no tanto.

De estas validaciones anuales se desprende una cuestión importante; ya que los Probables Consumos Mensuales (PCM's), que tendrá autorizados una Unidad son el punto de partida para lo que podrá consumir, comprar o conseguir, estas llamadas también "dotaciones o proformas anuales", son autorizadas por Nivel Central y la Jefatura de Prestaciones Médicas, quienes validan los incrementos, inclusiones o decrementos de claves que las Unidades Médicas solicitan.

Posterior a las validaciones, el Nivel Central se encargará de llevar a cabo los consolidados, montar las bases de las licitaciones, los contratos, los contratos únicos y derivará a la Coordinación el trabajo de realizar seguimiento a proveeduría, activación de órdenes de reposición y avisos de sanciones por incumplimientos.

3.5.- CONTRATO ÚNICO Y BOLSA ÚNICA DE OFERTAS (BUO), PROS Y CONTRAS.

La contratación de Medicamento se hace a través del Nivel Central, quien administra las adjudicaciones que se llevan a cabo con la proveeduría (laboratorios, empresas, etc.), caracterizadas por tres aspectos:

1. Emiten órdenes de reposición para los proveedores de la Delegación Sur del D.F.
2. Las necesidades de la Delegación Sur, son equilibradas directamente tomando los saldos disponibles de los contratos.
3. Realizan directamente las ampliaciones de contratos o compras adicionales.

La Oficina de Control del Abasto de la Delegación Sur en su caso, solamente interviene en confirmar las órdenes de reposición.

3.6.-BOLSA UNICA DE OFERTAS (BUO), PROS Y CONTRAS

La Bolsa Única de Ofertas (BUO), es una nueva plataforma con aplicaciones a partir de las cuales las Delegaciones conocen y administran las compras realizadas por sus Unidades Médicas.

La BUO, es la modalidad de adquisición de bienes de consumo terapéuticos y medicamentos por adjudicación directa que opera vía internet, que consiste en la publicación de los mismos, siendo utilizados por el IMSS para el registro de ofertas de los interesados.

Se desarrolló con el fin de:

- Administrar los requerimientos de las Unidades Médicas de segundo nivel de todo el Instituto.

- Estandarizar los procesos de adjudicación que coadyuven al control del abasto de bienes de consumo terapéutico.
- Realizar la asignación desde Unidades Operativas, con aprobación de su Coordinador de Abastecimiento y Equipamiento Delegacional.
- Obtener las mejores condiciones de compra para el Instituto y control del registro de las mismas.
- Conocer los precios de compra a nivel nacional que sirvan como referencia para la adjudicación.

El fundamento legal para las Reglas de Operación de esta plataforma electrónica se ajusta a las disposiciones establecidas en los artículos 40,41 fracciones I, II, V y VII y 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, (LAASSP), en ella se describen especialmente en esos artículos los procedimientos para realizar las compras que salen de las licitaciones públicas obligadas; marcan la obligatoriedad de invitar a tres personas o vendedores antes de adjudicar una compra para que ofrezcan su cotización con el mejor precio, oportunidad y cumplimiento de servicio con el fin de cubrir los criterios de economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad, honradez y transparencia para obtener las mejores condiciones para el Estado.

Esta herramienta está diseñada para su implementación en todas las unidades de segundo nivel del IMSS, que cuentan con clasificación presupuestal única para farmacia y subalmacén; ya que se generan perfiles únicos para el registro de requerimientos.

Con ella los hospitales tendrán la posibilidad de realizar requerimientos para adquisición, mediante compras con entrega en unidad, el responsable de la operación del BUO es el jefe de la oficina de abastecimiento, el administrador de la unidad o quien él designe.

En este programa se integran la plataforma SAI, junto con el módulo de control de compromisos y la página web de compras institucionales, CompraNet.

El BUO es un mecanismo de excepción con fundamento en las fracciones I, II, y V del artículo 41 de la Ley, para la adjudicación directa de bienes de consumo que se realiza en las áreas adquirientes del Instituto, con la finalidad de cubrir las necesidades derivadas por incumplimiento de órdenes de reposición del contrato, con el objeto de evitar el desabasto en las unidades médicas que atienden a los derechohabientes.

Los problemas que presenta esta plataforma, son:

- Falta de capacitación para el personal que tendrá bajo su cargo la responsabilidad operativa.
- Lentitud o falta de operatividad en el servidor del sistema.
- Mala configuración del hardware, ya que tiene recurrentes problemas de configuración, lentitud de operación y necesita constantemente de mantenimiento dejándolo inhabilitado por varias horas.
- No hay una respuesta rápida para las autorizaciones de compras urgentes, tardan de uno a dos días.
- Existe la limitante de que sólo se puede comprar lo que se tenga autorizado previamente en las dotaciones autorizadas por Probables Consumos Mensuales (PCM).
- Sólo se pueden adquirir cantidades y montos preestablecidos, menores al consumo mensual, (debía ser aproximadamente una tercera parte y en dinero menos de \$19,000 con IVA incluido).
- Al comprar sólo por pocas piezas los precios no son los de catálogos, si no los que se obtienen con la proveeduría local, a la que hay que presionar para la pronta entrega del producto por la situación de emergencia, por lo que se incrementan.

- Se duplican los cargos, al cargar una factura en el módulo de control de compromisos de una compra realizada por BUO; se aplica automáticamente el cargo en el sistema de la farmacia y en los cargos de finanzas delegacionales.

Una de las ventajas que en lo particular se encuentra en este proceso de compras, es que a pesar de contar con varios candados para el control de las compras emergentes, es un medio que garantiza el pronto pago al proveedor; siempre y cuando el mismo entregue de manera inmediata la documentación necesaria al recibir el requerimiento; lo solicitado junto con su factura. (Véase Cuadro No.4 y No. 5)

La importancia de esto se refleja al atender requerimientos urgentes que de no hacerlo así, afectaría a los derechohabientes en virtud de no contar con medicamentos indispensables para su atención inmediata y que en ocasiones puede comprometer su vida al no continuar con sus tratamientos por falta de los mismos, por ejemplo con pacientes trasplantados de algún órgano y los pacientes con VIH.

SAI - CCP [Menú Principal] V6.0.0.1

SAI - CCP Seguridad Sistema

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD: H GRAL ZONA 2-A DIRECCION DE LA UNIDAD MÉDICA	CLASIFICACION: 380101200200
DELEGACION: DISTRITO FEDERAL	REGION: VIAD MIGUEL ALEMAN -FCO PASO Y TRONCOSO Y A/IL 945281
NIVEL DE ATENCION: (EN DESARROLLO)	VERSION DEL SISTEMA : 6.0 [1.0.0.4]

SAI - Control de Compromisos Presupuestal

Contratos Compras Consulta Enlaces Utilerias



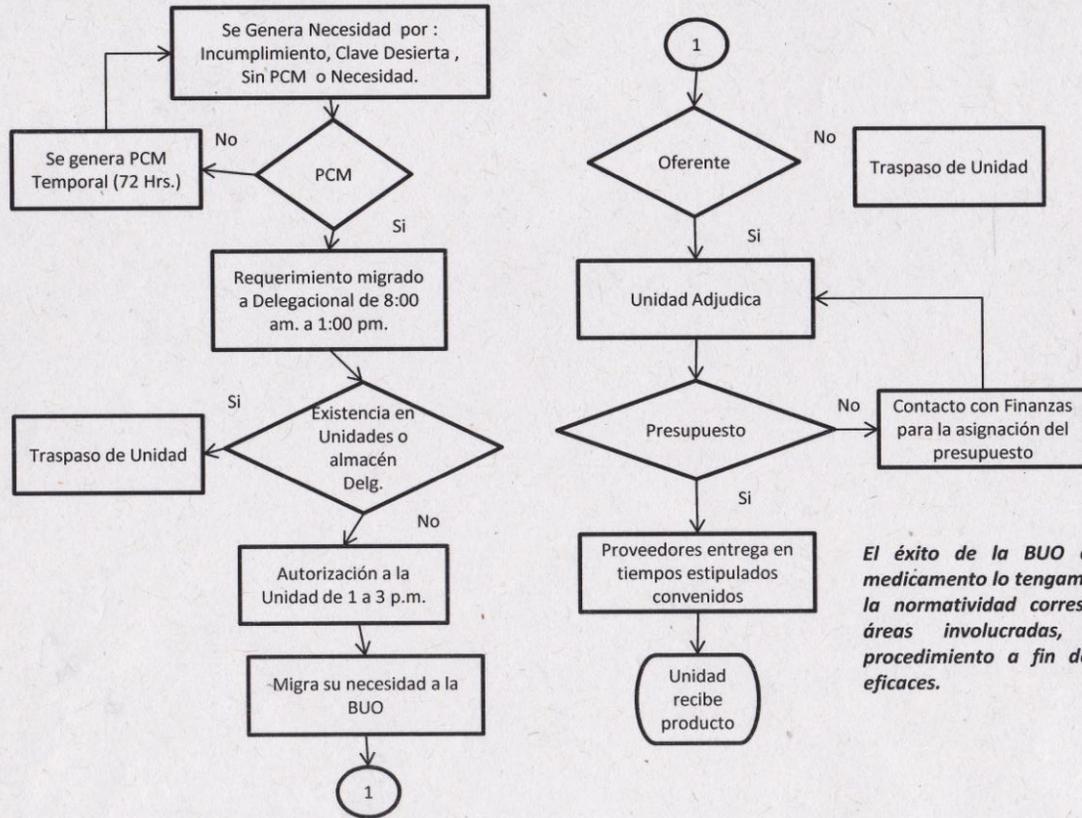
Matricula: 9239499 Usuario: GABRIELA OLIVARES RODRIGUEZ Perfil: ADMINISTRADOR (ADMINISTRADORES DEL SISTEMA SAI)

Menú de Enlaces Recursos **12288 %** 1/Oct/2013 04:24:34 p.m.

ES 04:24 p.m.
01/10/2013



Diagrama de Flujo Nueva Plataforma BUO



CUADRO 5

El éxito de la BUO es que la necesidades medicamento lo tengamos en 4 días, falta emitir la normatividad correspondiente a todas las áreas involucradas, para armonizar el procedimiento a fin de ser mas eficientes y eficaces.

3.7.- MEDICAMENTO ESPECIALIZADO, SUS PROCEDIMIENTOS DE TRANSCRIPCIÓN, GRUPO DE EXPERTOS DE RESISTENCIA EN ANTIVIRALES (GERA) Y TORRE DE CONTROL

Dentro del grupo específico de los medicamentos (010)⁴⁶, en una Unidad de segundo nivel, se maneja medicamento sustantivo; medicamentos especializado o de clave 5000 y alto costo, dentro de estos últimos se manejan también los que atienden enfermedades graves.

La transcripción de medicamentos es un procedimiento por medio del cual los pacientes que han sido atendidos en Unidades Especializadas de tercer nivel, puedan continuar recibiendo su medicamento en su Hospital General de Zona al ser derivado o referido con su documentación correspondiente, estos medicamentos no forman parte de las dotaciones autorizadas y vigentes porque no siempre se sabe, ni que pacientes van a tener este tipo de referencias, ni cuantos van a llegar durante el año; sólo se pueden considerar por estadísticas de consumo y se determinan que clave entra en este procedimiento ya que debe de estar garantizado su suministro y muy controlado por el sistema, al ser referido un paciente con estas características.

El gobierno Federal hizo merecedor al IMSS del premio otorgado al “Trámite más inútil del 2008”, ofrecido por el Gobierno Federal y ganado por el trámite de TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS, por ser un trámite complicado. (Ver cuadro 6)

En este trámite un paciente que es atendido en el tercer nivel de especialidad, diagnosticado y con prescripción de medicamentos para su tratamiento, es derivado al segundo o primer nivel para su seguimiento y control médico, teniendo que esperar un mes para recibir la primera dosis de su medicamento en su Unidad y poder obtenerlo por el tiempo que determinó el médico que le dió la primera receta.

⁴⁶ Todos los insumos se manejan por la clasificación de un Grupo, 010 pertenece a medicamento sustantivo.

- se le otorga al derechohabiente la primera receta en la Unidad de Medicina de Alta Especialidad, con la finalidad que inicie su tratamiento médico.
- Se le envía a su segundo o primer nivel para la continuación de su control y subsecuente expedición de recetas, con un documento llamado REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA (pase de envío).
- Tiene que acudir a firmas de autorizaciones por parte de la Unidad que le envía, pide certificación de vigencia.
- Llega a la Unidad que le dará seguimiento y vuelve a certificar su vigencia.
- Obtiene copias fotostáticas del documento.
- Presenta su documentación en la Farmacia para su registro, y le informan que debe esperar de 20 a 30 días para que llegue su medicamento
- Si al mes que se presente, hay medicamento se le surtirá, de lo contrario seguirá aguardando que llegue para que se lo surtan.
- Si no se le entregara en 3 meses, el sistema lo borrará automáticamente, debido a que no se le entregó o no acudió a recogerlo y no hay movimiento por 3 meses.
- Si hubiese llegado el medicamento se le entregará cada mes, hasta que concluya su tratamiento y/o en su caso el especialista lo vuelva a valorar.
- Debe presentar nuevamente la documentación en la Farmacia.

Cuadro No. 6.- PROCEDIMIENTO PARA LA TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS



6 Pasos para seguir un TRATAMIENTO COMO PACIENTE CON MEDICAMENTO DE TRANSCRIPCIÓN

¿Quién es sujeto de entrar al proceso mejorado de Transcripción?
El derechohabiente que ha sido contrarreferido de una Unidad de Segundo o Tercer Nivel de atención, a su Unidad de Medicina Familiar de adscripción para continuar con su tratamiento.

- 1 En UMAE u HOSPITAL QUE CONTRARREFIERE**
Recibe tu Formato Original de Contrarreferencia
El derechohabiente recibe por parte del médico que le está dando el alta:

 - Formato de contrarreferencia (formato 4-30-8)
 - El paciente debe presentarse en su UMF 30 días después de su alta del hospital
 - Receta de medicamento para cubrir los 30 días siguientes
- 2 Acude a la Farmacia del Hospital a surtir tu receta**

 - El derechohabiente presenta su receta con medicamento de transcripción, el formato de contrarreferencia y su Cartilla Nacional de Salud
 - Se le registra como paciente de transcripción en el sistema
- 3 EN HOSPITAL GENERAL O UMF (CLÍNICA) DONDE SEGUIRÁ SU TRATAMIENTO**
Dirígete al HG o UMF donde seguirás tu tratamiento
El paciente o familiar, confirma su cita en su HG o UMF 8 días después de su alta del hospital, en forma personal o vía telefónica.
- 4 Acude a tu cita**

 - El paciente se presenta para la cita en su consultorio, en la fecha señalada cuando confirmó su cita y muestra al médico el formato de contrarreferencia
 - El médico proporciona la atención médica y le entrega una receta con los medicamentos de transcripción de los siguientes 30 días y le indica agendar su próxima cita
- 5 Surte tu receta**

 - El paciente surte su receta en la farmacia del hospital o UMF, según a donde haya sido enviado para continuar su tratamiento
 - El derechohabiente presenta su receta, muestra su credencial ADIMSS o Cartilla (si es necesario), y recibe sus medicamentos de transcripción
- 6 Así de fácil gestionas tu tratamiento**
¡Felicidades!, has terminado todos los pasos para tu trámite, comienza a disfrutar de los beneficios.

Para más información, llama al 01 800 623 23 23

¿Qué más debo saber?

Primer Nivel de Atención:
Unidades de Medicina Familiar (UMF)

Segundo Nivel de Atención:
Hospitales Generales de Zona, Regionales y Sub-zona (HGZ, HGR, HGSZ)

Tercer Nivel de Atención:
Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE)

Con esta mejora en el Proceso de Transcripción de Medicamentos, se logran las siguientes ventajas:

- Se registra al derechohabiente como paciente con medicamento de transcripción, directamente en la Unidad que lo da de alta, ya sea de Segundo o Tercer Nivel.
- Con este nuevo proceso, el requerimiento de los medicamentos de transcripción que se le prescriben al paciente, se envía de forma automática a su unidad de adscripción, sin que éste tenga que intervenir.
- El surtimiento de medicamentos de transcripción, ya no necesariamente se tiene que dar en una fecha definida del mes, se puede realizar cualquier día (únicamente una vez por mes).
- Si se tiene un tratamiento permanente, ya se puede realizar la valoración dentro de su Unidad de Adscripción, si el médico así lo decide. Con esto se elimina que el derechohabiente tenga que regresar a la Unidad de Segundo o Tercer Nivel a ser nuevamente valorado.

www.mis.gob.mx/paramotsubigano
www.gobierno.dof.gob.mx

El Programa de Grupo de Expertos en Resistencia de Antivirales, es una innovación reciente; es una comisión de médicos que llevan a cabo un protocolo que se solicita para pacientes muy particulares y con enfermedades inmunodeficientes (por lo regular VIH), en el que autorizan la dotación de claves de muy alto costo para cubrir esquemas de multirresistencia: (Véase cuadro No. 7)

Cuadro No. 7.- RELACIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

ESP	SUBGRUPO	DESCRIPCIÓN
5472	TORRE DE CONTROL	BEVACIZUMAB SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG
5473	TORRE DE CONTROL	BEVACIZUMAB SOLUCIÓN INYECTABLE 400 MG
4448	TORRE DE CONTROL	BORTEZOMIB SOLUCIÓN INYECTABLE 3.5 MG
5475	TORRE DE CONTROL	CETUXIMAB SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG
4323	TORRE DE CONTROL	DASATINIB TABLETA 50 MG
2204	TORRE DE CONTROL	DEFERASIROX COMPRIMIDO 125 MG
2206	TORRE DE CONTROL	DEFERASIROX COMPRIMIDO 500 MG
4322	TORRE DE CONTROL	NILOTINIB CÁPSULA 200 MG
4340	TORRE DE CONTROL	OMALIZUMAB SOLUCIÓN INYECTABLE 202.5 MG
5453	TORRE DE CONTROL	PEMETREXED SOLUCIÓN INYECTABLE 500 MG
5480	TORRE DE CONTROL	SORAFENIB COMPRIMIDO 200 MG
5482	TORRE DE CONTROL	SUNITINIB CÁPSULA 12.5 MG
5551	TORRE DE CONTROL	DABIGATRÁN CÁPSULA 75 MG
5552	TORRE DE CONTROL	DABIGATRÁN CÁPSULA 110 MG
4511	TORRE DE CONTROL	ETANERCEPT SOLUCIÓN INYECTABLE 50 MG
4386	TORRE DE CONTROL	ENTECAVIR
5610	TORRE DE CONTROL	LANREÓTIDO
5611	TORRE DE CONTROL	LANREÓTIDO
5544	TORRE DE CONTROL	RIVAROxabÁN
4513	TORRE DE CONTROL	TOCILIZUMAB
4516	TORRE DE CONTROL	TOCILIZUMAB
4289	GERA	DARUNAVIR TABLETA 600 MG
4269	GERA	ENFUVIRTIDA SOLUCIÓN INYECTABLE 108 MG
5275	GERA	ETRAVIRINA TABLETA 100 MG
5280	GERA	RALTEGRAVIR COMPRIMIDO 400 MG
4274	GERA	TIPRANAVIR CÁPSULA 250 MG
5324	GERA	MARAVIROC TABLETA 150 MG
5325	GERA	MARAVIROC TABLETA 300 MG
5549	LISOSOMALES	AGALSIDASA ALFA SOLUCIÓN INYECTABLE 3.5 MG
5546	LISOSOMALES	AGALSIDASA BETA SOLUCIÓN INYECTABLE 35 MG
5548	LISOSOMALES	ALGLUCOSIDASA ALFA SOLUCIÓN INYECTABLE 50 MG
5543	LISOSOMALES	GALSULFASA SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG
5550	LISOSOMALES	IDURSULFASA SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG
5545	LISOSOMALES	IMIGLUCERASA SOLUCIÓN INYECTABLE 400 U
5547	LISOSOMALES	LARONIDASA SOLUCIÓN INYECTABLE 2.9 MG
5615	LISOSOMALES	VELAGLUCERASA

Esta es la relación de medicamentos que deberían tener garantizado su surtimiento con oportunidad y suficiencia, ya que estos padecimientos no pueden quedar sin tratamiento y son los que generan problemas de quejas ante la Comisión de Derechos Humanos, así como sanciones a las unidades que no los proporcionen, no obstante que el dictamen que emite este grupo es exclusivamente determinado por área médica.

Lo que corresponde al GERA y Torre de Control, se maneja con contratos que realiza, vigila y adquiere el área de contratación de Nivel Central y acuerda con los laboratorios o proveedores por medio de entregas directas en las Unidades mediante la generación de órdenes de compra en base a los censos de pacientes y los dictámenes aprobados.

Una vez descrita la situación del abasto de medicamentos en Unidades Médicas, en el capítulo siguiente se abordarán las causas que originan el por qué no hay lo necesario en las farmacias para el consumo de los derechohabientes que requieren atender sus tratamientos, así como los resultados que encontró la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su estudio acerca del desabasto de medicamentos.

CAPÍTULO 4.-
ANÁLISIS DEL PROCESO DEL DESABASTO
DE MEDICAMENTOS EN EL IMSS

4.1.-AMENAZAS ENCONTRADAS EN LOS PROCESOS DE ABASTECIMIENTO.

En la actualidad, el principal problema del IMSS es el financiero, se enfrenta a las exigencias de una transición epidemiológica y demográfica de la población mexicana que impacta rotundamente en los costos relacionados a su vez, entre sus necesidades operativas y su infraestructura disponible, que evidentemente es insuficiente para responder a la atención de una población superior a los 54 millones de usuarios (Véase el cuadro No. 8 y 9, donde se aprecia el requerimiento en cuanto a la demanda poblacional y oferta de Servicios Médicos, así como el consumo de bienes que se han realizado de 2005 a 2011).

TENDENCIAS EN LA DEMANDA

Evolución de variables relacionadas con el Consumo de Bienes (miles)								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TMC % 06-11
Población Adscrita	35,439	34,520	35,929	36,376	37,269	38,439	39,347	1.8
Población Derechohabiente	44,532	46,636	48,650	48,910	49,134	52,310	53,113	3.0
Consultas	103,910	108,958	114,768	114,844	119,415	119,915	127,110	3.4
Intervenciones quirúrgicas	9,205	9,056	9,171	9,269	9,287	9,354	9,578	0.7
Egresos Hospitalarios	12,343	12,138	12,442	12,543	12,326	12,451	12,875	0.7
Incremento % respecto al año anterior								
		06/05	07/06	08/07	09/08	10/09	11/10	
Población Adscrita		(2.6)	4.1	1.2	2.5	3.1	2.4	
Población Derechohabiente		4.7	4.3	0.5	0.5	6.5	1.5	
Consultas		4.9	5.3	0.1	4.0	0.4	6.0	
Intervenciones quirúrgicas		(1.6)	1.3	1.1	0.2	0.7	2.4	
Egresos Hospitalarios		(1.7)	2.5	0.8	(1.7)	1.0	3.4	

Fuente: 2005-2010, estadísticas Institucionales y 2011 estimaciones propias.

TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE BIENES

CONSUMO DE BIENES 2005 – 2011 ^{a/} (millones de pesos)								
CONCEPTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 MODIFICADO	TMC % 06-11
Consumo de Bienes	19,860	21,226	21,933	22,923	25,934	27,830	33,166	8.9
Medicamentos	14,328	16,312	16,896	17,826	19,326	20,747	23,718	8.8
Material de curación	3,880	3,206	3,245	3,040	4,018	4,053	4,666	3.1
Otros	1,652	1,708	1,792	2,057	2,590	3,030	4,782	19.4
Incremento % respecto al año anterior								
		06/05	07/06	08/07	09/08	10/09	11/10	
Consumo de Bienes		6.9	3.3	4.5	13.1	7.3	19.2	
Medicamentos		13.8	3.6	5.5	8.4	7.4	14.3	
Material de curación		(17.4)	1.2	(6.3)	32.2	0.9	15.1	
Otros		3.4	4.9	14.8	25.9	17.0	57.8	

CUADRO 8

Fuente: 2005-2010, cierre presupuestario de cada año y 2011 presupuesto autorizado.

^{a/} No incluye servicios integrales.

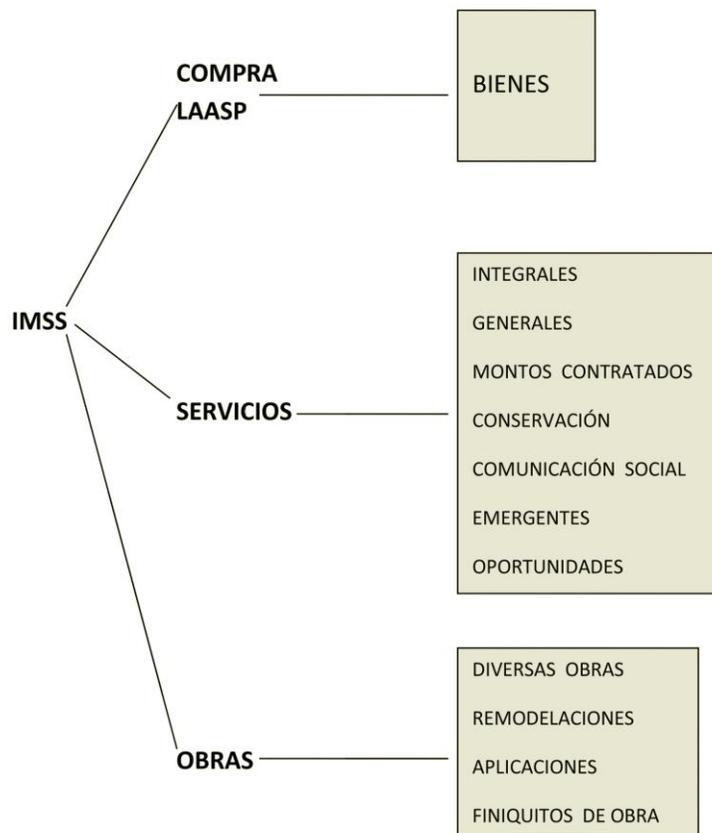
Las compras en el IMSS deben resolver muchas y variadas necesidades, pero la principal es la adquisición de medicamentos que representa el 52% de sus compras globales, ya que su requerimiento mensual es de 12 millones de recetas.

El objetivo debe ser lograr los máximos ahorros en la operación y ofrecer mejores servicios, esto se pretende conseguir mediante la compra consolidada de medicamentos.

Cómo se compra y qué se compra se observa en el cuadro No. 10 clasificación para el procedimiento de compra (Véase Cuadro No. 10 y 11), en estos cuadros se relacionan los diferentes tipos de procedimientos de compra que se practican hasta el año 2011 en el área de Adquisiciones de la Delegación Sur del Distrito Federal.

A partir del 2011 se crea el portal de compra al IMSS, con la página web <http://compras.imss.gob.mx/> para tener mayor apertura de rendición de cuentas públicas, transparencia y explicación de gastos, tiene una base de datos que clasifica y proporciona información específica. (Véase Cuadro No.12 y 13)

Cuadro No. 10.- Procedimiento para la compra en el IMSS



COMO COMPRA:

- POR DELEGACION
- EN LO GENERAL

1. LICITACIÓN PUBLICA.-CONVOCATORIA ABIERTA, NECESIDADES ESPECIFICAS, MEJOR PROPUESTA.
2. INVITACIÓN A 3 PROVEEDORES.- POSIBLES PROVEEDORES, MEJORES CONDICIONES.
3. ADJUDICACIÓN DIRECTA.- NULO EL NO. 2

- COMPRA EMERGENTE EN UNIDADES DE SERVICIO

VA A COMPRAR:

- OPORTUNIDADES
- CALENDARIO DE INVERSION
- HISTORICO DE COMPRAS, PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES

PROVEEDOR

- A QUIEN LE COMPRA
- NORMAS Y ESPECIFICACIONES TECNICAS DE PRODUCTOS QUE COMPRA EL IMSS

Cuadro No. 11.- TIPOS DE COMPRAS

Núm.	TIPO DE COMPRA EN EL IMSS
01	Licitación pública nacional LAASSP
02	Licitación pública internacional bajo TLC LAASSP
03	Licitación pública internacional abierta LAASSP
04	Invitación a cuando menos tres nacional LAASSP
05	Invitación a cuando menos tres internacional bajo TLC LAASSP
06	Invitación a cuando menos tres Internacional abierta LAASSP
07	Adjudicación directa nacional artículo 42, LAASSP
08	Adjudicación directa Internacional abierta, articulo 42, LAASSP
09	Licitación pública nacional 060 LAASSP
10	Licitación pública internacional bajo TLC para 060 LAASSP
11	Licitación pública internacional abierta para 060, LAASSP
12	Adquisición directa nacional simplificada LAASSP
13	Adjudicación directa internacional bajo TLC simplificada LAASSP
14	Adjudicación directa nacional abierta simplificada LAASSP

Cuadro No. 12.- PORTAL DE COMPRANET



Visita el portal oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social

ENTRA EN CONTACTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

PORTAL DE COMPRAS DEL IMSS

UTILIZA LA BÚSQUEDA

Inicio IMSS compró IMSS va a comprar Proveedores IMSS vende Utilerías

Bienvenido al Portal de compras del IMSS.

Esta herramienta tiene el objetivo de *acercar y hacer accesible* para ti, información sobre Transparencia y Rendición de Cuentas en los procesos de adquisiciones en el IMSS, así como facilitar la competitividad entre proveedores.

Aquí podrás encontrar información de tres rubros en particular:

- [¿Qué ha comprado el IMSS?](#)
- [¿Qué va a comprar el IMSS?](#)
- [Zona para proveedores](#)

« || » Bienvenida Adquisiciones Estados que más compraron Proveedores que más vendieron

Información Relevante

- ¿Cómo compra el IMSS?
Conoce los procedimientos de compra que rigen las adquisiciones del IMSS (2:04 min.)
- ¿Quién le vende al IMSS?
Visita el listado de los distintos proveedores del IMSS

12:13 a. m. 01/10/2013

(fuente): Portal oficial Seguro Social, pagina web

Esta valiosa herramienta maneja la información de:

- ✓ Qué ha comprado el IMSS.
- ✓ Qué va a comprar el IMSS.
- ✓ Zona para proveedores.

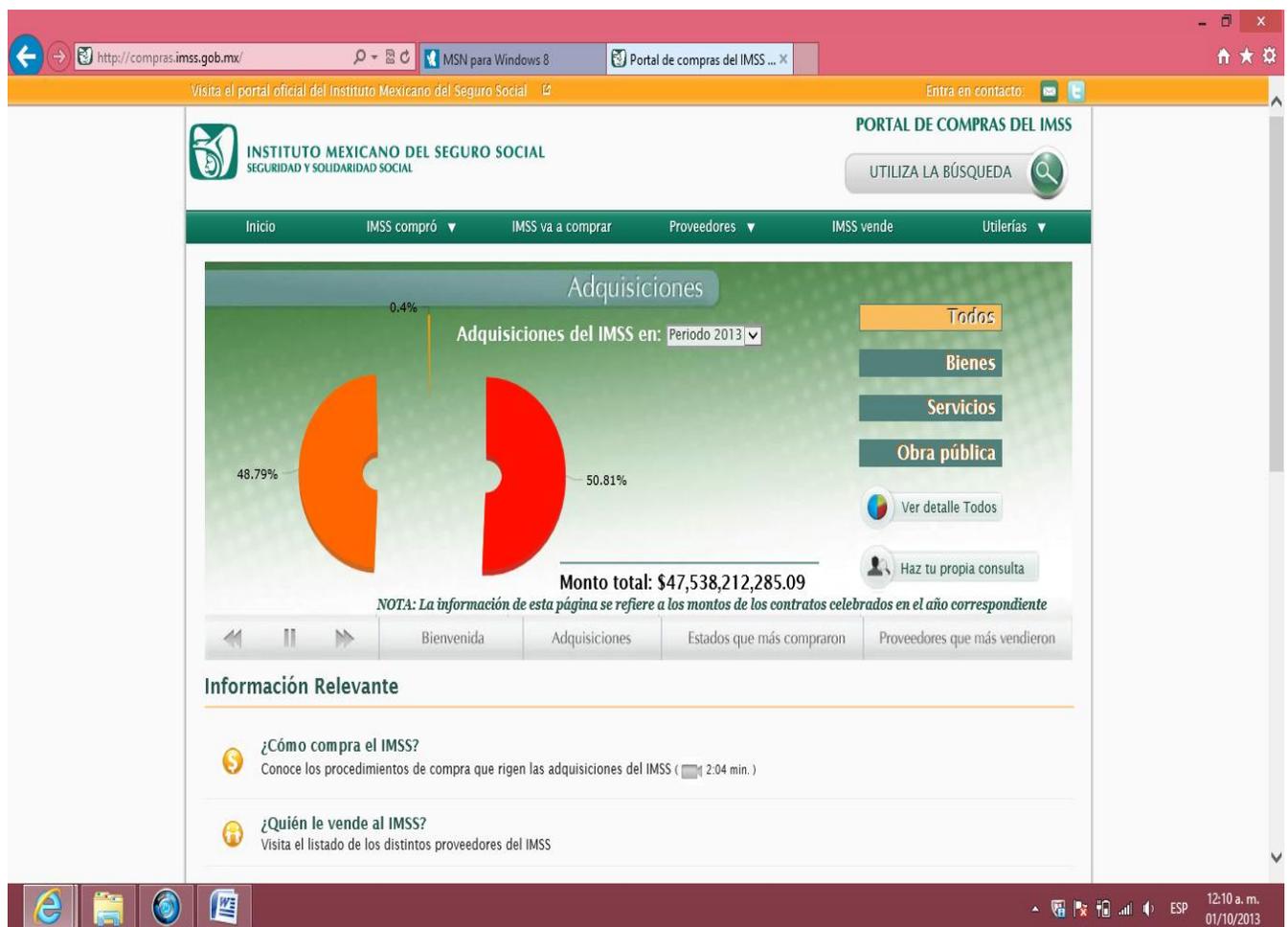
Se destaca en esta página la información siguiente:

- Cómo compra el IMSS.

- Quién le vende al IMSS.
- Qué son los cuadros básicos.
- Cómo le vendo al IMSS.

Así como el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios y Obra Pública.

Cuadro No. 13.- PORTAL DE COMPRAS DEL IMSS. -MONTO DE ADQUISICIONES



(fuente): Portal oficial Seguro Social, pagina web

Entre los logros recientes de la función de adquisiciones del IMSS está, según la OCDE, la lucha contra la colusión en las licitaciones públicas, esto significa que los proveedores no puedan ponerse de acuerdo en cuanto a la oferta de precios para obtener ventajas, con la colaboración o no de personal del Instituto.

Una de las medidas adoptadas desde el año 2000, fue que el IMSS colaborara con la Comisión Federal de Competencia (CFC), contra la posibilidad de malas prácticas en las licitaciones como vicios de manipulación; al año de 2011, se constata esa colaboración del Instituto con la CFC y la OCDE con el fin de implantar “lineamientos para combatir la colusión entre ofertantes en licitaciones públicas” (emitidas por el Comité de Competencia de la OCDE, destacando la capacitación a más de 200 funcionarios de adquisiciones para Nivel Central, Delegaciones y UMAES de todo el país).

Al Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, no es reconocida la actividad de adquisiciones como un elemento estratégico, ya que sólo se lleva a cabo en función de acatar la ley y no en vista de logros mejores y mayores beneficios Institucionales, es decir sólo como algo que se tiene que hacer.

Tampoco se cuenta con una estrategia de adquisiciones explícita, clara y general, ni se hace del conocimiento para todo el personal, al enfrentarse a esto, el área encargada de los procesos de compras del IMSS no obtiene los resultados esperados ni se llevan a cabo con éxito.

Todas las oficinas de adquisiciones en Delegaciones, Coordinaciones y UMAES, están descentralizadas geográficamente, por lo que no se unifican ni trabajan de forma consistente, lo cual reduce la eficiencia de sus procesos.

Igualmente, las llamadas “compras específicas o emergentes” que se realizan de manera particular, minimizan los beneficios que se consideran de manera

consolidada. No obstante, son absolutamente indispensables para la operatividad de las Unidades de manera particular.

Las compras se continúan haciendo sin una planeación estratégica que abarque en lugar de menos más, que se ocasiona por la falta de capacidad para conjuntar información (no obstante tener la pagina de CompraNet) de manera rápida y precisa, también hace falta una evaluación y presentación de informes de forma sistematizada y estadística sobre las compras.

Una de estas cuestiones se observan en la diferencia de sistemas, ya que el sistema de Abasto Institucional utiliza el SAI (quien compra) en todo lo referente al ciclo de compras de bienes y servicios, mientras que la planeación de recursos institucionales (quien paga) utiliza el PREI⁴⁷, como plataforma con que se maneja el presupuesto.

Por lo que se tienen claves de partidas SAI y partidas por PREI para una misma compra, lo que genera confusión.

Además de la problemática de no tener una interacción bien establecida para ambos sistemas y ocasiona lentitud en procesos de contratación para gestión y planeación.

Por ejemplo en la plataforma de BUO de una Unidad, las compras en sistema se duplican, por abasto se carga en el SAI y por el módulo de Control de Compromisos, también para efectos del área contable se carga en el PREI, hay que ubicar el doble cargo y eliminar uno, para obtener el gasto real que ejerce una Unidad.

Es ampliamente reconocido que el IMSS busca comprar “bueno, bonito y muy barato”, como aquel dicho popular y es que el IMSS fundamenta todas sus

⁴⁷ PREI Planeación de Recursos Institucionales

adquisiciones en sus diversas modalidades únicamente en el precio más bajo, aún a costa de los efectos de baja calidad o deficiencia en bienes o servicios, aunados a los incumplimientos de los proveedores que caen en situación de quiebra.

El abasto de medicamentos para las Unidades Médicas es primordial, la falta de ello causa graves consecuencias de salud hacia los derechohabientes que ven interrumpidos sus tratamientos médicos y se amenaza -en muchas ocasiones- su vida por ello.

Las causas del desabasto son:

- ✓ Claves desiertas por falta de oferentes y sobreprecios.
- ✓ Incumplimientos en entrega por parte de la proveeduría.
- ✓ Sobreconsumo en Unidades Médicas.

Los efectos que causa este desabasto son:

- ✓ Niveles de inventarios por debajo del óptimo requerido
- ✓ Inoportunidad en el suministro para la atención del derechohabiente
- ✓ Quejas por desabasto

Las actividades que actualmente se están llevando a cabo en la Delegación Sur para cubrir el desabasto son las siguientes:

- Seguimiento a la proveeduría para entregas anticipadas
- Activación de órdenes de reposición de claves agotadas y de baja existencia
- Recepción extemporánea de medicamentos agotados o con un nivel de inversión menor a 1.5 (45 días), sancionando a la proveeduría
- Solicitudes de traspasos entre Unidades o Delegaciones
- Realizar las compras a través de la Bolsa Única de Ofertas (BUO)
- En casos necesarios las Unidades Médicas, llevan a cabo compras emergentes

Cabe destacar como se ha mencionado que el IMSS es la principal institución de prestación de servicios de salud del país, misma que es muy complejo sustituir so pena de ocasionar un colapso nacional.

Un día normal de atención en el IMSS se traduce en:

471 mil consultas de medicina familiar

77.4 mil de consultas de especialidad

48.5 mil consultas de urgencias

5,456 pacientes hospitalizados

4 mil cirugías

722 análisis clínicos

5,255 sesiones de hemodiálisis

2,075 estudios radiológicos

Paralelamente a la promoción del seguro popular, se ha restringido al IMSS a una serie de limitaciones en su ejercicio presupuestal, obligándolo a destinar una parte de sus recursos a reservas actuariales que respalden su pasivo laboral; lo que le ha imposibilitado mejorar sus servicios, equipamiento e infraestructura.

Esto ha sido apoyado en la ausencia de una dirección que aparte de administrar, defienda al Instituto mismo de la voracidad tecnocrática del gobierno federal en turno, que sólo da la línea de obligar al IMSS a introducirse a la competencia administrativa y verse expuesto de una manera desigual en la competencia de mercados.

4.2.- PERSPECTIVAS Y ALTERNATIVAS.

Algo muy importante que se ha hecho notar en el presente trabajo es que al implementar los “beneficios” en la estrategia de compras centralizadas y consolidadas, se revierten los aspectos negativos cuando las Delegaciones se

quedan sin cobertura contractual durante un cierto periodo, es decir que en el mejor de los casos se lleva de manera exitosa las licitaciones y los contratos correspondientes, pero cuando el proveedor no entrega, se tarda o incumple; se tiene la urgente la necesidad y obligación de conseguir los medicamentos como sea y en condiciones desfavorables; este tipo de situaciones en algunos casos se puede solucionar, incluyendo plazos adicionales para convocatorias y tratando de conservar las condiciones contractuales ya firmadas.

Mediante el análisis de estas situaciones, la OCDE sugiere implantar un plan estratégico de adquisiciones planteadas sobre consultas entre grupos involucrados, áreas encargadas de compras, Coordinaciones de Control, Usuarios, directivos, proveedores entre otros; y de manera muy importante tomar en cuenta las opiniones que esos personajes emitan.

Dicho plan contempla:

- ✓ Visión a largo plazo.
- ✓ Evaluación del contexto para identificar las áreas de mejora.
- ✓ Establecer limitaciones para identificar prioridades con metas definidas.
- ✓ Observar otras dependencias con funciones y necesidades similares para aprovechar al máximo las oportunidades.

Lo primordial para una adecuada estrategia de adquisición es preguntarse si esa compra es realmente necesaria o si las capacidades o recursos previamente ya adquiridos en algún momento por la Institución, es decir analizar o revisar si dentro del Instituto alguien lo tiene ya y esté totalmente consumido o existan remanentes o piezas por consumir rezagadas en alguna unidad hospitalaria o es factible tomarlo como apoyo o traspasarlo de unidad en unidad; es decir contemplar la eficiencia en la distribución de medicamentos y su consumo real.

Se tiene el ejemplo de máquinas para brindar anestesia (de una marca específica) a los pacientes en las cirugías, que el Instituto compró para varios hospitales sin tener en cuenta los consumibles, materiales indispensables que ahora sólo los vende un distribuidor exclusivo que los importa de Austria a precio muy alto y tardando dos meses en entregarlos; y sin los cuales esas máquinas no funcionan, ya que son recipientes para el depósito de cal sodada insustituible en el proceso; esto nos habla de que la exclusividad del abasto por proveedores únicos encarecen el precio e inclusive el producto.

Este hecho podría solucionarse si en lugar de comprar equipos por separado para cada hospital por el precio; se considerara equipos adecuados para uso rudo (existiendo más variedad de marcas en el mercado para este fin) y buscando con oferentes que proporcionaran todos los consumibles necesarios dentro de los contratos integrales de mantenimiento y de forma multianual para optimizar costos y aún más homologándolos en varios hospitales para que existieran mejores precios y buenos descuentos o programas de pago; este es un ejemplo que aunque no es específicamente de medicamento muestra una situación que se repite constantemente en las compras institucionales.

De acuerdo con lo anterior se constata que el manejo en el Instituto dentro de sus procesos de inventarios no es del todo aprovechado.

En cuanto a los medicamentos, existen tres niveles de inventarios para el surtimiento (mínimo, óptimo y máximo), y las órdenes de reposición se generan cuando se alcanza el nivel óptimo para aumentar los pedidos al nivel más alto en lo ideal, pero en la práctica las autoridades de las Delegaciones o UMAES pueden determinar para cuantos días se autoriza el nivel de inversión de almacenaje, el tope, los máximos, mínimos u óptimos.

Habría que cuestionar los niveles de abasto manejados por el Instituto como estrategia, ya que una cosa es el Probable Consumo Mensual (PCM), que supone

el consumo mensual de cada clave dentro de la dotación autorizada en una Unidad, otra que las cantidades que se surten son como se mencionan en el párrafo anterior los niveles máximos surtidos, aunque no lleguen al PCM y aún cuando se cubren con el mínimo por que el almacén no cuenta con existencias suficientes sin embargo, se demuestra el envío del suministro; hay que recordar que los hospitales tienen un consumo directo muy importante, basta con estar en el área de urgencias de una unidad dos horas, cualquier día, tarde o noche y ver el importante flujo de pacientes que llega en ese tiempo.

Otro punto por mencionar es el de las funciones del área de atención a la proveeduría, ya que el único enlace que establece con los proveedores es el de mandarles una carta que les indique que si no entregan dentro de los plazos establecidos en sus contratos, se dará por incumplida su orden de entrega y por lo mismo se harán acreedores a las sanciones correspondientes; es necesaria una actividad de prevención ante la contingencia de que el proveedor no cumpla, así como que la ley imponga sanciones más estrictas ante estos casos.

El IMSS no lleva a cabo relaciones de interacción con los proveedores o el mercado en general se muestra lejano y no tiene personal especializado que lleve a cabo estudios de mercado, ni conoce a los proveedores de forma más cercana. Al no utilizar esta estrategia carece de un horizonte informático y más amplio para la valoración de las compras de acuerdo a productos y servicios disponibles en el mejor o más óptimo beneficio de servicios y costos globales, además de que este tipo de relaciones facilitan la participación de mayores oportunidades de obtener los máximos beneficios del mercado.

El Instituto necesita aumentar la transparencia y certeza en los procesos de convocatorias; ya que los documentos o bases de licitaciones son por lo regular restrictivos, se pierden en especificaciones y son poco claros, al ser muy limitantes disminuyen el nivel de competencia y parecieran ser inducidos para favorecer a un proveedor determinado.

Al mismo tiempo, las licitaciones muestran requerimientos muy genéricos y poco claros, lo cual no facilita el recibir específicamente lo necesario, sino algo similar; ya que existe el riesgo de interpretaciones poco determinadas y riesgos de recibir y pagar bienes que no cumplan con las especificaciones estrictamente requeridas.

El Seguro Social es la Institución que hasta el momento recibe la mayor proporción de quejas e inconformidades sobre los procedimientos de contratación ya que en el periodo de 2007 a 2010 fueron de 1732, lo que representa el 14.3% con respecto al total de sus procedimientos a nivel nacional.

El problema más grande enfrentado en los contratos centralizados (llevados a cabo por Nivel Central) de medicamentos, es que en algunas regiones las entregas no se realizan hasta en un 30%, situación generada por la cantidad menor solicitada y la necesidad de adquirir esos contratos al oferente del precio más bajo.

En otro punto muy relevante la OCDE establece que “la contratación pública es la actividad gubernamental más vulnerable al derroche, al fraude y a la corrupción”⁴⁸.

Por lo regular los puestos del personal que maneja en las Unidades Hospitalarias las compras y los controles del Abasto, son -en cuanto a percepciones salariales- de niveles muy bajos con respecto a las áreas médicas no corresponden a las responsabilidades y recursos que se encuentran a su cargo, como son cuidado y responsabilidad ante bienes patrimoniales del Instituto, que cuando se demuestra un mal manejo o fallas ante las constantes supervisiones, amenazan con recisiones laborales y llegan a manejar situaciones penales agravadas por ser delitos federales.

⁴⁸OCDE (2012), *Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia: Instituto Mexicano del Seguro Social*, OECD Publishing. p.52

Hasta el momento no se cuenta con un programa integral y decisivo que alcance la prevención contra la corrupción dentro de las áreas adquirentes.

El caso de noviembre de 2010, exhibe la situación donde se hace del conocimiento público por los medios de comunicación que el Coordinador de Adquisiciones de bienes y Contratación de Servicios del IMSS, César Mora Eguiarte, negocia una compra de medicamento por valor de 80 millones de pesos con Rafael Castro de los Laboratorios Novartis (nota del Universal diario); caso que concluyó con la suspensión del cargo al funcionario involucrado por parte de la Secretaría de la Función Pública y la intervención del Órgano Interno de Control, abriendo el expediente de la investigación DE/903/10.

La OCDE presenta informes con relación a los millones autorizados para las compras, que se realizaron para el IMSS en los años de 2009 al 2012:

Para 2012 se autorizaron 38 mil 125 millones 566 mil 650 pesos, por licitación pública.

- 32 mil 744 millones, 976 mil 500 pesos en invitación cuando menos a tres personas.
- 3 mil 138 millones, 848 mil 855 pesos en adjudicación directa.
- 2 mil 244 millones, 741 mil, 294 pesos en compras emergentes por unidad.
- En años anteriores ha habido gastos esporádicos por lo que la cifra podría variar. Los concursos están normados por La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

- En 2011 el monto fue de 74 mil 869 millones, 436 mil 339 pesos, por licitación pública.
- 8 mil 374 millones, 450 mil 561 pesos, en invitación.
- 61 mil 976 millones, 38 mil 702 pesos; por adjudicación directa.
- 18 millones 652 mil,82 pesos para “compra emergente” en unidad

- Para 2010, fueron 52 mil, 353 millones, 765 mil, 112 pesos de los cuales 36 mil, 640 millones 451 mil, 237 pesos por licitación.
- 4 mil 919 millones, 739 mil 884 pesos, por invitación.
- 10 mil, 179 millones, 631 mil 38 pesos, por adjudicación.
- 613 millones 942 mil 953 pesos por “compra emergente” en unidad.

- En el 2009, se invirtieron 53 mil 73 millones, 504 mil 235 pesos, en licitación pública.
- 10 mil 492 millones, 958 mil 855 pesos en invitación.
- 38 mil 868 millones, 962 mil 43 pesos en adjudicación directa.
- 3 mil 266 millones, 316 mil 723 pesos en “compra emergente” en unidad.

En el cuadro No. 14 se puede observar cuales son los estados de la República Mexicana en los que el IMSS compra más:

Cuadro No. 14.- ESTADOS DE LA REPÚBLICA DONDE COMPRA MÁS EL IMSS

QUIÉN COMPRA MÁS?	D.F	EDO.MEX	JALISCO	NVO.LEON
2009	\$5,376,303,969.28	\$4,144,115,491.55	\$2,910,231,103.97	\$2,076,988,090.60
2010	\$7,180,213,248.08	\$2,851,260,544.14	\$2,904,918,634.89	\$2,891,890,077.55
2011	\$4,304,833,613.83	\$3,203,021,331.60	\$2,706,989,831.39	\$2,726,726,272.54
2012	\$4,514,045,847.62	\$2,837,474,562.69	\$2,348,424,383.72	\$1,971,605,741.56
2013	\$2,037,575,348.40	\$3,091,079,510.90	\$2,082,990,222.48	\$1,271,794,078.29

FUENTE IMSS COMPRA NET.

Como se aprecia, en general las perspectivas no son favorables para el IMSS. ya que depende de factores múltiples que ayuden a ser eficaz y eficiente en cuanto a las compras de medicamentos, que garanticen el apego al tratamiento y al logro de la salud para sus pacientes.

4.3.- RETOS A VENCER.

Una vez realizado el diagnóstico en cuanto al Abastecimiento y Compras de medicamentos en el IMSS, cabe señalar los puntos a solucionar de acuerdo a la problemática analizada de las deficiencias generalizadas en los procesos de abastecimiento:

- Colusión entre los oferentes.
- Compras públicas consideradas una función administrativa y no una estrategia.
- Falta de datos estadísticos.
- Leyes y reglamentos que constituyen un marco “débil” para imponer infracciones al bajo desempeño de los proveedores o incumplimientos de lo contratado.
- Compras de última hora a precios elevados para cubrir necesidades urgentes.

El IMSS se encuentra ante el desafío de proveer más y mejores servicios con recursos muy limitados, el mejoramiento de las compras públicas es una condición prioritaria para mejorar la calidad de su gasto y fortalecer su credibilidad ante la percepción de la ciudadanía.

Las recomendaciones de la OCDE, son:

- Consolidación de compras públicas por centros locales.
- Licitaciones conjuntas con otras dependencias de gobierno.
- Coordinación con la Secretaría de la Función Pública.
- Eliminación de juntas de aclaración para evitar intercambios de información que propicie acuerdos de colusión.
- Cambio de cultura al interior de la Institución con estrategias fundamentales en valores éticos.

- Denuncias de actos ilícitos.
- Implementar medidas que aseguren la transparencia en compras, distribución basadas en controles y políticas anticorrupción, desde las esferas operativas, los altos volúmenes y robo hormiga.
- Mejorar el procedimiento para la compra emergente de bienes de consumo, en las Unidades Médicas.

Puede observarse también, por las noticias difundidas en los medios, que el gobierno actual del Presidente Enrique Peña Nieto (2012-2018), pretende privilegiar esquemas de contratación masiva centralizada mediante compras consolidadas, contratos marco y subastas en reversa, para satisfacer “los requerimientos de la administración pública federal”.

En la estrategia de contratación pública están en camino mecanismos por 85 mil millones de pesos que contemplan una compra de medicamentos consolidada y con contratos multianuales por 12 mil millones de pesos para arrendamiento vehicular (transporte para suministros).

A través de la Secretaría de la Función Pública habrá un seguimiento de vigilancia a los procesos de compras centralizadas y se evitará (con el uso de nuevas tecnologías), la interrelación directa entre los funcionarios y proveedores para evitar actos de corrupción.

Las estrategias se implementarán bajo los principios de:

- Eficiencia.
- Eficacia.
- Economía.
- Transparencia.
- Honradez.

Todo esto con base en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece que... “LOS RECURSOS ECONOMICOS DE QUE DISPONGAN LA FEDERACION, LOS ESTADOS, LOS MUNICIPIOS, EL DISTRITO FEDERAL Y LOS ORGANOS POLITICO-ADMINISTRATIVOS DE SUS DEMARCACIONES TERRITORIALES, SE ADMINISTRARAN CON EFICIENCIA, EFICACIA, ECONOMIA, TRANSPARENCIA Y HONRADEZ PARA SATISFACER LOS OBJETIVOS A LOS QUE ESTEN DESTINADOS.

(REFORMADO MEDIANTE DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 07 DE MAYO DE 2008)

LOS RESULTADOS DEL EJERCICIO DE DICHS RECURSOS SERAN EVALUADOS POR LAS INSTANCIAS TECNICAS QUE ESTABLEZCAN, RESPECTIVAMENTE, LA FEDERACION, LOS ESTADOS Y EL DISTRITO FEDERAL, CON EL OBJETO DE PROPICIAR QUE LOS RECURSOS ECONOMICOS SE ASIGNEN EN LOS RESPECTIVOS PRESUPUESTOS EN LOS TERMINOS DEL PARRAFO ANTERIOR.

(ADICIONADO MEDIANTE DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 07 DE MAYO DE 2008)

LO ANTERIOR, SIN MENOSCABO DE LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 74, FRACCION VI Y 79.

(ADICIONADO MEDIANTE DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 07 DE MAYO DE 2008)

LAS ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y ENAJENACIONES DE TODO TIPO DE BIENES, PRESTACION DE SERVICIOS DE CUALQUIER NATURALEZA Y LA CONTRATACION DE OBRA QUE REALICEN, SE ADJUDICARAN O LLEVARAN A CABO A TRAVES DE LICITACIONES PUBLICAS MEDIANTE CONVOCATORIA PUBLICA PARA QUE LIBREMENTE SE PRESENTEN PROPOSICIONES SOLVENTES EN SOBRE CERRADO, QUE SERA ABIERTO PUBLICAMENTE, A FIN DE ASEGURAR AL ESTADO LAS MEJORES CONDICIONES DISPONIBLES EN CUANTO A PRECIO, CALIDAD, FINANCIAMIENTO, OPORTUNIDAD Y DEMAS CIRCUNSTANCIAS PERTINENTES.

(REFORMADO MEDIANTE DECRETO PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 28 DE DICIEMBRE DE 1982).⁴⁹

Cabe aclarar que el contrato marco, significa un convenio general que celebra una dependencia con uno o varios proveedores y en el que se fijan condiciones de precio y calidad del bien o servicio.

Se considera una ventaja, en virtud que podrán adherirse a este mecanismo otras dependencias que requieran un producto o servicio similar.

Las subastas en reversa se plantean a fin de que se contrate al proveedor que ofrezca menor precio.

⁴⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Pero aún bajo estos planteamientos sigue existiendo el riesgo de la colusión entre oferentes, podemos identificar el comentario de algún representante de un laboratorio que acudió a un eventos de licitación pública, éste refirió que antes de entrar al salón donde se llevaría a cabo un evento de este tipo, inmediatamente se fue a localizar al competidor de la clave que se licitaba para proponerle el “acuerdo” de topar un precio mínimo, que les favoreciera a ambos y definitivamente no bajarlo más para obligar al Instituto a por lo menos adjudicarles el 50% para cada uno.

La información que se maneja de que el financiamiento del IMSS se ve afectado por la incidencia de seis enfermedades crónico degenerativas (cáncer, diabetes y las inmunodeficientes principalmente) son las que hacen el mayor cargo en el gasto, por lo que es urgente un replanteamiento del esquema que represente un buen funcionamiento para la atención y el mejoramiento de la administración de inventarios, que optimice la cadena de suministro desde el proveedor hasta la farmacia.

Existe la propuesta de que haya una mejor prescripción razonada y la posibilidad de contar con recetas que se puedan resurtir hasta por tres meses, en especial para los pacientes que por sus padecimientos crónicos puedan evitar ir cada mes por sus medicamentos y así desahogar la saturación de clínicas, lo que permitiría liberar cinco millones de lugares de consulta anuales en los hospitales de segundo nivel, donde la atención es más costosa.

Como comentario final para este nuevo retorno del Partido Revolucionario Institucional, se sabe que el aumento al presupuesto para el ISSSTE será para el año próximo 2014 del 22% y para el IMSS sólo el 7 %, disminuyendo en gran proporción al anterior.

Al final se puede dar la razón a lo que cita la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud:

*“la justicia social es cuestión de vida y muerte [...], el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad [...], las desigualdades evitables de salud surgen a causa de las circunstancias en las cuales la gente crece, vive, trabaja, envejece y del sistema construido para enfrentar la enfermedad. Las condiciones en las cuales la gente vive y muere están, a su vez, creadas por las fuerzas políticas, sociales y económicas”.*⁵⁰

Con este capítulo se termina la investigación en el marco del control del abasto de medicamentos en el IMSS en la Delegación Sur del Distrito Federal durante 2007-2011, periodo en el cual se llevaron a cabo modificaciones en cuanto a la atención del abasto de medicamentos y cuyos resultados tampoco resolvieron la situación en general.

⁵⁰ Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de alto nivel (2005-2008).

CONCLUSIONES

La situación del desabasto generalizado en el IMSS no se resolvió en los últimos doce años, debido a que la problemática política gubernamental se enlaza con la que se observa mal o bien hacia adentro de la institución, en cuanto a los procesos y procedimientos del sistema de abasto institucional.

El significado real de todo esto es el debilitamiento del IMSS (como el de muchas Instituciones del País) y la pérdida de la fuente de empleo de miles de trabajadores del Instituto, aunado a la vulneración del derecho constitucional a la salud.

Teniendo claro que el objetivo debía ser que las adquisiciones de los medicamentos se realicen apegados estrictamente a la normatividad vigente, con transparencia, eficiencia, imparcialidad, en las mejores condiciones de calidad, oportunidad y mejor precio -cuestión que claramente no se ha cumplido, ni realizado de tal forma-, al Instituto le interesa que sus compras se lleven a cabo siempre a favor de la propuesta de menor costo y el mayor volumen-beneficio, sin destacar el estándar de calidad, sólo que cubra el suministro indispensable y hasta donde sea posible.

Lo relevante es reflejar y dejar evidencia documental en cuanto a que se da cumplimiento a la atención en porcentajes (cobertura mínima del 97% de claves atendidas), no señalando que el volumen de la cobertura de los medicamentos existentes para ser surtidos a los derechohabientes, sea sólo para fines estadísticos y no para cubrir la necesidad real de la población usuaria.

No obstante los procedimientos que involucran las compras de medicamentos a nivel nacional, y que se supone que en las delegaciones se encuentran aparentemente bien definidos, normados y estandarizados; no lo están.

Constantemente se llevan a cabo modificaciones o cambios en la manera de realizar estos procedimientos de compras que no son documentados, teóricamente se fundamentan en los artículos de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del sector público, pero por lo regular se observan cuando entran o salen administraciones nuevas, o se implementan novedosos programas; ya sean informáticos o Institucionales, derivados por lo regular de los candados o límites que se aplican o se añaden a los procedimientos de adquisiciones en razón principalmente de presupuestos.

Tanto la plataforma de IMSS-COMPRANET o el BUO, establecen condiciones cada vez más restrictivas para realizar adquisiciones de medicamentos, según el nivel de atención correspondiente, ya que en el primer nivel de atención casi no se realizan compras, donde más se aplican es en el segundo nivel de atención.

La clasificación de los medicamentos según los padecimientos que atienden también sirve como alerta, ya que la vinculación patología-tratamiento-costo, es inseparable y la problemática se incrementa por los presupuestos y nivel de la contratación, es decir que no es lo mismo los medicamentos que se proporcionan para la atención de la diabetes mellitus que tienen un costo relativamente bajo en comparación a los de HIV o enfermedades Lisosomales que se conocen como medicamentos de alto costo.

Los puntos más relevantes en cuanto a los procedimientos de compras del IMSS, visto de manera muy amplia es la colusión entre los proveedores oferentes, la enorme falta de conocimiento o capacitación del personal que maneja las adquisiciones por parte del Instituto, los desgastantes trámites y extensas bases y contratos de licitaciones, el hecho de que es difícil erradicar por completo la corrupción en cualquier nivel por básico que sea.

Además se encuentra la dificultad de llevar a cabo compras exitosas de manera consolidada; es decir que en una sola compra se adquiriera una gran cantidad que minimice los costos por volumen y que se distribuya adecuadamente para todas las unidades que lo requieran.

El estudio específico de la OCDE, acerca de las compras en el IMSS concluye que deben de promoverse estrategias integrales donde se coordinen todos los involucrados, áreas de compras, coordinaciones de Control de Abastecimiento, usuarios, directores, proveedores, etcétera; para realizar acciones conjuntas y coordinadas donde se tenga prevista la visión a largo plazo, las evidencias del contexto, identificar las metas y aprovechar el mercado global con otras dependencias que tengan los mismos requerimientos.

La imperiosa necesidad de llevar toda clase de interacciones de manera directa con los proveedores, para aclarar dudas, manejar a conciencia tiempos definidos de entrega y la obtención de los mejores servicios disponibles.

En cuanto a las juntas de aclaraciones tenemos que:

El artículo adicionado 26 bis DOF 28-05-2009 de la LAASP nos habla de las juntas de aclaraciones:

- I. como el acto de presentación y apertura de proposiciones del acto de fallo de forma presencial.
- II. De forma electrónica a través de Compra Net.
- III. De forma mixta, presencial o electrónica.

En el artículo 33 bis, para la junta de aclaraciones se considerará lo siguiente:

“el acto será presidido por el Servicio Público designado por la convocante, quien deberá ser asistido por un representante del área técnica o usuaria de los bienes o servicios objeto de la contratación, a fin de que se resuelvan en forma clara y

precisa las dudas y planteamientos de los licitantes relacionados con los aspectos contenidos en la convocatoria.

El observar la transparencia y certeza en los procesos licitatorios que sean llevados a cabo con reglas más claras, ágiles y transparentes al describir completamente los insumos requeridos, sus especificaciones técnicas, legales y administrativas de manera que no exista posibilidad de duda.

La necesidad histórica de privilegiar la calidad y cantidad con el máximo beneficio sobre lo barato, que sería lo más adecuado, en ocasiones es inútil; la alternativa es realizar las mejores compras en cuanto al máximo provecho del costo-beneficio.

Contar con personal perfectamente capacitado y salarialmente bien remunerado, acorde a la responsabilidad de realizar las adquisiciones con los candados establecidos para evitar corrupción en las compras; por medio de programas decisivos, preventivos y correctivos contra las conductas ilícitas.

Se requiere entonces fortalecer los marcos legales que apoyen el área de supervisión de la Secretaría de la Función Pública, que en cuanto a temas de adquisiciones la sostienen la transparencia y la rendición de cuentas, asumiendo el reto de disminuir los casos de corrupción y malas prácticas al interior de la Administración Pública Federal a través de la cultura de la prevención con los manejos claros y transparentes de los recursos públicos.

Asimismo, tener revisiones constantes de las políticas de compras emergentes en unidades para tener claridad y transparencia en su ejecución durante todo el proceso, así como facultad resolutoria pronta y expedita.

En conclusión se tiene que las causas del desabasto de medicamentos en las Unidades de atención médica no se deben sólo a la correlación desfasada entre la

demanda real y el surtimiento; involucra muchos más aspectos que los procesos y procedimientos de abasto, en conjunto son claves desiertas por falta de oferentes y sobrepuestos, incumplimientos en tiempos oportunos de entrega por parte de la proveeduría y sobre consumo en unidades médicas, pero sobre todo los problemas financieros que tienen que ver con el presupuesto otorgado para compras delegacionales en el IMSS cada año y el manejo que se realiza desde el área de adquisiciones de Nivel Central para que la contratación sea la acorde en base a la transparencia, el máximo beneficio de acuerdo a los costos relacionados con la necesidad de las Delegaciones y Unidades Médicas; y por consecuencia que los derechohabientes que cambian una receta en cualquier Farmacia de la Institución, lo hagan para recibir algo más que medicamentos, tener una oportunidad de continuar con vida.

En los últimos doce años de gobierno se observa que se ha llevado a cabo solamente la administración de los recursos manteniendo las coberturas con lo necesario o básicamente indispensable, que si bien no es malo solo sirve de paliativo y no resuelve el fondo de la problemática del desabasto de medicamentos en las farmacias del IMSS.

APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN A LA CIENCIA POLÍTICA Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La seguridad social es un elemento de primer orden, que forma parte de la política pública social, en la que una nación debiera ser capaz de instrumentar, como su fin último la protección y la justicia social dónde, sus motores son la necesidad y el riesgo.

El Abastecimiento dentro del IMSS es uno de los pilares de la atención médica actual, ya que sin un desempeño eficaz y eficiente no se cuenta con la materia prima base de la operatividad de una Unidad Médica y por ende se atenta contra la salud de la mayoría de la población mexicana.

La propuesta de realizar las compras de forma consolidada de todo el sector salud para obtener todos los beneficios de adquirir a mejores precios y condiciones sería aplicable, siempre y cuando también se tuviera la certeza de que los proveedores tendrían la capacidad de producción a gran escala y de llevar a cabo las entregas cumpliendo en tiempo y oportunidad; o bien crear un tipo de contrato especial donde un proveedor se hiciera responsable de coordinar a varios fabricantes a la vez para cumplir con las entregar conjuntas.

Las investigaciones deben realizar preguntas y resultados válidos sobre la vida social y política de nuestro entorno, ya que el formar especialistas sobre un tema debe ser un objetivo de la formación académica. Dentro del rubro del abastecimiento en el IMSS es de primer orden contar con estudiosos de la Ciencia Política y la Administración Pública que con sus conocimientos y capacidad de análisis, coadyuven a resolver la problemática multifactorial que se crea en una Institución de gran importancia como es ésta, que presta servicios de alto riesgo para la sobrevivencia de la población, así como el ejercicio para el cumplimiento de un derecho constitucional: El derecho a la salud.

GLOSARIO

ABASTECIMIENTO: Es la actividad económica de suministrar lo necesario para el consumo de una Unidad Médica.

ADQUISICIÓN: Acto o hecho en virtud del cual una persona adquiere el dominio o propiedad de una cosa -muebles o inmueble- o algún derecho real sobre ella. Significa también cosa adquirida. Puede tener efecto: a título oneroso o gratuito; a título singular o universal. La compra para el suministro de bienes muebles que deban incorporarse, adherirse a un bien inmueble o destinarse a un servicio. Acción mediante la cual el IMSS toma la propiedad de una mercancía, materia prima o bien mueble por cualquiera de los medios o formas en que deba ser transmitida, desde el momento en que legalmente se considera perfeccionado el acuerdo de voluntades, mediante la celebración de un contrato de suministro o el fincamiento de un pedido.

ALMACÉN: Es el área donde se reciben, custodian, guardan, almacenan, controlan y despachan - bienes de consumo e inversión, dentro de la circunscripción que le corresponda. Tienen la facultad de otorgar sellos de alta por la recepción de los bienes. En el IMSS, las áreas consideradas como unidades almacenarías, son las siguientes:

- Almacén Central,
- Almacén Regulador o Almacén Regional,
- Almacén Delegacional,
- Almacén de Unidad Médica (incluye almacén a granel) -Farmacia.
- C. E. Y. E. (Central de Equipos y Esterilización).

ALMACENAMIENTO: Es la acción de guardar de manera ordenada los bienes considerando su identificación según su tipo y grupo de suministro, número de lote y fecha de caducidad en su caso. El acto de almacenar o de estar un bien resguardado o custodiado, en un lugar designado para su protección.

ALMACÉN INSTITUCIONAL: Área facultada para la recepción, custodia, resguardo, almacenamiento, control y despacho de bienes, y destinados a mantener una existencia de bienes para ser distribuidos a todas las unidades de la Institución que los requieran para su operación y adecuado funcionamiento, dentro de las condiciones de uso y con la calidad requerida.

ALMACÉN DELEGACIONAL: Área facultada en la Delegación, para la recepción, custodia, control, despacho y distribución de bienes de consumo e inversión, así como la expedición de altas por la recepción de los mismos.

ALMACÉN DE UNIDAD MÉDICA: Área facultada en la Unidad de Atención Médica para la recepción, custodia, control y entrega de bienes de consumo e inversión para el uso y servicio de la unidad.

ALMACÉN REGULADOR O REGIONAL: Área facultada en la Dirección Regional, para la recepción, custodia, control, despacho y distribución de bienes de consumo de uso terapéutico, así como para regular las existencias y la expedición de altas por la recepción de los mismos, dentro de la circunscripción de la Delegación sede.

AUTORIZACIÓN DE COMPRA: Es el documento oficial expedido por la Coordinación Regional de Abastecimiento, Almacén Regulador a las Unidades Médicas circunscritas al mismo, en donde autoriza comprar localmente los bienes de consumo no surtidos por el nivel central o por el propio almacén regulador.

BUO: Bolsa Única de Ofertas; es la modalidad de adquisición de bienes de Consumo Terapéuticos por adjudicación directa que opera vía internet; y consiste en la publicación de los mismos que son sistematizados por el IMSS y el registro de ofertas de los interesados. Plataforma sistematizada Institucional para compras emergentes en las Unidades para las claves autorizadas dentro PCM, para los grupos 010,030, 040, 060, y 080.

CALIDAD: Es el grado de satisfacción de las expectativas o requerimientos que lo usuarios obtienen de un bien o servicio prestado. Trato y atención de excelencia.

CATÁLOGO GENERAL DE ARTÍCULOS: Es una relación detallada de claves con descripciones y tipos de presentación, por grupo y subgrupo de suministro (bienes de consumo y bienes de inversión); si están dentro o fuera de cuadro básico o en proyecto; si son del Sector Salud o del IMSS y otros datos normativos.

CICLO DE ABASTECIMIENTO: Periodo determinado para cubrir las etapas de identificación y determinación de necesidades, consolidación, adquisición, suministro, control de calidad, distribución y consumo de los bienes muebles que requiere la Institución para garantizar los servicios que presta a la población derechohabiente.

CLAVE DEL ARTÍCULO: Es la expresión codificada y asignada a cada bien que adquiere el Instituto y que sirve para uniformar, unificar y establecer un número único de identificación.

COFECO: Comisión Federal de Competencia.

COMPRA LOCAL: Es la acción que efectúan las Delegaciones del Instituto para adquirir mediante el pago correspondiente, bienes considerados como desconcentrados. También se efectúan compras de los bienes considerados

como concentrados, siempre y cuando exista autorización expresa del nivel normativo, regional o delegacional.

COMPRA URGENTE O INMEDIATA: Procedimiento para obtener el suministro inmediato en farmacias privadas de la localidad de claves desabastecidas.

PROMEDIO DE CONSUMO MENSUAL (P.C.M.): Es el consumo promedio mensual por artículo. Se obtiene de la suma de los consumos por artículo de un año, dividido entre doce meses, en el caso del cálculo de dotación autorizada. Para niveles de inversión en el Módulo de Inventarios del SAI será la suma de los consumos de un artículo durante un año dividido entre el número de meses con cantidad mayor a cero.

CONTRALORÍA INTERNA: Órgano de Control Interno del IMSS. Órgano de apoyo de las Dependencias y Entidades, la cual realiza sus funciones de acuerdo con las leyes establecidas, así como las disposiciones, normas y lineamientos que expide la Secretaría de la Función Pública; su responsabilidad característica es la de apoyo y vigilancia, debiendo evaluar y comprobar con el fin de hacer sugerencias constructivas de tipo preventivo y correctivo.

CONTRARREFERENCIA: Decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutive para continuar su atención médica, después de haber sido atendido de un daño específico a la salud y que se realiza con base a los criterios técnicos médicos y administrativos.

CONTROL: Es un mecanismo preventivo y correctivo adoptado por la administración de una Dependencia o Entidad que permite la oportuna detección y corrección de desviaciones, ineficiencias o incongruencias en el curso de la formulación, procurar el cumplimiento de la normatividad que las rige y las estrategias, políticas, objetivos, metas y asignación de recursos.

CONTROL DE EXISTENCIAS: Registro físico y valorizado de todos los movimientos referidos; tanto a los movimientos de entradas y salidas reales, como a los movimientos de la misma naturaleza, pero, motivados por ajustes contables en valores o sobre ajustes en lo físico por faltantes y sobrantes de inventario, de acuerdo a las normas establecidas por la Coordinación de Abastecimiento, para los bienes de consumo.

CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL: Documento que relaciona los bienes por grupo de suministro determinados como fundamentales e indispensables en la operación del Instituto. Deberá estar autorizado por la Comisión de Cuadro Básico correspondiente.

DERECHOHABIENTE (DH): Asegurado o pensionado y sus beneficiarios legales que tienen derecho a estar protegidos en los términos de la Nueva Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

DICTAMEN TÉCNICO (DE CALIDAD): Documento emitido por la Unidad de Control Técnico de Insumos o el Departamento Delegacional de Control Técnico de Insumos sobre el resultado del análisis a los productos y Empresas. En los aspectos técnicos de calidad, presentado por las empresas y el cual puede resultar aprobado sin vigencia o rechazado.

DIRECCIÓN REGIONAL: Nivel jerárquico dentro de la estructura administrativa por circunscripción del Instituto, responsable de la dirección y control de las Delegaciones que le corresponden, de acuerdo con su área de competencia delimitada geográficamente (nivel delegacional).

EFICACIA: Capacidad de lograr los objetivos y metas programados con los recursos en un tiempo determinado.

EFICIENCIA: Uso racional de los medios con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado; es el requisito para evitar o cancelar dispendios y errores.

ESTÁNDAR: Medida de desempeño esperado, que es utilizado para evaluar o comparar las acciones realizadas.

FARMACIA: Conjunto de conocimientos sobre la naturaleza y preparación de compuestos naturales y sintéticos útiles en terapéutica. local destinado a la guarda, control, y venta de medicamentos y artículos de belleza, que cuentan con licencia sanitaria o aviso de apertura expedida por la Secretaría de Salud y de acuerdo a los requisitos que marca la Ley General de Salud.

FARMACIA IMSS: Unidad Almacenería del IMSS especializada en proporcionar el suministro de los medicamentos que prescriben los médicos del mismo y cumple con las funciones de solicitar, recibir, almacenar, controlar y entregar los medicamentos controlados y no controlados a los derechohabientes y servicios de hospital.

FUENTE ALTERNA DE ABASTO: Procedimiento para obtener el suministro inmediato, por parte de mayoristas, distribuidores, cadenas de farmacias o farmacias de la localidad de claves desabastecidas.

GENÉRICO: Se utiliza en la clave del artículo para señalar el agrupamiento o familia de bienes con características iguales o funciones semejantes, de acuerdo con el grupo o subgrupo de suministro.

GRUPO DE SUMINISTRO: Es una clasificación administrativa señalada por la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera que permite el control de los bienes de consumo a través de las diferentes fases del proceso del abastecimiento y está relacionado con la partida presupuestal.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INDICADOR: Es el instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.

INSUMOS PARA LA SALUD: Son aquellos bienes terapéuticos que se consideran como medicamentos, equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, ayudas de diagnósticos, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y algunos productos higiénicos, estos últimos en los términos de la fracción VI del artículo 262 de la Ley General de Salud.

INVENTARIO: La cantidad de propiedad disponible en cualquier momento dado; una lista desglosada por artículo de las cantidades de propiedad indicada como disponible en un momento determinado. Anotación ordenada de los bienes de una persona o de una entidad. Registro llevado en conexión con las actividades diarias de la empresa.

LAASSP: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público.

MÁXIMOS: En los almacenes del Instituto es un término que representa la cantidad máxima de número de bienes permitido, expresados en presentación del Cuadro Básico Institucional que se calcula, para efectos del proceso de reabastecimiento. Esta cantidad se obtiene por mes para Unidad de Servicio, Almacén Delegacional, Almacén Regulador y Almacén Central.

MÁXIMO (ALMACÉN REGULADOR O DELEGACIONAL): Es la sumatoria de todas las frecuencias de las unidades de servicio que dependen del almacén, asociada con el factor máximo por el consumo promedio diario.

MEDICAMENTO: Agente, sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético (simple o compuesto) que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio (se administre al exterior o al interior), que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal, por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. En el IMSS, se consideran dentro del grupo de suministro de medicamentos a las medicinas, productos de medicina preventiva (vacunas), lácteos y a los narcóticos y estupefacientes.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS INTERCAMBIABLES: Los medicamentos con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y con especificaciones farmacopeicas iguales o comparables, que después de cumplir con las pruebas requeridas ha comprobado que sus perfiles de disolución o su biodisponibilidad y otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del medicamento innovador o producto de referencia y que se encuentre registrado en el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables y se identifique con su denominación genérica.

META: Expresión cuantificada del objetivo a lograr por el área que es responsable de la acción a la que se refiere la meta, en un espacio y tiempo determinado y con los recursos necesarios, debiendo ser compatible con el objetivo y permitir la medición, computando el grado de realización de la meta prevista.

MÍNIMOS: Para los almacenes del Instituto es un término que representa la cantidad mínima de número de bienes permitido, expresados en presentación de Cuadro Básico Institucional que se calcula para efectos del proceso de reabastecimiento. Esta cantidad se obtiene por mes para Unidad de Servicio, Almacén Delegacional, Almacén Regulador y Almacén Central.

MÍNIMO (ALMACÉN REGULADOR O DELEGACIONAL): Es la sumatoria de todas las frecuencias de las unidades de servicio que dependen del almacén, asociada con el factor mínimo por el consumo promedio diario. Este catálogo contiene el número de codificaciones de las que están compuestas las clasificaciones presupuestales por cada Unidad de Servicio y Tipo de Servicio en el IMSS, así como su domicilio, permitiendo validar la circunscripción, localidad, tipo de servicio, tipo de explotación, inmueble y partida presupuestal.

MONITOR DE UNIDAD MÉDICA: Persona Responsable de supervisar y apoyar en la implantación y operación recurrente de sistemas automatizados, procedimientos y aprobada por la Dirección de Organización y Calidad y de la Coordinación de Personal, con el curso de Habilitación de Instructores para capacitar y transmitir al personal de Unidades de Atención Médica diferentes cursos una vez capacitado él, en el tema que se trate.

MONITOR DE FARMACIA: Persona Responsable de supervisar y apoyar en la implantación y operación recurrente de sistemas automatizados, procedimientos y aprobada por la Dirección de Organización y Calidad y de la Coordinación de Personal, con el curso de Habilitación de Instructores para capacitar y transmitir al personal de Farmacias diferentes cursos una vez capacitado él, en el tema que se trate.

NIVEL DE INVERSIÓN: Es el porcentaje asignado de la cantidad en meses de existencias almacenadas, con los que debe contar la unidad almacenaría.

ORDEN DE COMPRA DE UNIDAD MÉDICA: Documento oficial mediante el cual se le solicita al proveedor suministre bienes directamente en las Unidades de Atención Médica de acuerdo a las condiciones establecidas en el contrato abierto de suministro.

ORDEN O SOLICITUD DE REPOSICIÓN: es la acción mediante el cual se le solicita al proveedor la reposición de los bienes sujetos a las condiciones establecidas en un contrato abierto y que han sufrido movimiento en los Almacenes Reguladores, Delegacionales y/o Almacén central, realizada a través del SAI por transmisión electrónica, vía internet o forma manual.

PACIENTE CON TRANSCRIPCIÓN: Es el derechohabiente que después de un tratamiento regresa de una unidad de 3er o 2do nivel a su unidad de origen para la continuación del mismo.

PERIODO DE RESURTIDO: Es el número de días que se asigna a la Unidad de Servicio por la Unidad Almacenería, de conformidad con el grupo de suministro y frecuencia del mismo.

PERSONAL DIRECTIVO MÉDICO: Corresponde al Director de la Unidad, Subdirector Médico, Coordinador Clínico de Turno, Jefe de División, Coordinador Clínico, Jefe de Servicio o Jefe de Medicina de Familia.

PREI: Sistema de Planeación de Recursos Institucionales y que provee información integral y en línea a las principales áreas del Instituto.

PROCEDIMIENTO: Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad en función de la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, determinación de tiempos de realización, uso de recursos materiales y tecnológicos, así como la aplicación de métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones.

PROVEEDOR: Es aquella persona física o moral que se encuentra disponible para vender los insumos que comercia y a quién se le puede encomendar mediante contrato el abastecimiento de bienes en favor del Instituto. El que celebre contratos con el Instituto derivado de licitaciones, adquisiciones por invitación restringida a cuando menos tres proveedores o adjudicación directa. Empresa nacional o extranjera que celebre contratos de adquisiciones y/o servicios con el IMSS.

QUEJA: Acto mediante el cual una persona hace del conocimiento de la autoridad administrativa el incumplimiento de las obligaciones legales y administrativas por parte de algún servidor público, cuando dicho incumplimiento cause agravio. Recurso conciliatorio por medio del cual, el usuario de los servicios institucionales podrá, por sí o por medio de representante acreditado, sin menoscabo de su derecho a interponer recurso de inconformidad, manifestar sus insatisfacciones respecto de los servicios otorgados, actos y omisiones del personal del Instituto que hagan presumir la existencia de violaciones a sus derechos.

RECETA: Prescripción, fórmula: Nota que escribe el médico, en la que indica el modo de preparación y administración de un remedio. consta de tres partes:

A) Inscripción.- Contiene los nombres y dosis de los ingredientes;

B) Suscripción.- Señala el modo de preparación, abreviada ordinariamente con letras.

C) Instrucción.- En la que se indica al enfermo el modo de empleo. Termina con la firma del médico.

RECETA INDIVIDUAL: Documento oficial de la Institución, en la que el médico inscribe el o los medicamentos que prescribe al paciente, su cantidad, dosis y vías de administración.

RECETARIO COLECTIVO (SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS AUXILIARES): Formato oficial de la Institución, que emplean las Enfermeras Jefes de Piso, en coordinación con el Jefe de los Servicios, con objeto de solicitar los medicamentos necesarios para atender a los pacientes de un servicio en 24 horas.

REMISIÓN DE ALMACÉN: Es el documento oficial mediante el cual las unidades almacenarías surten a otras unidades almacenarías y es la base para contabilizar las entradas y salidas de un almacén a otro almacén. Invariablemente se deberá recabar el sello de alta en el almacén receptor para que tenga validez.

SAI: Sistema de Abasto Institucional.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA: Sensación de bienestar que experimenta el individuo o la familia que recibe la atención a la salud, como resultado de la congruencia que encuentra entre sus expectativas y su apreciación de la calidad de la atención a la salud que se le proporcionó.

SOLICITUD DE ABASTECIMIENTO: Es el documento oficial mediante el cual las Unidades de Servicio de una Delegación, solicitan a su Almacén Delegacionales bienes de consumo necesario para satisfacer las necesidades de un período determinado.

SUMINISTRO: Es la función sustantiva del abastecimiento que consiste en la solicitud, recepción, guarda, custodia, distribución y entrega oportuna de los bienes de consumo e inversión que, en forma programada, demandan las unidades de la Institución.

TRASPASO: Movimiento de bienes, materiales y equipos en almacenes de un mismo nivel, que se originan como consecuencia de un reordenamiento y optimización de las existencias disponibles.

UNIDAD DE CONTRA REFERENCIA: Unidad de Atención Médica de menor complejidad a la cual se envía un paciente para continuar su tratamiento en forma integral, de acuerdo a su condición clínica y necesidades de cuidados de su salud.

UNIDAD DE REFERENCIA: Unidad de Atención Médica de mayor complejidad o capacidad resolutive, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRAFÍA.

- De Buen L. Nestor. **Seguridad Social**. Ed. Porrúa, México 1995.
- North, Douglass C. **Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico**. FCE, México 1993.
- De la Cueva, Mario. **Derecho Mexicano del Trabajo**. Ed. Porrúa, México 1990.
- Gutiérrez Arriola, Angelina. **México dentro de las Reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina**. Siglo XXI (coedición) Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, México 2002.
- Hernández Cervantes, Aleida. **La Seguridad Social en crisis. El caso del Seguro Social en México**. Ed. Porrúa, México 2008.
- Herrera Gutiérrez, Alfonso. **Seguro Social Mexicano, Tesis Jurídicas prestaciones que otorga. IMSS**, México 1961.
- Laurell, Asa Cristina. **Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano**. CLACSO, Buenos Aires, 1ª edición agosto 2013. Colección CLACSO-CROP.
- Lazzaro, Víctor. **Sistemas y Procedimientos Administrativos**. Diana 2ª Ed. México, 1972.
- Leal Fernández, Gustavo. **El IMSS bajo el calderonismo**, ADN Editores, México, 2009 segunda edición.
- Moctezuma Barragán, Gonzalo. **Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud**. Cámara de Diputados. LVIII Legislatura y UNAM, México 2001.
- Mussot L. Ma. Luisa. (Coordinadora). **Alternativas de Reforma de la Seguridad Social**. UAM y fundación Friedrich Ebert (coed), México 1996.
- Narro Robles, José y Moctezuma Barragán, Javier. **La Seguridad Social y el Estado Moderno**. IMSS, FCE, ISSSTE, México 1992
- Narro Robles, José, **La Seguridad Social mexicana en los albores del siglo XXI, FCE**, México 1993.

Reyes Heróles, Jesús. **Jesús Reyes Heróles y la Seguridad Social**. Cuaderno 2. Asociación de estudios Históricos y Políticos Jesús Reyes Heróles A.C. México 1992.

Ramírez Monroy, Gerardo. **Breve esbozo Histórico de la Seguridad Social en México**. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, sección XXXIV; D;F; México, 2003.

Solís Soberón, Fernando y Alejandro Villagómez F. (comp), **La Seguridad Social en México**, Lecturas N°.88, CIDE, CONSAR, FCE, México 1999.

HEMEROGRAFIA.

Bendesky, León. **Garantías sociales**. Sociedad y Justicia, LaJornada 3 de julio, 2013.

Cruz Martínez, Ángeles. **Mejorar la atención médica**. Sociedad y Justicia, LaJornada 3 de julio, 2013.

Cruz Martínez, Ángeles. **Subir cuotas obrero-patronales, sugiere el informe del IMSS**. Sociedad y Justicia, LaJornada 3 de julio, 2013.

Delgado Shelley, Orlando. **El Neoliberalismo y los Derechos Sociales. Una visión desde la economía y la política**. Andamios, Volumen 3, número 5, diciembre ,2006.

Enciso L. Angélica. **Grave problemática del IMSS afecta su viabilidad financiera**. Sociedad y justicia, 2 de julio, 2013.

González G. Susana, **Pone el IMSS en riesgo de quiebra a industria médica**. LaJornada, 26 de julio, 2007.

Laurell, Asa Cristina. **¿Genera la competencia calidad y eficiencia en los servicios?** La Jornada de enmedio, 3 de julio de 2013.

Osorio Martínez Marlen, **El SNTSS. Veinte años en “defensa” de la Seguridad Social**. El Cotidiano, julio-agosto, año/vol. 20, número 126, UAM-Azcapotzalco. México 2004.

Pérez Ciro, Méndez Enrique y Garduño Roberto. **Aprueban que el IMSS dé vales de medicinas a derechohabientes**. Sociedad y justicia, LaJornada 27 de octubre, 2010.

Trápaga Reyes Jesús, *El Derecho Social en México, problemas y perspectivas*, El Cotidiano, número 99. México 2000.

IMSS.

BIENESTAR Y POLÍTICA SOCIAL, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México 2006

LA POLÍTICA DE SALUD EN LOS OCHENTA, Asa Cristina Laurell; Cuadernos Políticos, Número 23, México D, F; editorial Era. Enero-marzo de 1980 pp. 89-97.

Revista “a tu Salud” No. 56, México, octubre 2008.

FUENTES ELECTRÓNICAS.

- www.imss.gob.mx, portal electrónico IMSS
- www.diputados.gob.mx/comisiones59legislatura/seguridadsocial/doctos/protrib05.pdf
- www.conampros.gob.mx, Revista Mundo del trabajo año 4 No. 34,2008
- <http://redalyc.uaemex.mx> IMSS: Orígenes y Decadencia, Ricardo García Sainz
- Sistema de Internet de la Presidencia de la República. Propuesta Obrero-Empresarial de alianza para el fortalecimiento y modernización de la Seguridad Social, Héctor Larios Santillán, Los Pinos 1 noviembre 1995.
- www.bibliotecajuridica.org/libros.htm
- Plan de desarrollo Nacional 2006-2012
- <http://www.cnr.gob.mx/n005.htm>
- PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECIFICO 2007-2012, mejora del acceso a medicamentos. Gobierno Federal.
- OCDE (2012), Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia: Instituto Mexicano del Seguro Social, OECD Publishing.
- <http://www.informador.com.mx/mexico/2008/1221/6/llama-a-definir-sistema-de-salud-y-seguridad-social-hacia-2010-htm>
- IMSS, ISSSTE, SSA; análisis A.T. Kearney
- EL IMSS BAJO EL FOXISMO, Gustavo Leal F. imagenmedica.com.mx
- Sistema de Abasto Institucional S.A.I.
- Banco Mundial (BM), INVERTIR EN SALUD 1993
- Portal de compras del IMSS ®IMSS va a comprar
- compras.imss.gob.mx/?P=imsscompra
- Compranet®
- web.compranet.gob.mx

LEGISLACIÓN.

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Ed. Trillas, México 2010.
- LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
- Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS.
- Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley General de Bienes Nacionales.
- Ley General de Salud.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

NORMATIVIDAD DEL IMSS.

- Manual de funcionamiento de las farmacias del IMSS.
- Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Farmacia y prescripción razonada.
- Manual de procedimientos administrativos de farmacia (SAI).
- Manual de procedimientos de evaluación y supervisión y control del proceso de farmacia.
- Manual de procedimientos para el reaprovisionamiento de medicamentos a los servicios en unidades de atención médica.
- Manual de procedimientos para la Trascricpción de medicamentos en las unidades médicas.
- Manuales de Organización de las Unidades Médicas Hospitalarias de 3er. Nivel de Atención, 2do. Nivel de Atención y Unidades de Medicina Familiar.
- Normas para la Administración y Manejo de Almacenes en el IMSS
- Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012.
- Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios de cualquier naturaleza, excepto los de Obra Pública.
- Reglamento de Insumos para la Salud.
- Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

- Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, diciembre 2001 (Conamed).
- El informe al ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010-2011.
- Textos oficiales del IMSS, Delegación Sur del Distrito Federal, Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento.

TESIS.

Farfán Mendoza, Guillermo, ***Los orígenes del Seguro Social en México un enfoque neoconstitucionalista histórico***, Tesis Doctoral en Ciencias Políticas, UNAM-FCPYS, México 2006.

Olivares Rodríguez, Rocío. Tesis que para obtener el Título de Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública. ***Análisis de la Fundación UNAM, un espacio de participación social en el siglo XXI***. UNAM-FCPYS. México 2003.

Oropeza Eng, Irma Janet. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Política y Administración Pública. ***Una bomba de tiempo: el régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del IMSS***. El Colegio de México 2008.

Parra Pérez, Manuel Germán. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública. ***La seguridad social en México: análisis económico y político de un sistema, actores y paradigmas en evolución (1924-1999)***. UNAM-FCPYS. México 1990.