

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Núms. 85 - 86

ENERO-FEBRERO
MARZO-ABRIL
MEXICO, D. F.
1974

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS
GENERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

Las Causas Generales del Incremento de los Gastos del Seguro de Enfermedad en Materia de Prestaciones Médicas. Clément Michel	3
Las Naciones Unidas y los Programas de Planificación Familiar. Luis Olivos	21
La Paternidad Responsable y la Atención Médica Integral de la Mujer. Ramiro Molina Cortés	41
La Planificación de los Recursos Humanos para la Salud. Ramón Villarreal	53
MONOGRAFIAS NACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL	61
Seguro de Enfermedad y Maternidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen y Costo de las Prestaciones Médicas. Luis Castelazo Ayala, Alfonso Murillo Guerrero, Eduardo González González	63
NOTICIAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL	109
Primera Reunión de la Comisión Técnica Permanente de Planificación en las Instituciones de Seguridad Social	111
XVIII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. XXI Sesión del Consejo y XXVI Reunión de la Mesa Directiva	115
La Protección de la Juventud y la Seguridad Social, Mesa Redonda, Organización Internacional del Trabajo; Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y Asociación Internacional de la Seguridad Social	121
Congreso Conmemorativo del XXX Aniversario de la Iniciación de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Seminarios Médicos Sociales	127

**MONOGRAFIAS NACIONALES DE
SEGURIDAD SOCIAL**

SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD EN
EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
VOLUMEN Y COSTO DE LAS PRESTACIONES
MEDICAS

Luis Castelazo Ayala *

Alfonso Murillo Guerrero **

Eduardo González González ***

**Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

***Jefe de Servicios Técnicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

****Jefe de Evaluación de Normas y Resultados del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

CAPITULO 1. INTRODUCCION

A). ANTECEDENTES.

Como se expresó en la exposición de motivos de la Ley original, el Seguro de Enfermedades y Maternidad comprende un cúmulo de prestaciones que implica no sólo una garantía social de importante significado, sino una verdadera prerrogativa de la que nunca, antes de la implantación del Seguro Social, habían gozado como un derecho exigible y sancionado por la Ley, los trabajadores y sus familiares derechohabientes, con la responsabilidad de otorgarlas a cargo de un organismo de carácter público.

Treinta años después de la implantación del Régimen del Seguro Social se vé realizado el anhelo expresado por el pueblo de México desde que el constituyente consideró indispensable consignar en la Ley Fundamental Mexicana la implantación de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, y para lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberían fomentar la organización de instituciones de esta índole, para inculcar la prevención popular.

Doce años después y con el convencimiento de que únicamente a través de una Ley de carácter nacional podría hacerse efectivo el deseo expresado por los constituyentes en 1917, mediante la reforma constitucional necesaria, se declaró de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, la cual habría de comprender seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación involuntaria del trabajo, de Enfermedades, de Accidentes y otros fines análogos.

En medio de la situación difícil por la que atravesaba el país en la época post-revolucionaria, y no podríamos decir si a pesar de esa situación o propiciada por la misma, la inquietud de la creación del Seguro Social fue tomando mayor fuerza, como puede desprenderse de cada uno de los informes que a partir de esa fecha presentaba el Presidente de la República al pueblo de México.

Después de estudios llevados al cabo por las comisiones designa-

das al efecto no sólo de los datos obtenidos de la poca experiencia que podría obtenerse de las estadísticas nacionales, sino también de los que pudiera proporcionar el desenvolvimiento de los diversos seguros ya establecidos en otros países, el año de 1943 en un 19 de enero, aparece publicada en el Diario Oficial de la Federación la primera Ley del Seguro Social, la cual en el transcurso de los años y hasta el año de 1971 es reformada nueve veces, a fin de adecuarla periódicamente a las necesidades valoradas con base en la experiencia que va adquiriendo la Institución con el devenir de los años.

Amén de las enmiendas y adiciones a la Ley original, en el transcurso de esos años fueron expedidas diferentes leyes, reglamentos y decretos tendientes a ampliar el campo de acción territorialmente hablando del Régimen del Seguro Social, así como a núcleos de personas que habían quedado por diversas circunstancias desprotegidas, tales como los campesinos, los productores de caña y los trabajadores que en forma temporal y por la naturaleza eventual del trabajo, su incorporación en la Ley del Seguro Social había quedado diferida a la reglamentación respectiva.

Siguiendo el espíritu del legislador que dió a México la primera Ley del Seguro Social pero enriquecido con las experiencias y el conocimiento de su propia capacidad, en 1973 el Poder Legislativo expide la segunda Ley del Seguro Social permitiendo no sólo extender sus prestaciones a los trabajadores asalariados y sus familiares, sino también aquéllas personas que por razones de carácter histórico, económico o jurídico no habían podido gozar del Régimen de Seguridad Social Mexicano, y en esta forma a partir de este año podrán gozar de las prestaciones de enfermedades y maternidad los trabajadores domésticos, los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, los trabajadores independientes no asalariados, cierto núcleo de campesinos cuya situación les había impedido formar parte de la población amparada y otras personas o grupos de ellas que voluntariamente podrán irse incorporando al régimen.

B). GENERALIDADES.

Los siguientes renglones tienen por objeto hacer que las personas a quienes lleguen se impongan de la naturaleza, alcance y desarrollo del seguro que en la actual Ley se denomina de Enfermedades y Maternidad.

Si el Seguro de Riesgos tiene por objeto garantizar a los trabajadores y sus familiares el otorgamiento de las prestaciones que de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, son a cargo de los empleadores, haciéndose cargo directamente de ellas mediante el pago de la prima patronal correspondiente; al no existir obligación legal alguna en materia de enfermedades y accidentes ajenos al trabajo a cargo de los patrones, la inclusión del seguro que se comenta, en la Ley original y su desenvolvimiento histórico, es una conquista que la clase trabajadora ha obtenido de la Seguridad Social Mexicana.

El riesgo protegido por el Seguro es precisamente la realización de los efectos que, en la persona del trabajador o sus familiares derechohabientes, puedan tener las enfermedades o accidentes ajenos al trabajo que sufra el primero.

Siendo de interés nacional el proteger también al ingreso del trabajador el cual se ve perdido cuando se encuentra incapacitado temporalmente para el trabajo, con graves consecuencias económicas para él y su familia, el Seguro de Enfermedades y Maternidad le garantiza la recuperación del perjuicio que sufre en esas circunstancias, y le concede un subsidio diario en los términos y limitaciones que más adelante se expondrán.

De lo dicho en los párrafos que anteceden fácilmente se desprende que tanto las prestaciones en especie como en dinero, tienen dentro del Seguro Social Mexicano una importancia vital para la economía del trabajador y sus familiares y en forma indirecta para evitar una mayor desigualdad social de los trabajadores, puesto que se convierte en un importante mecanismo de redistribución del ingreso nacional, basado en el principio de solidaridad y distribución social de las cargas.

El ramo de maternidad que queda comprendido dentro de este seguro responde a un imperativo de carácter socio-legal, ya que con él se plasma lo establecido por la Ley Federal del Trabajo, garantizando a la mujer mexicana el descanso con goce de salario y toda la atención gineco-obstétrica que requiera con motivo de la maternidad.

Es una realidad de carácter social innegable, propia de nuestros tiempos, que cada día la mujer se va integrando con mayor intensidad al régimen productivo de México y que esa inquietud o necesidad de trabajar va aunada a un anhelo inato de ser madre, destino natural de la mujer.

En el transcurso de la vida del Seguro Social, el régimen de protección a que se refiere el presente trabajo se ha ido ampliando, tanto en lo relativo a las personas protegidas como a las prestaciones que se otorgan y a la cada día más acentuada facilidad para disfrutarlas.

Hasta el año de 1972 el total de población amparada en el régimen del Seguro de Enfermedades y Maternidad ascendía a la suma de 1.200,000 aproximadamente, habiendo empezado en el primer año de vida por amparar a cerca de medio millón de asegurados y familiares.

Durante el año de 1972 el Instituto proporcionó 43.667,806 servicios de consulta externa, con 1.181,157 casos de incapacitados con derecho a subsidio.

En la actualidad el Instituto tiene protegidos más de 12 millones de derechohabientes que con mayor o menor frecuencia disfrutan de las prestaciones de este Seguro.

CAPITULO II. MARCO DE ASEGURAMIENTO

A). PERSONAS PROTEGIDAS.

Como se ha visto en los apartados que anteceden, el Seguro de Enfermedades y Maternidad ha sido objeto de diversas modificaciones, todas importantes algunas más trascendentes que otras, y sin embargo en el campo de las personas protegidas es donde se ve que el interés de mejorar el amparo del régimen, proporciona al asegurado una mayor confianza en el Seguro por ser más directamente palpado.

Si la Ley original únicamente protegía al asegurado, a su esposa y a sus hijos menores de 16 años y, a falta de la primera, a la mujer que hubiere convivido durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que tuviere hijos, en la Ley actual la amplitud del número de las personas protegidas responde mejor a los anhelos del trabajador.

Los sujetos protegidos por el Seguro de Enfermedades y Maternidad, que en diferente grado gozan de sus prestaciones son las siguientes personas:

- a). El trabajador;
- b). La esposa del mismo, y a falta de ella la mujer con quien el referido trabajador hubiere convivido durante cinco años inmediatamente anteriores a la enfermedad o con la que hubiere tenido hijos;
- c). Los hijos menores de 16 años, o mayores de esta edad hasta los 21, que realicen estudios en planteles del Sistema Educativo Nacional;
- d). Los padres que convivan con el asegurado y dependan económicamente de él;
- e). El pensionado por Incapacidad Permanente Total, o Parcial con un mínimo de valuación de dicha incapacidad del 50%; por Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada o por Viudez, Orfandad o Ascendencia;

- f). La esposa del pensionado o la mujer que no siéndolo reúna los requisitos que se mencionan en el inciso b) que antecede;
- g). Los hijos del pensionado menores de 16 años o mayores de esa edad, cuando dicho pensionado lo sea por Invalidez, Vejez y Cesantía, y que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares hasta la edad de 25 años o mayores de esa edad si están totalmente incapacitados; y
- h). El padre y la madre del pensionado, así como del asegurado fallecido, aunque dichos ascendientes no estén disfrutando de pensión de ascendencia, pero que antes del fallecimiento del mencionado asegurado hubiesen tenido derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedades Y Maternidad.

B). PRETACIONES QUE SE OTORGAN.

a). En Especie

En la actualidad la Ley concede las siguientes Prestaciones en Especie a todas las personas que se encuentran en el apartado que antecede:

Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento; si al concluir el período mencionado el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento por otras cincuenta y dos semanas previo dictamen médico que al efecto se elabore.

Es interesante mencionar que el plazo antes referido únicamente es aplicable a aquellos tratamientos curativos que no permitan al trabajador continuar prestando sus servicios, por lo que en caso contrario la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica podrá otorgarse sin límite de tiempo.

En los casos de maternidad el Instituto concede a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, asistencia obstétrica, y al nacer el hijo ayuda para lactancia por seis meses y una canastilla.

La esposa o concubina del asegurado tiene derecho a la asistencia obstétrica y a la ayuda en especie para lactancia arriba mencionada.

b). Prestaciones en Dinero

Como se menciona anteriormente además de ser una preocupación para el Régimen del Seguro Social Mexicano la reintegración del trabajador a la vida económicamente activa y la atención médica de su familia, la protección del ingreso del trabajador y por ende de toda su familia constituye uno de los aspectos más importantes en su configuración.

Por ello, en los casos en que un trabajador pierde su capacidad de ganancia por la realización de un accidente de carácter no profe-

sional o por contraer alguna enfermedad o, en el caso de las trabajadoras, por maternidad, el Instituto concede una prestación que tiene por objeto reintegrar a los trabajadores una parte del salario perdido con motivo de su imposibilidad para desempeñar sus labores; el monto de esta prestación, que en nuestra Ley recibe el nombre de Subsidio, equivale a un 60% aproximadamente del importe de sus salarios y se otorga a los trabajadores cuando se encuentran incapacitados temporalmente por el trabajo, a partir del cuarto día de la enfermedad y hasta por 52 semanas, plazo que a juicio del médico del Instituto puede ser prorrogado por otras 26 semanas cuando al término de las primeras el enfermo no hubiere recuperado su salud, ni hubiere sido declarada la invalidez por el Instituto.

Para que el asegurado tenga derecho a estas prestaciones es requisito indispensable que antes de la enfermedad tenga cubiertas las cotizaciones de las 4 últimas semanas inmediatamente anteriores a la enfermedad.

En los casos de maternidad, y para garantizar a la mujer el cumplimiento de la obligación patronal que la Ley laboral consigna de otorgar a la mujer dos descansos de 42 días antes y después del parto respectivamente, con goce de salario, el Instituto concede a dicha trabajadora un subsidio durante 84 días equivalente al 100% de su salario.

En caso de que el parto no concuerde con el término de los cuarenta y dos días prenatales o bien que la mujer continúe incapacitada después de los cuarenta y dos días postnatales, la Ley le concede el derecho de continuar disfrutando de un subsidio equivalente al 60% de su salario por el plazo que consigna la Ley en los casos de enfermedad no profesional; en estos casos el subsidio es superior a la prestación que la Ley Federal del Trabajo obliga a conceder a los patrones en circunstancias similares.

Para que la asegurada tenga derecho al subsidio por maternidad es indispensable que haya cubierto por lo menos 30 cotizaciones semanales dentro del período de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio; que el Instituto haya certificado el embarazo y la fecha probable del parto, y finalmente, que la mujer no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante los mencionados períodos pre y postnatales.

Además de los subsidios por enfermedades y maternidad antes expuestos, el Instituto pagará a la persona, preferentemente familiar

del asegurado, que presente copia del acta de defunción de éste, y la cuenta original de los gastos de funeral, un mes del salario promedio del grupo de cotización, cuando el asegurado al fallecer tuviera cubiertas cuando menos doce cotizaciones semanales en los nueve meses anteriores a su fallecimiento.

Esta prestación también es otorgable en los casos de fallecimiento de asegurados pensionados, en cuyo caso el monto de la misma equivaldrá a un mes del importe de la pensión que hubiera estado disfrutando el pensionado fallecido.

El monto mínimo de la prestación no será menor de \$1 000.00 ni podrá exceder de \$6 000.00.

Con el objeto de hacer una presentación de lo que el Instituto ha erogado a partir del año de 1966, al presente se anexa cuadro que presenta la población amparada, los servicios de consulta externa proporcionados, los certificados de incapacidad expedidos, número de días subsidiados, importe de subsidios pagados y porcentaje de días subsidiados por consulta, todo ello en el Ramo de Enfermedades no profesionales. (Anexo No. 1)

Respecto de los subsidios por Maternidad, el cuadro contiene el importe de los mismos.

Finalmente, y siendo la prestación de la Ayuda para gastos de entierro un beneficio importante para el asegurado, se ha puesto atención en no omitir el importe de la misma.

El Costo de las prestaciones está calculado en dólares americanos al tipo de cambio de \$12.50.

C). AMPLITUD DE LA PROTECCION.

En este apartado se ha considerado necesario analizar, independientemente de lo consignado en los puntos A) y B) que anteceden, el concepto de la amplitud de la protección del Seguro del que se habla, dadas las peculiaridades del mismo.

El concepto de amplitud que se utiliza se refiere a dos aspectos que son muy importantes en el campo de la Seguridad Social Mexicana.

Las personas protegidas mencionadas en los aparatos anteriores, derivan sus derechos fundamentalmente de la ubicación que tenga el asegurado dentro del régimen, por lo que es conveniente hacer un breve análisis de dicha situación.

En primer lugar, el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social concede al asegurado y a sus familiares derechohabientes las prestaciones de este seguro desde el momento de su aseguramiento; sin embargo, para poder disfrutar de las prestaciones médicas respectivas, los trabajadores deben satisfacer determinado tipo de requisitos de acuerdo con la categoría que tengan en su aseguramiento ya que, por ejemplo, los trabajadores temporales y eventuales o los estacionales del campo es indispensable que el patrón les entregue un aviso de trabajo que es su elemento comprobatorio del derecho.

En cambio, en el caso de aquellas personas que se incorporan voluntariamente al Régimen del Seguro Social, tales como los domésticos y los patrones personas físicas que tengan trabajadores asegurados a su servicio, están sujetos a un período de carencia de un mes, a partir de su aseguramiento durante el cual no reciben las prestaciones de dicho seguro.

Otro aspecto importante de la amplitud de la protección depende del carácter de asegurado, ya que independientemente del derecho que tiene a recibir todas las prestaciones del seguro que se comenta durante su aseguramiento, al ser dado de baja del seguro por haber dejado de existir las condiciones que dieron origen a su inscripción, conserva el derecho a las prestaciones del seguro de Enfermedades

y Maternidad por cincuenta y seis días a partir de la fecha de su baja, si al ocurrir esta última hubiere tenido cotizadas ocho semanas inmediatamente antes de la fecha en que hubiere sido dado de baja, en la inteligencia de que el mismo derecho disfrutarán sus beneficiarios

Es muy importante hacer resaltar que la política social de la Revolución Mexicana de la cual siempre ha estado influenciado el Régimen del Seguro Social Mexicano, ha sido la de brindar cada día una mayor protección al trabajador y siendo el derecho de huelga una conquista de carácter social protegido por la Constitución Mexicana, los trabajadores cuando se encuentran en estado de huelga por el reclamo justo del cumplimiento de las obligaciones de los patrones, tienen derecho, mientras dure el conflicto, a continuar recibiendo las prestaciones médicas del Seguro; en esta forma la misma Ley del Seguro Social permite al trabajador continuar en su lucha por la reivindicación de sus derechos, sin la angustia que puede representar el saberse desprotegido ante las contingencias derivadas de enfermedades o accidentes no profesionales.

Si es verdad que el Seguro de Enfermedades y Maternidad tiene por objeto devolver la salud al trabajador y sus familiares, no es menos cierto que en la vida la prevención de las enfermedades es fundamental para el bien del individuo y de la sociedad y por ello el Seguro Social mediante los servicios de Medicina Preventiva del Instituto, se aboca a la elaboración y realización de programas de difusión para la salud, estudios epidemiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otro tipo de programas especiales abocados a resolver problemas médico-sociales.

Teniendo presente que la Seguridad Social únicamente podrá obtenerse en toda la amplitud de su concepto si su aplicación es de carácter general, y siendo el Instituto el instrumento básico de la seguridad social, su política fundamental en este campo es coordinarse con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y con otras dependencias y organismos públicos a fin de realizar las campañas y programas arriba mencionados.

CAPITULO III. IMPORTANCIA DE LA TENDENCIA DE LOS SERVICIOS EN SUS ESTADISTICAS DE VOLUMEN Y FRECUENCIA

A). GENERALIDADES.

La toma de decisiones de carácter administrativo y financiero en las Instituciones de Seguridad Social, es cada vez más compleja debido a su magnitud y crecimiento. Los errores pueden afectar considerablemente importantes volúmenes de recursos.

Las consideraciones anteriores tienen como imperativo la necesidad de propiciar la eficiente operación del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de una adecuada información con el propósito de incrementar la calidad del Servicio Médico, abatir los costos de operación y optimizar la información que permita tomar decisiones correctas y oportunas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social proporciona actualmente un considerable volumen de servicios, los cuales por su diversificación y el amplio ámbito geográfico de operación, han hecho necesaria la obtención de información completa, segura y oportuna. Sólo una orientación adecuada de parte de los funcionarios en labores directivas puede coadyuvar con la institución a la consecución de sus objetivos, descubriendo, reduciendo o eliminando la duplicidad y el desperdicio, de tal forma que permita alcanzar el máximo aprovechamiento de los recursos.

Se ha dicho que el éxito de una empresa o de una Institución, depende en gran parte de qué tan buena sea la información y de qué tan bien se utilice. En el ámbito de los servicios médicos, es innegable la necesidad de conocer los volúmenes de los distintos servicios de carácter médico que presta el Instituto y su relación con la población que los recibe.

Asimismo, es indispensable determinar las tendencias que se van teniendo durante el transcurso de los años, ya que éstas son las bases para la adecuada evaluación y planeación de los servicios.

Dado que en gran parte las estadísticas muestran volúmenes de servicios y no la calidad de los mismos, los comentarios que se aportan a continuación se refieren principalmente a estadísticas cuantitativas.

Evaluación de la Operación de las Unidades en Servicio.

La información adecuada y oportuna de los servicios otorgados en cada unidad puede ayudar a los distintos niveles de autoridad a evaluar los siguientes considerandos:

- Evaluar si se están cumpliendo los niveles de servicio deseados.
- Si es necesario revisar y en su caso, cambiar actividades y procedimientos que no produzcan los efectos previstos.
- Si los recursos humanos, materiales y técnicos con que cuenta la unidad guardan adecuada relación con los servicios impartidos.

De esta manera la información, es la herramienta que permitirá evaluar si la unidad médica está trabajando de acuerdo con los planes trazados.

Estadísticas Básicas de Servicios.

Aunque es de suma importancia la información estadística que se deriva de las actividades médicas, en el presente trabajo sólo se comentará aquellas que se consideren más significativas por su íntima relación con las necesidades de importantes elementos humanos y materiales para la prestación de servicios.

Los servicios médicos que analizamos son como sigue:

Hospitalización:

Ingresos, días cama ocupados (días paciente) y promedio de estancia.

Consulta Externa:

En las tres grandes áreas en que se clasifican en el Instituto Mexicano del Seguro Social como sigue: Medicina General, Especialidades y Urgencias.

Auxiliares de Diagnóstico:

Análisis Clínicos y Estudios Radiológicos.

A pesar de que los servicios de medicina preventiva, por ejemplo, pueden influir en forma determinante, no son considerados en el desarrollo de este trabajo.

Creemos que una exposición sobre las experiencias del Instituto Mexicano del Seguro Social, es la forma más conveniente para ejemplificar como estamos tratando de mejorar el aprovechamiento de nuestros recursos, mediante el análisis e interpretación de diversas informaciones, siendo dentro de ellas especialmente importante, la estadística.

Hospitalización:

Los servicios hospitalarios han reflejado un crecimiento sensiblemente superior al registrado por la población derechohabiente. (Anexo 2).

Como se observa en el siguiente cuadro, en los últimos años se han tenido las siguientes tasas promedio anuales de crecimiento.

	1964-1969	1969-1972
	%	%
Población derechohabiente	7.5	8.5
Ingresos a hospitalización	12.5	10.6
Días-cama ocupados (días paciente)	9.4	6.4

Los ingresos a hospitalización y los días-cama ocupados han mostrado un aumento en un 65% y un 25% respectivamente, que el de la población derechohabiente, entre 1964 y 1969, en tanto que entre 1969 y 1972 han sido un 25% mayor en el caso de ingresos a hospitalización y un 24% menor en los días-cama ocupados.

La tendencia de un mayor incremento de servicios que de población observada entre 1964 y 1969, ha cambiado en forma importante entre 1969 y 1972.

Es difícil concluir las causas que han generado estos fenómenos. Estimamos por lo que se refiere al período de 1964 a 1969, que una serie de circunstancias de distinta índole tales como poner en ser-

vicio importantes unidades hospitalarias, aumentó en el prestigio de la Institución y de una mayor conciencia de la población derechohabiente en los servicios que puede recibir, se ha reflejado en una mayor demanda de estos servicios. Entre 1969 y 1972 se observa un fenómeno distinto ya que aún siendo mayor el crecimiento de los ingresos a hospitalización que el de la población derechohabiente, no es tan alto como el del período de 1964 a 1969.

Por otra parte, vemos que la relación entre un mayor volumen de ingresos a hospitalización, no ha sido correspondida proporcionalmente por necesidades de instalaciones hospitalarias. La reducción del promedio de estancia hospitalaria ha propiciado la posibilidad de que puedan atenderse más pacientes cada año con las mismas instalaciones.

No podemos dejar de señalar la trascendencia en la economía de la Institución de esta circunstancia.

La reducción del promedio de estancia de los pacientes hospitalizados de 6.8 días en 1964 a 5.3 días en 1972, (Anexo 3) ha aumentado la capacidad de atención de los hospitales como sigue:

**CAPACIDAD DE ATENCION DE PACIENTES POR CAMA
EN UN AÑO.**

1 9 6 4

	Gineco Obstetricia	Pediatria	Medicina y Cirugia	Promedio
Capacidad total anual-días.	365	365	365	365
Capacidad de ocupación anual-días (85% de la ocupación total).	310	310	310	310
Promedio de estancia por paciente.	3.2	10.2	11.1	6.8
Capacidad de paciente por cama en un año.	96.9	30.4	27.9	45.6

1 9 6 9

Capacidad total anual-días.	365	365	365	365
Capacidad de ocupación anual-días (85% de la ocupación total).	310	310	310	310
Promedio de estancia por paciente.	3.0	8.1	9.7	6.8
Capacidad de pacientes por cama en un año.	103.3	38.3	32.0	52.5
Por ciento de incremento de capacidad sobre 1964.	<u>6.6</u>	<u>26.0</u>	<u>14.7</u>	<u>15.1</u>

1 9 7 2

	Gineco Obstetricia	Pediatría	Medicina y Cirugía	Promedio
Capacidad total anual-días.	365	365	365	365
Capacidad de ocupación anual-días (85% de la ocupación total).	310	310	310	310
Promedio de atención por paciente.	2.8	7.7	8.0	5.3
Capacidad de pacientes por cama en un año.	110.7	40.3	38.8	58.5
Por ciento de incremento de capacidad sobre 1969.	7.2	5.2	21.2	11.4
Por ciento de incremento de capacidad sobre 1964.	<u>14.2</u>	<u>32.6</u>	<u>39.1</u>	<u>28.3</u>

La mayor eficiencia de operación ha significado un aumento de la capacidad de atención en los hospitales, que ha reducido las necesidades de construcción, significando importantes economías para la Institución en costos de inversión.

Esta economía pasa a segundo lugar si consideramos que afecta una sola vez, contra el efecto de los costos de operación o dar servicio, que se ven beneficiados año con año.

Esto quiere decir que si comparamos los ingresos actuales a hospitalización que es de 1.049,000 pacientes y lo multiplicamos por el promedio de estancia que tenía el Instituto en 1969, hubiéramos tenido una demanda adicional de 676,000 días paciente, lo cual hubiera creado la necesidad de contar con una capacidad adicional de 2,181 camas. Desde el punto de vista económico, el costo de operación de estas camas, hubiera representado un aumento de los costos de hospitalización de un 12% y de un 4% del costo total de servicios médicos

Al analizar en forma individual el crecimiento de la demanda de los servicios de gineco-obstetricia, pediatría, medicina y cirugía, en forma comparativa con el de la población entre 1964 y 1972 se detectan distintas tendencias, según se muestra en el anexo 4, que se resumen a continuación:

PORCIENTO DE INCREMENTO PROMEDIO ANUAL.

1 9 6 4 — 1 9 7 2

	1964-1969	1969-1972
Ingresos a Hospitalización:		
Población Derechohabiente.	7.5	8.5
Pediatría.	17.9	16.6
Medicina y Cirugía.	11.0	9.0
Gineco-obstetricia.	12.4	9.7
Promedio:	12.4	10.6

La anterior comparación muestra que en promedio el incremento anual de los ingresos a hospitalización ha sido mayor que el de la población, sin embargo, la tendencia por servicios refleja grandes variaciones entre sí.

La composición de ingresos a hospitalización y las necesidades hospitalarias han cambiado en forma apreciable entre 1964, 1969 y 1972, por los cambios en las tendencias de demanda y en los promedios de estancia de los pacientes, como se observa en el anexo 5, que a continuación se resume:

	P O R C E N T A J E S		
	<u>1964</u>	<u>1969</u>	<u>1972</u>
Ingresos a Hospitalización:			
Gineco-obstetricia.	52.9	52.7	51.4
Pediatría.	11.6	14.6	17.2
Medicina y Cirugía.	35.5	32.7	31.4
Total:	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

	P O R C E N T A J E S		
	<u>1964</u>	<u>1969</u>	<u>1972</u>
Días-cama ocupados (días-pacientes).			
Gineco-obstetricia.	24.8	26.4	27.3
Pediatría.	17.4	20.3	25.1
Medicina y Cirugía.	57.8	53.3	47.6
Total:	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Estas circunstancias es obvio que significan cambios en la planeación de nuevas unidades hospitalarias modificando los porcentajes de camas que debe tener cada servicio.

Consulta Externa:

El incremento del servicio de consulta externa ha tenido en conjunto, un incremento paralelo al de la población derechohabiente.

Como se muestra en el anexo 6, las tasas promedio de incremento anuales han sido:

	1964-1969 %	1969-1972 %
Población derechohabiente.	<u>7.5</u>	<u>8.5</u>
Consulta externa.		
Total:	7.6	7.6
Medicina General.	7.3	8.1
Especialidades.	4.8	7.7
Urgencias.	<u>14.7</u>	<u>5.3</u>

Mientras que, hasta 1969 la consulta externa y medicina general muestran una tendencia de crecimiento similar a la de la población derechohabiente, en los últimos años se puede apreciar que tiende a disminuir.

Al comparar especialidades, se puede apreciar un incremento inferior al de la población entre 1964 y 1969 y casi paralelo al de la población en el período 1969 a 1972.

En urgencias, aumento muy superiores de este servicio que el registrado por la población hasta 1969. Se refleja una corrección importante en esta tendencia a partir de este año.

Una de las principales causas que han generado las tendencias de los últimos años, corresponde a la elevación de calidad de los médicos familiares (generales) que se ha reflejado en un mayor grado de absorción de problemas que anteriormente requerían derivar a urgencias.

La composición de los distintos servicios de consulta externa han cambiado en forma significativa, por los cambios en las tendencias de la demanda, como se muestra a continuación:

	P O R C E N T A J E S		
	<u>1964</u>	<u>1969</u>	<u>1972</u>
Medicina General.	63.8	68.2	69.1
Especialidades.	25.2	18.5	18.5
Urgencias.	11.0	13.3	12.4
Total:	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Los análisis estadísticos muestran una estabilización en la composición del tipo de consultas otorgadas a partir de 1969.

Estudios que evalúen con profundidad las razones de estos fenómenos pueden significar posibles mejoras en la prestación de servicios a corto o largo plazo. Es indudable que estos esfuerzos deben ser realizados en forma permanente, apoyándose fundamentalmente en técnicas ya desarrolladas como el muestreo estadístico, que permite con reducido margen de error análisis de grandes volúmenes de hechos, fenómenos, etc.

Análisis Clínicos y Estudios Radiológicos:

Igual que en los servicios de hospitalización y consulta externa, la demanda de estos servicios ha mostrado diferentes tendencias de crecimiento que el de la población derechohabiente.

En el anexo 7, en que se comparan de 1964 a 1972 la población derechohabiente, y el número de enfermos atendidos y exámenes efectuados en los servicios de análisis clínicos y estudios radiológicos, se registra una tendencia de crecimiento superior de los servicios que el de la población, más marcada en el caso de los análisis clínicos.

Esta tendencia de mayor utilización de los servicios auxiliares de diagnóstico es más marcada entre 1969 y 1972 y de acuerdo a estudios preliminares se localiza fundamentalmente en el área de consulta externa, que es la que genera el mayor volumen de estos servicios auxiliares.

En una comparación de los análisis clínicos efectuados por persona atendida, se nota una disminución de 0.4 análisis por persona. Esta disminución probablemente no quiere decir mucho pero sí se toma en cuenta que se atendieron 5,230 miles de personas el número de análisis que teóricamente no tuvieron que efectuarse fueron 2,044,411 lo cual representaría para el Instituto una economía de 11.5% del gasto total anual por este servicio.

Por cuanto hace a estudios radiológicos esta área muestra también una disminución semejante a la de análisis clínicos que representaría bajo el punto de vista financiero una reducción del costo de este servicio de un 6%.

CAPITULO IV.

COSTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS

GENERALIDADES.

El costo de los servicios médicos es el capítulo más importante del seguro de enfermedades generales y maternidad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha seguido la política de manejar contablemente el costo de operación de los servicios médicos en dos grandes capítulos:

a) Costos Controlables.

Están constituidos por partidas tales como nómina, medicamentos, materiales de curación, víveres, energía eléctrica, etc., que dependen en su importe de la eficiencia con que las manejan los funcionarios de las distintas unidades médicas del Instituto. Este grupo se presenta en los estados financieros como "Costo de Servicios Médicos".

b) Costos no Controlables.

Los costos no controlables son aquellos que son generados por las unidades o departamentos médicos, pero que los funcionarios no pueden hacer para controlar su importe, como es el caso de la depreciación de construcciones y equipo y los intereses actuariales, en éste último caso, se origina por el "préstamo" que realiza el seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte al seguro de enfermedades generales y maternidad para dotarlo de las instalaciones necesarias para prestar los servicios a la población derechohabiente.

Bajo el punto de vista financiero el costo de operación de los servicios médicos siempre ha sido determinante en el equilibrio o desequilibrio del seguro de enfermedades generales y maternidad. Actualmente, representa el 97.2% del ingreso total de este seguro.

compuesto en un 9.6% de costos controlables (costo de servicios médicos) y un 6.6% de costos no controlables; (la parte que se le aplica a los servicios médicos de depreciaciones, intereses actuariales, etc.) (Anexo No. 8).

Tendencia del Costo de Servicios Médicos 1969-1972.

El incremento del costo de los servicios médicos aumentó un 65.5% entre 1969 y 1972, mientras que el aumento de asegurados en el mismo período, sólo fue del 22.6% (Anexo No. 9).

El análisis del incremento del costo fue originado por los siguientes factores:

	%
Aumento de asegurados.	22.6
Aumento en el costo por asegurado (Anexo No. 3).	35.0
Efecto del aumento del costo por asegurado, en los asegurados incorporados entre 1969 y 1972. (35% sobre 22.6)	7.9
	<hr/>
Total % de incremento del costo de servicios médicos.	65.5

Incremento del Costo por Asegurado.

El incremento del costo por asegurado que como se indicó en el párrafo anterior ascendió a un 35% entre 1969 y 1972, se debe fundamentalmente a dos factores, (Anexo No. 10):

- a) Aumento en los costos unitarios por servicios prestados.
- b) Aumento en el índice de demanda de servicios por asegurado.

Del aumento en el costo por asegurado el 95% fue generado por incrementos en los costos unitarios por servicio y sólo un 5% por mayor índice de servicios otorgados por asegurado (Anexos 11, 12 y 13).

Del análisis realizado destacan los siguientes incrementos porcentuales en los costos unitarios por servicio entre 1969 y 1972. (Anexo No. 14).

	%
Consulta Externa.	
Consulta.	43.5
Medicamentos.	12.8
Hospitalización.	25.5
Análisis clínicos.	34.2
Estudios radiológicos.	26.6

En virtud de que el costo de consulta externa (sin incluir medicamentos) representa la partida más importante del costo de los servicios médicos (40%) y en la que refleja el mayor incremento en su costo unitario en los tres últimos años (43.5%) se están realizando estudios que determinan las causas de este incremento y en su caso las alternativas para disminuirlo en el futuro.

Factores que Generan el Incremento de los Costos Unitarios de los Servicios Prestados.

Las causas que generan los incrementos en los costos unitarios en los servicios médicos, pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- a) Aumentos derivados de fenómenos económicos de cada país o cada Institución en particular que en términos generales no pueden ser modificados por los funcionarios del área médica. Podría incluirse en este capítulo aumento de salarios, incrementos en los precios de adquisiciones de medicamentos, materiales de curación, víveres y otros artículos de consumo; aumentos en los costos de inversión de construcciones y equipo que a su vez pueden ser generados por los fenómenos antes citados.
- b) Factores que incrementan los costos y que son derivados de decisiones de los funcionarios de los servicios médicos. En este renglón se incluyen principalmente los siguientes factores:

Incremento en la relación de personal a camas de hospitalización; o de personal en relación a población derechohabiente en caso de consulta externa; desviaciones en artículos de consumo, tales como medicamentos, materiales de curación, etc.; planeación inadecuada de las unidades médicas que dá como resultado un personal con rendimiento inferior al deseado, etc.

Racionalización del Costo de los Servicios Médicos.

Se ha considerado que existen varias posibilidades para racionalizar los costos de operación de los servicios hospitalarios, de los cuales se consideran los más significativos las siguientes:

Reducción del Promedio de Estancia Hospitalaria.

La reducción en el promedio de estancia de los pacientes hospitalizados dá como consecuencia un abatimiento en los costos hospitalarios por paciente atendido, que puede compensar en forma parcial los incrementos en los costos por día cama.

La reducción del promedio de estancia puede ser motivada por razones de adelanto en la medicina y por mejoras en los procedimientos administrativos de los hospitales, de los cuales se pueden mencionar internamientos antes de tener todos los elementos necesarios para intervenir quirúrgicamente los enfermos; falta de cuidado en las altas de los pacientes, motivando estancias totalmente innecesarias en los hospitales, etc.

Niveles de Atención Médica.

Una experiencia del I.M.S.S., es la de dividir los niveles de atención médica con el objeto de establecer hospitales con recursos humanos, materiales y técnicos no tan altamente calificados como los hospitales de alta especialidad, con lo cual se logra racionalizar los costos de operación de acuerdo a los problemas médicos de distintos niveles de atención.

En este caso se puede citar al hospital de Urgencias Pediátricas que operan con costos inferiores al Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del orden de un 42%.

La experiencia del hospital de convalecientes es también de tomarse en cuenta para frenar los costos de operación. En esta unidad son enviados pacientes cuya recuperación requiere de un mínimo de atención médica y de enfermería.

Al tener un hospital para este efecto, logra estructurar servicios de personal homogéneos notablemente inferiores a si estos pacientes estuvieran dispersos en otras unidades hospitalarias por lo difícil de organizar los servicios con índice de personal diferencial.

Cuadros básicos de Personal.

El estudio y determinación de los rendimientos de trabajo de las distintas categorías de personal, es un elemento indispensable para estabilizar los costos de operación. Es frecuente observar en la práctica diferencias importantes de personal entre unidades semejantes en capacidad y especialidad.

Los índices de personal que se determinan es una herramienta de gran utilidad que permite la formulación de cuadros básicos de personal, aplicables a distintas magnitudes de unidades.

Una labor posterior a la determinación de índices de rendimiento de personal son la realización de estudios que tengan como propósito encontrar fórmulas para lograr mayor eficiencia en el personal, tales como: simplificación de rutinas de trabajo; mejores estructuras de organización; eliminación de información y registros innecesarios que, aparentemente en el caso de enfermería, distraen parte importante de su tiempo que se podría dedicar a los enfermos, etc.

Incremento de la Utilización de Instalaciones.

Otro aspecto que se está estudiando es la posibilidad de hacer cambios institucionales en las políticas muy arraigadas en los hospitales. En esta materia es conveniente destacar la poca utilización de los quirófanos, gabinetes de estudios radiológicos, laboratorios de análisis clínicos y consultorios de especialidades.

La mayor parte de estas instalaciones sólo son ocupadas en ocasiones, parcialmente, en las mañanas, quedando con una mínima o nula ocupación en las tardes.

En el I.M.S.S., se observa con frecuencia que estas instalaciones son en numerosas ocasiones las que requieren ampliaciones, ocasionando importantes costos de remodelación, siendo factible que cambios de política bien planeados darían la factibilidad de utilizar estas instalaciones en las tardes.

Se acompañan en los Anexos 15 y 16 los Recursos Materiales y Humanos con que contaba el Instituto Mexicano del Seguro Social, al 31 de diciembre de 1972.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

POBLACION AMPARADA. TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS, SUBSIDIOS Y GASTOS DE ENTIERRO DEL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD.

	ENFERMEDADES NO PROFESIONALES					% Días Subs. Por con- sulta	Maternidad	Ayuda pa- ra gastos de entie- rro
	Pob. Am- parada	Consultas	No. Certi- ficados	No. días Subsid.	Importe* Dls.		Importe* Dls.	Importe* Dls.
1966	7.175,360	29.370,616	919,262	6.380,341	10.154,777.37	3.13	2.695,095.68	527,700.12
1967	7.611,395	30.586,079	940,639	6.494,201	11.089,011.18	3.07	3.012,551.79	591,401.50
1968	8.186,716	32.168,080	948,413	6.670,418	12.035,936.26	2.95	3.595,334.71	670,607.49
1969	9.076,408	35.014,699	994,333	7.179,612	13.340,504.02	2.84	4.198,763.37	757,895.86
1970	9.762,492	37.428,240	1.051,393	7.722,514	15.656,912.61	2.81	5.430,134.89	909,952.64
1971	10.425,842	40.792,746	1.086,772	8.062,926	18.815,966.70	2.66	7.741,932.28	1.200,429.28
1972	11.603,583	43.667,806	1.181,157	8.528,144	23.050,362.74	2.70	10.060,485.32	1.365,528.05

* Calculado en dólares americanos al tipo de cambio de \$ 12.50.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUADRO COMPARATIVO
DERECHOHABIENTES, INGRESOS Y DIAS PACIENTE

(miles)

	<u>1964</u>	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
Derechohabientes.	6,347	6,816	7,175	7,611	8,187	9,076	9,772	10,426	11,611
Ingresos a Hospitalización.	431	511	579	636	692	776	843	953	1,049
Días Cama Ocupados (Días paciente).	2,932	3,350	3,691	3,940	4,160	4,591	4,881	5,299	5,513

% DE INCREMENTO

									Promedio Anual 1964-1969	Promedio Anual 1969-1972
Derechohabientes.	7.4	5.3	6.1	7.6	10.8	7.7	6.7	11.4	7.5%	8.5%
Ingresos a Hospitalización.	18.5	13.3	9.8	8.8	12.1	8.6	13.0	10.1	12.5%	10.6%
Días Cama Ocupados (Días paciente).	14.2	10.2	6.7	5.6	10.3	6.3	8.6	4.0	9.4%	6.4%

ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROMEDIO DE ESTANCIA POR SERVICIOS

	<u>1964</u>	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
GINECO-OBS- TETRICIA.	3.2	3.3	3.1	3.0	3.0	3.0	2.9	3.0	2.8
PEDIATRIA.	10.2	10.1	10.6	9.6	8.6	8.1	8.2	8.0	7.7
MEDICINA Y CIRUGIA.	<u>11.1</u>	<u>10.4</u>	<u>9.8</u>	<u>9.8</u>	<u>9.6</u>	<u>9.7</u>	<u>9.4</u>	<u>8.6</u>	<u>8.0</u>
PROMEDIO:	6.8	6.6	6.4	6.2	6.0	5.9	5.8	5.6	5.3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

% DE INCREMENTO SOBRE EL AÑO ANTERIOR POR SERVICIO

1964- A 1972

	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1964- 1969</u>	<u>1969- 1972</u>
INGRESOS A HOSPITALIZACION:										
Derechohabientes:	7.4	5.3	6.1	7.6	10.8	7.7	6.7	11.4	7.5	8.5
Pediatría.	16.0	34.5	9.0	14.1	17.4	12.6	21.6	15.6	17.9	16.6
Medicina y Cirugía	19.6	8.2	8.1	8.4	11.2	5.7	10.6	10.9	11.0	9.0
Gineco-Obstetricia.	18.6	12.2	10.9	8.0	12.8	9.1	12.0	7.8	12.4	9.7
DIAS CAMAS OCUPADOS: (Días paciente).										
Derechohabientes.	7.4	5.3	6.1	7.6	10.8	7.7	6.7	11.4	7.5	8.5
Pediatría.	14.7	41.4	-1.5	2.5	11.9	12.2	18.7	11.2	12.9	14.0
Medicina y Cirugía.	12.8	11.0	8.9	6.1	10.2	3.4	1.7	2.1	9.8	2.4
Gineco-Obstetricia,	17.3	9.3	9.6	7.0	10.8	7.6	13.7	1.4	10.7	7.5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DERECHOHABIENTES Y CONSULTA EXTERNA 1964 A 1972

(en miles)

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
MEDICINA GENERAL.	16,810	18,741	20,331	21,308	22,095	23,090	25,855	28,211	30,151
ESPECIALIDADES.	5,124	5,589	5,910	5,935	6,172	6,489	6,968	7,710	8,096
URGENCIAS.	2,353	2,716	3,130	3,343	3,901	4,636	4,606	4,871	5,421
TOTAL CONSULTA EXTERNA:	24,287	27,046	39,371	30,586	32,168	35,015	37,429	40,793	43,668
DERECHOHABIENTES.	6,347	6,816	7,175	7,611	8,187	9,076	9,772	10,486	11,611

% DE INCREMENTO

										1964- 1969 %	1969- 1972 %
MEDICINA GENERAL.	11.5	8.5	4.8	5.7	8.1	8.2	9.1	6.9	7.3	8.1	
ESPECIALIDADES.	9.1	5.7	0.4	4.0	5.1	7.4	10.6	5.0	4.8	7.7	
URGENCIAS.	15.4	15.2	6.8	16.7	18.8	-0.7	5.7	11.3	14.7	5.3	
TOTAL CONSULTA EXTERNA:	11.4	8.6	4.1	5.2	8.8	6.9	9.0	7.0	7.6	7.6	
DERECHOHABIENTES.	7.4	5.3	6.1	7.6	10.8	7.7	6.7	11.4	7.5	8.5	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUADRO COMPARATIVO DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS
ANALISIS CLINICOS Y DERECHOHABIENTES

1964—1972

(miles)

	<u>1964</u>	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
ESTUDIOS RA- DIOLOGICOS:									
Enfermos aten- didos.	758	891	970	1,013	1,107	1,193	1,352	1,522	1,690
Estudios efec- tuados.	920	1,111	1,207	1,150	1,252	1,378	1,537	1,712	1,912
ANALISIS CLINICOS:									
Enfermos aten- didos.	2,223	2,590	2,905	3,139	3,233	3,504	3,868	4,428	5,230
Estudios efec- tuados.	6,954	8,414	9,417	10,345	10,799	11,926	13,263	15,322	17,828
DERECHOHA- BIENTES:									
	6,347	6,816	7,175	7,611	8,187	9,076	9,772	10,426	11,611

% DE INCREMENTO

										Incremento Anual	
										64-69	69-72
ESTUDIOS RA- DIOLOGICOS:											
Enfermos atendidos.	17.5	8.9	4.4	9.3	7.8	13.3	12.6	11.0		9.5	12.3
Estudios efectuados.	20.8	8.6	4.7	8.9	10.2	11.5	11.4	11.7		8.4	11.0
ANALISIS CLINICOS:											
Enfermos atendidos.	16.5	12.2	8.1	3.0	8.4	10.4	14.5	18.1		9.5	14.8
Estudios efectuados.	21.0	11.9	9.9	4.4	10.5	11.2	15.5	16.4		11.4	14.8
DERECHOHABIENTES:											
	7.4	5.3	6.1	7.6	10.8	7.7	6.7	11.4		7.5	8.5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS POR RAMAS DE SEGUROS EN NUMEROS RELATIVOS

	<u>1965</u>	<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>
ENFERMEDADES GENERALES Y MATERNIDAD:								
INGRESOS								
Cuotas Obrero Patronales y Contribución Estatal.	99.2	99.0	98.9	95.7	98.4	98.6	96.9	95.9
Productos de Inversiones.	.8	1.0	1.1	4.3	1.6	1.4	3.1	4.1
	<u>100.0</u>	<u>100.00</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
GASTOS.								
Prestaciones en Especie.	111.3	101.5	99.1	99.5	97.8	100.0	86.1	90.6
Prestaciones en Dinero.	6.4	6.7	6.3	5.8	6.3	6.1	6.0	6.5
Gastos de Administración.	15.9	11.2	10.5	10.5	12.8	12.2	10.5	11.1
Reversión de Cuotas. Incobrabilidades, Depreciaciones e Intereses Actuariales.		16.8	14.1	13.9	14.6	3.2 12.0	3.3 9.6	3.3 8.6
	<u>133.6</u>	<u>136.2</u>	<u>130.0</u>	<u>129.7</u>	<u>131.5</u>	<u>133.5</u>	<u>115.5</u>	<u>120.1</u>
Remanente (Déficit).	<u>(33.6)</u>	<u>(36.2)</u>	<u>(30.0)</u>	<u>(29.7)</u>	<u>(31.5)</u>	<u>(33.5)</u>	<u>(15.5)</u>	<u>(20.1)</u>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COSTO DE SERVICIOS MEDICOS Y PROMEDIO ANUAL DE ASEGURADOS
1969 A 1972

	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>1969-1972</u> % de Aumento
COSTOS DIRECTOS:					
Consulta Externa.					
Consulta.	\$ 1.427,999	\$ 1.763,798	\$ 2.030,486	\$ 2.553,940	78.8
Medicamentos.	632,460	728,684	809,773	891,347	40.9
	<u>2.060,459</u>	<u>2.492,482</u>	<u>2.840,259</u>	<u>3.445,287</u>	<u>67.2</u>
Hospitalización.	1.393,176	1.611,587	1.826,257	2.132,119	53.0
Análisis Clínicos.	109,801	144,591	171,845	220,170	100.5
Estudios Radiológicos.	47,595	58,565	68,145	84,392	77.3
	<u>3.611,031</u>	<u>4.307,225</u>	<u>4.906,506</u>	<u>5.881,968</u>	<u>62.9</u>
COSTOS INDIRECTOS:	283,588	436,725	441,274	563,470	98.7
	<u>3.894,619</u>	<u>4.743,950</u>	<u>5.347,780</u>	<u>6.445,438</u>	<u>65.5</u>
Total Costo de Servicios Médicos:	\$ 3.894,619	\$ 4.743,950	\$ 5.347,780	\$ 6.445,438	65.5
PROMEDIO ANUAL DE ASEGURADOS.	<u>2,758</u>	<u>3,074</u>	<u>3,237</u>	<u>3,380</u>	<u>22.6</u>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COSTO DE SERVICIOS MEDICOS POR ASEGURADO

	1969	1970	1971	1972	Aumento 1969—1972	
					Costos	%
COSTOS DIRECTOS:						
Consulta Externa.						
Consulta	\$ 517.77	\$ 565.32	\$ 628.05	\$ 755.60	\$ 237.83	45.9
Medicamentos.	229.32	233.55	250.47	263.71	34.39	15.0
Hospitalización.	505.14	516.53	564.88	630.80	125.66	24.9
Análisis Clínicos.	39.81	46.34	53.15	65.14	25.33	63.6
Estudios Radiológicos.	17.26	18.77	21.08	24.97	7.71	44.7
	<u>\$1,309.30</u>	<u>\$1,380.51</u>	<u>\$1,517.63</u>	<u>\$1,740.22</u>	<u>\$ 430.92</u>	<u>32.9</u>
COTOS INDIRECTOS:						
Total Costo de Servicios Médicos:	102.82	139.98	136.49	166.71	63.89	62.1
	<u>\$1,412.12</u>	<u>\$1,520.49</u>	<u>\$1,654.12</u>	<u>\$1,906.93</u>	<u>\$ 494.81</u>	<u>35.0</u>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ANALISIS DEL INCREMENTO DEL COSTO POR ASEGURADO ENTRE 1969 Y 1972

INCREMENTO DE COSTO ENTRE 1969 Y 1972
(EN DOLARES)

	Por Mayor Demanda de Servicios Por Asegurado				Por Mayor Costo Unitario de Servicios Médicos			TOTAL	COSTO POR ASEGURADO 1972
	COSTO POR ASEGURADO 1969	Servicios Incremento	Costo por Servicio 1972	Importe	Índice de Demanda 1972	Aumento de Costo por Servicio	Importe		
COSTOS DIRECTOS:									
Consulta Externa									
Consulta.	41.42	.22	3.28	.72	12.85	1.43	18.30	19.02	60.45
Medicamentos.	18.35	.21	1.70	.36	11.01	.22	2.40	2.75	21.10
	<u>59.77</u>		<u>1.08</u>				<u>20.70</u>	<u>21.77</u>	<u>81.55</u>
Hospitalización									
Días cama ocupados.	40.41	.01	24.97	.25	1.61	6.36	10.30	10.05	50.46
Análisis Clínicos.	3.18	.95	.74	.70	5.25	.25	1.32	2.03	5.21
Estudios Radiológicos	1.38	.07	2.78	.19	.57	.74	.42	.62	2.00
	<u>104.74</u>			<u>1.73</u>			<u>32.74</u>	<u>34.47</u>	<u>139.22</u>
COSTOS INDIRECTOS:	8.23			.26			4.86	5.11	13.34
	<u>129.97</u>			<u>1.98</u>			<u>37.60</u>	<u>39.58</u>	<u>152.56</u>
PORCENTAJE				5			95	100	

NOTA: Se estimó el incremento de los costos indirectos de acuerdo a los resultados obtenidos en los costos directos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANALISIS DEL INCREMENTO PORCENTUAL DEL COSTO POR ASEGURADO ENTRE 1969 Y 1972

(en miles)

	Costo por Asegurado 1969	Incremento 1969 - 1972 Demanda de Servi- cios por Asegurado	Por Mayor Costo Unitario por Servicios Médicos	Costo por Asegurado 1972
COSTO DIRECTO:				
Consulta Externa.				
Consulta.	100.0	1.7	44.2	145.9
Medicamentos.	100.0	1.9	13.1	115.0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Hospitalización.	100.0	1.8	34.6	136.4
Días cama ocupados.	100.0	.6	25.5	124.9
Análisis Clínicos.	100.0	22.1	41.5	163.6
Estudios Radiológicos.	100.0	14.1	30.6	144.7
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL COSTOS DIRECTOS:	100.0	.6	31.3	132.9
COSTOS INDIRECTOS:	100.0	3.1	59.0	162.
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL COSTO POR ASEGURADO:	100.0	1.7	33.3	135.0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DEMANDA DE SERVICIOS POR ASEGURADO

	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>	<u>1972</u>	<u>Aumento Servicios</u>	<u>1969-1972 %</u>
Consulta Externa:						
Consulta.	12.63	12.09	12.53	12.85	.22	1.7
Medicamentos.	10.30	10.11	10.73	11.01	.21	1.9
Hospitalización:						
Ingresos.	.28	.27	.29	.31	.03	10.7
Días Cama Ocupados.	1.62	1.57	1.64	1.61	— .01	— .6
Análisis Clínicos.	4.30	4.31	4.72	5.25	.95	22.0
Estudios Radiológicos.	.50	.50	.53	.57	.07	14.0

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COSTOS UNITARIOS DE SERVICIOS MEDICOS

1969 A 1972

	1969	1970	1971	1972	% de Aumento 1969-1972
Consulta Externa:					
Consulta.	40.99	47.46	50.07	58.81	43.5
Receta.	21.24	23.44	23.32	23.95	12.8
Hospitalización					
Día Cama					
Ocupado:	312.12	333.57	344.70	391.58	25.5
Análisis Clínicos.	9.25	10.91	11.25	12.41	34.2
Estudio Radiológico.	34.77	38.16	39.90	44.02	26.6
Hospitalización.					
Ingreso:	1,795.30	1,911.70	1,916.30	2,032.50	13.2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDADES MEDICAS DIRECTAS E INSTALACIONES AL
31 DE DICIEMBRE DE 1972.

TODO EL SISTEMA

UNIDADES MEDICAS DIRECTAS.

Hospitales Generales y de Especialidades	22
Clínica — Hospital T — 1	60
Clínica — Hospital T — 2	40
Clínica — Hospital T — 3	200
Clínica — Hospital de Campo	10
Clínicas Generales A	33
Clínicas Generales B	209
Clínicas de Campo	30
	<hr/>
T o t a l :	604
Puesto de Fábrica	203
Puesto de Enfermería	79
	<hr/>
T o t a l :	886

I N S T A L A C I O N E S .

CAMAS:

De Hospitalización	
Gineco-Obstetricia	4,808
Pediatría	4,754
Cirugía	4,412
Medicina General	3,405
Convalecencia	146

T o t a l :

17,525

En Otras Areas

Urgencias	1,267
Tránsito	552
Trabajo Parto	443
Terapia Intensiva	241
Recuperación Post-Quirúrgica	447

T o t a l :

2,950

Total de Camas:

20,475

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PERSONAL DE SERVICIOS MEDICOS

TODO EL SISTEMA

1 9 7 2

PERSONAL MEDICO.

Médicos Familiares:	3,827
Médicos Especialistas:	
Odontología	524
Gineco-Obstetricia	500
Pediatria	344
Cirugia General	250
Otorrinolaringología	195
Traumatología y Ortopedia	189
Oftalmología	189
Cardiología	116
Neumología	116
Gastroenterología	93
Dermatología	84
Urología	74
Sanitaristas	74
Internistas	68
Siquiatria	63
Otros	314
T o t a l :	<u>3,193</u>
Médicos en Servicios de Urgencias.	830
Directores.	248
Jefes de Departamento Clínico.	533
Medicina de Trabajo.	<u>28</u>
Médicos Aux. de Diagnóstico y Tratamiento:	
Anestesiólogos	527
Radiólogos	163
Laboratoristas	62
Anatomopatólogos	92
Otros	99
T o t a l :	<u>943</u>
	<u>9,602</u>

**PERSONAL DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO.**

Químicos, laboratoristas y auxiliares de laboratorio	2,263
Técnicos y auxiliares de Radiología	423
Fisioterapeutas y auxiliares de Fisioterapeutas	116
Técnicos Anestesiastas	47
Otros.	167
T o t a l :	3,016

ENFERMERIA .

Supervisores y Jefes de Piso	1,191
Enfermeras Especialistas	429
Enfermeras Generales	6,413
Parteras	129
Auxiliares de Enfermería	13,009
T o t a l :	21,171

TRABAJO SOCIAL Y RECEPCION.

Trabajadoras sociales y auxilires de trabajo social	422
Asistentes Sociales	2,776
T o t a l :	3,198

PERSONAL ADMINISTRATIVO.

Administradores	47
De Archivo Clínico	1,836
Mensajeros	606
De comunicaciones eléctricas	341
Almacenistas	112
Otros	189
T o t a l :	3,131

PERSONAL DE CONFIANZA.

PERSONAL DE ALIMENTACION.

PERSONAL DE INTENDENCIA.

PERSONAL DE TRANSPORTES.

PERSONAL DE FARMACIA.

PERSONAL DE MANTENIMIENTO.

PERSONAL DE LAVANDERIA

T o t a l :	55,455
--------------------	---------------

Fuentes de Datos:

Departamento de Estadística

C U N A S :	4,044
INCUBADORAS Y BACINETES:	1,363
CONSULTORIOS:	
Medicina General	2,789
Urgencias	365
Medicina Preventiva	275
Especialistas	
Gineco-Obstetricia	189
Odontología	
Pediatria	138
Otorrinolaringología	142
Oftalmología	145
Traumatología	124
Cirugía General	107
Cardiología	97
Neumología	87
Dermatología	78
Gastroenterología	66
Urología	58
Neurología	47
Siquiatría	52
Endocrinología	42
Fisiatría	37
Oncología	27
Alergología	18
Proctología	19
Reumatología	13
Hematología	21
Nefrología	13
Infectología	9
Otros	94
	<hr/>
T o t a l :	1,993
	<hr/>
	5,422
	<hr/>
QUIROFANOS	402
SALAS DE EXPULSION	369
LABORATORIOS CLINICOS	218
GABINETES RADIOLOGICOS	255
BANCOS DE SANGRE	64
FARMACIAS	522

BOTIQUINES	788
LAVANDERIAS	173
TRANSPORTES:	
Ambulancias	473
Camionetas	112
Jeeps	44
Camiones	25
Unidades Móviles	—
Coches	38
	<hr/>
Total Transportes	692
	<hr/>

Fuente de Datos:

Departamento de Estadística