

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXXI

EPOCA V

Núms. 135-136

MAYO - AGOSTO

1982

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION 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.

	<u>Pág.</u>
— PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y MEDICOS EN LAS UNIDADES MEDICAS	135
Dr. Rodolfo Rojas Rubí Dr. Héctor G. Aguirre C.P. Abraham G. Velázquez Guzmán	
— LA COORDINACION ENTRE LAS AREAS MEDICAS Y ADMINISTRATIVAS COMO FACTOR PRINCIPAL DE LA RACIONALIZACION DEL COSTO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	143
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	
— DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION, CAPACIDAD OPORTUNA Y TECNICA, SU UTILIZACION PARA EL ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES Y TOMA DE DECISIONES	149
Ing. Eduardo Jaber Gómez Ing. Rolando Ramírez Bautista	
— IMPORTANCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL Y REHABILITACION EN RELACION A LA RACIONALIZACION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA	167
Dr. Salvador Jalife García	
— RACIONALIZACION DE LA ADMINISTRACION DE RIESGOS DEL TRABAJO	187
Lic. Jorge A. Hidalgo Rodríguez	
— IMPORTANCIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA	215
Dra. Georgina Velázquez Díaz	
CONFERENCIAS	
— EL FINANCIAMIENTO DE REGIMENES OBLIGATORIOS DE PENSIONES BAJO CONDICIONES DINAMICAS Y LAS NUEVAS MATEMATICAS ACTUARIALES	231
Peter Thullen	
— LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA	249
Dr. Gastón Novelo	

Ponencia:

Racionalización de la Administración de Riesgos del Trabajo

**SEMINARIO SOBRE LA RACIONALIZACION DE LOS COSTOS
DE LA ATENCION MEDICA**

Ponente:

Lic. Jorge A. Hidalgo Rodríguez

Titular de la Jefatura de Servicios
de Seguridad en el Trabajo

CONTENIDO

- I. INTRODUCCION.
 - 1.1. CONCEPTO DE RACIONALIZACION Y DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
- II. DIAGNOSTICO DE LA PROBLEMÁTICA DE RIESGOS DE TRABAJO.
 - 2.1. COBERTURA GEOGRAFICA, DE POBLACION TRABAJADORA, DERECHOHABIENTES Y DE EMPRESAS.
 - 2.2. RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS.
 - 2.3. ACTIVIDADES ECONOMICAS CON MAYOR PROBLEMÁTICA DE RIESGOS DE TRABAJO.
 - 2.4. DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.
 - 2.5. DAÑOS A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.
 - 2.6. DAÑOS SOCIOECONOMICOS PARA LAS FAMILIAS, EL IMSS, LAS EMPRESAS Y EL PAIS.
- III. ORGANIZACION Y FUNCIONES DE LAS AREAS RESPONSABLES DE LA ADMINISTRACION DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO.
 - 3.1. PARA LA PROMOCION Y PREVENCION ESPECIFICAS DE LOS RIESGOS DE TRABAJO.
 - 3.2. PARA LA ATENCION MEDICA Y LA REHABILITACION DE LOS TRABAJADORES DAÑADOS.
 - 3.3. PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONOMICAS A QUE TIENEN DERECHO LOS TRABAJADORES.

3.4. PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES A QUE TIENEN DERECHO LOS TRABAJADORES

IV. PROGRAMAS Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DE TRABAJO, EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y EN LA REHABILITACIÓN DE LOS TRABAJADORES DAÑADOS.

V. RACIONALIZACIÓN FUTURA DE LOS COSTOS DERIVADOS DE LA PREVENCIÓN, LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA REHABILITACIÓN EN EL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO.

VI. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.

I. Introducción

1.1 *Concepto de racionalización y de calidad de la atención médica*

Racionalización y calidad de la atención médica en términos generales cuando se expone una ponencia que trata aspectos de la producción de bienes y servicios generados en las instituciones de salud y de Seguridad Social, no se acostumbra profundizar en la calidad y la racionalización del trabajo destinado a los usuarios de los servicios; más bien se habla en términos de la producción y frecuentemente se soslayan los procesos de evaluación de los servicios otorgados, así como de los resultados obtenidos y del costo-beneficio que se derive de ello, argumentando que las más de las veces dichas acciones no son mesurables.

Por esta razón estaríamos de entrada, justificando la presentación de este tema, cuya elaboración y análisis se justifica aún más en virtud de que trata sobre la racionalización de las acciones proporcionadas en materia de riesgos de trabajo a los trabajadores asegurados. Concretamente el caso que presentamos se refiere a la experiencia obtenida en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antes que nada, tenemos la ineludible obligación de preguntarnos qué entendemos por racionalización y por calidad de la atención otorgada a los trabajadores expuestos a los agentes causantes de riesgos de trabajo, o bien hacia los trabajadores que han sufrido un daño en el ejercicio o con motivo de su trabajo.

Según la Real Academia Española de la Lengua, racionalización significa la acción y el efecto de racionalizar el trabajo y esto nos lleva de la mano a concluir que 'racionalizar es organizar y normar la producción o el trabajo de manera que aumente los rendimientos y reduzca los costos con el mínimo esfuerzo por parte de quien lo realiza.

A su vez, este mismo órgano señala que "calidad es el conjunto de propiedades inherentes a una cosa o persona, que permitan apreciarla igual, peor o mejor que las restantes de su especie o condición.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se tiene como política fundamental el otorgar las prestaciones médicas, sociales y económicas de manera eficiente a los asegurados y sus beneficiarios, y se deja a los órganos responsables la interpretación técnica y la proyección operativa de esta política que aparentemente se plasma de manera sencilla, pero cuya transformación en la operación representa un verdadero problema y el máximo reto al que se enfrentan los directivos del instituto, ya que involucra, en primera instancia, la relación íntima que tiene el trabajador del instituto con el que demanda la atención, la relación de todo el personal que labora en la atención directa hacia y con los derechohabientes.

Entendemos que la atención eficiente es aquella que permite la prevención de los riesgos de trabajo en las empresas, la recuperación rápida del daño ocurrido, el mantenimiento de la salud y la rehabilitación adecuada de los trabajadores, con una plena optimización de los recursos institucionales y una satisfacción tanto para los que otorgan la atención como para los que la reciben.

Al establecer los conceptos de racionalización y de calidad, estamos tomando como puntos de referencia los criterios de oportunidad con que se

otorgan los servicios; eficacia y actitud cordial hacia los usuarios que demandan estos servicios. Una vez establecidos estos conceptos estamos en posibilidad de abordar el tema que nos ocupa sobre la racionalización de los costos derivados de los servicios y atenciones médicas proporcionadas en el seguro de riesgos de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin embargo, esto no es más que el principio que debe regir nuestras acciones, lo que significa la elaboración y el desarrollo de programas adecuados a la problemática específica que enfrentan los trabajadores y, evidentemente, al desarrollo de todos los procesos básicos de la administración, como son la planeación, la organización, la integración, la dirección y el control.

Indiscutiblemente que para otorgar las prestaciones con la oportunidad debida se requiere elaborar manuales de organización y de procedimientos e instructivos y flujos de acción que simplifiquen los trámites tanto para la solicitud de atención como para el otorgamiento de las mismas; esto, desafortunadamente, en ocasiones no se logra no tanto porque no existan dichos manuales, sino por la interpretación errónea o por ignorancia de los trabajadores que tienen la responsabilidad de conocerlos y ejecutarlos convenientemente.

Otro de los elementos que conforman la calidad de las atenciones que otorgamos, es el que se refiere, como ya lo hemos señalado, al de la capacidad o aptitud técnica y profesional que los trabajadores del Seguro Social debemos tener.

Parece evidente que esta situación no es tan apremiante en el IMSS, dado que reglamentariamente se tienen establecidos los procesos de reclutamiento y selección del personal que ingresa a la empresa.

Estos filtros de selección garantizan que los trabajadores en todas las categorías, estén aptos para laborar en forma adecuada a los profesiogramas de enseñanza y que, en términos generales, ésta se adecua para que los complementa con permanentes y dinámicos programas de adiestramiento y actualización que por fortuna el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza desde hace muchos años.

En este sentido consideramos que día a día mejoramos nuestros esquemas de enseñanza y que en términos generales, ésta se adecua para que los trabajadores enfrentemos más convenientemente los problemas médicos y socioeconómicos de la población.

Sin embargo, se aseguran especialidades para recibir la demanda de atención médica, pero no tenemos aún suficientes mecanismos de capacitación para prevenir los males de la sociedad que atendemos antes de que éstos se produzcan.

En otras palabras, hemos encauzado la capacitación para dotar de mejores elementos técnicos a fin de que el personal resuelva fundamentalmente enfermedades infecto-contagiosas y de otra índole cuando éstas han ocurrido, lo que responde al mayor peso específico determinado por la asistencia médica, y aunque se realizan acciones de prevención primaria (especialmente aquellas de protección específica y control de enfermedades virales en la infancia), aún no hemos estructurado programas tendientes a enfrentar problemas médico-sociales relacionados con la educación básica de la población, su cultura, su infraestructura sanitaria y de servicios, la contaminación ambiental y la prevención de los riesgos de trabajo en las empresas, y ésta es una acción ineludible que debemos abordar con mayor cobertura a corto y a mediano plazo.

El tercer elemento que integra el concepto de calidad es el de la actitud que el trabajador adopta en el trabajo con sus compañeros y con los derechohabientes y representa, sin lugar a dudas, el punto crítico por el cual se puede determinar una buena o mala imagen entre la población usuaria. Puede ser que la atención no sea oportuna e incluso se puede asociar una regular capacidad técnica para resolver el problema médico-social, pero si el médico y el resto del equipo de salud adoptan una actitud cordial y afable para con los derechohabientes, éstos seguramente se verán reconfortados en sus males y también seguramente su recuperación será más rápida. Al contrario, se puede atender rápidamente y con capacidad técnica pero con pésimas relaciones humanas, lo que refleja invariablemente una mala imagen y un razonable descontento del trabajador.

Si la oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones a la población de derechohabiente es responsabilidad de la empresa, la aptitud es responsabilidad de las escuelas (desde la enseñanza primaria), y la herencia, la sociedad y el medio ambiente son responsables de conformar las actitudes de los trabajadores del instituto. El medio ambiente incluye, por supuesto, en el medio ambiente laboral institucional que en parte puede conformar, y de hecho conforma, buenas o malas actitudes entre los trabajadores.

Por lo tanto, la actitud al otorgar las prestaciones no es más que la resultante de las motivaciones, motivos o razones que cada uno de nosotros tenemos para actuar en la vida y como ya lo señalaba, están condicionadas o generadas por factores hereditarios, por factores de endoculturación adoptados en el seno de la misma familia o en las escuelas, y a los procesos de transculturación que día con día son más incisivos. En virtud de que los medios modernos de comunicación nos acercan a la cultura de otros países, su tradición y sus hábitos, y que de una u otra manera adoptamos en nuestra conformación cotidiana.

II. Diagnóstico de la problemática de riesgos de trabajo

2.1 Cobertura geográfica, de población trabajadora, derechohabiente y de empresas

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado por decreto presidencial en diciembre de 1943, habiendo iniciado sus servicios en un ámbito geográfico reducido a 13 municipios de carácter urbano en los principales estados de la República Mexicana.

En 10 años el número de municipios se incrementó a 65 con una variación de 400%. Para 1964, los mismos fueron 471, cuyo incremento fue de 625% en relación a 1954.

Con la percepción de las bondades extendidas al Instituto Mexicano del Seguro Social, para 1974 tenía una cobertura geográfica de 665 municipios, lo que revela que su crecimiento fue de 41% en ese decenio. Por último, en 1980 el Seguro Social mexicano se encontraba ubicado en un poco más de la mitad de municipios registrados en el país, o sea en 1,239 de 2,394, lo que viene a representar un crecimiento del 86% en los últimos años, o sea desde 1974, como se muestra en los cuadros 1, 2 y 3 anexos.

Por lo que respecta a la población de trabajadores asegurados, éstos sumaban la cifra de 136,741 en el esquema integral urbano en 1944, con un

total de 355,527 derechohabientes, lo que significaba un promedio de 2.6 miembros por familia.

En 1954 se incorporaron 2,389 asegurados del campo no cañeros, dando un total de 499,651 asegurados, por lo que su incremento fue de 265% en relación al año de inicio de actividades del instituto. Asimismo, se registraron en el año de 1954 1.348,200, lo que significó un promedio de 3.7 miembros por familia, con lo cual la cobertura familiar para recibir servicios también fue mayor.

Diez años después, o sea en 1964, ya se tenían otras modalidades de aseguramiento tanto en el esquema urbano como en el de campo, tales como la continuación voluntaria, la calidad de eventual, ejidatarios, pequeños propietarios, productores de caña y estacionales del campo, dando un total de 2.069,480 asegurados con una incorporación de 272,671 trabajadores del campo.

El decenio 1954 a 1964, se significó por un incremento del 314% en el número de asegurados y de haberse registrado en el último año mencionado a 6.347,149 derechohabientes se logró un promedio de 3.1 miembros por familia.

Para 1974, a 30 años de haberse creado el Instituto Mexicano del Seguro Social, se contaba con 14.306,391 derechohabientes con un incremento decenal de 344% y con una población de 4.019,884 trabajadores permanentes y eventuales, lo que representa un incremento del 94% en relación al número de asegurados registrados en 1964.

Por último en 1980 y gracias a la buena marcha del instituto, en cuanto al otorgamiento de sus beneficios médicos y socioeconómicos se registraron 6.368,936 trabajadores asegurados con una población de 24.125,307 derechohabientes, lo que nos habla ya de un promedio de 3.8 miembros por familia, superior al 3.5 de 10 años antes y al de 2.6 de 1944.

En resumen, la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social pasa de 13 municipios en 1944 a 1,239 en 1980 y de 136,741 asegurados y 355,527 derechohabientes, en sus inicios, a 6.368,936 trabajadores y 24.125,307 derechohabientes, lo que representa una cobertura de población del 36% en relación al total de la misma a nivel nacional. Esto sin contar que la institución cubre a varios millones de solidariohabientes, quienes reciben prestaciones médicas, quirúrgicas y farmacéuticas sin que coticen, debido a su pobre condición económica.

En cuanto a la estructura de la población trabajadora, vemos que en los últimos seis años un poco más del 80% tienen entre 15 y 44 años de edad, lo que está en estrecha proporción con la estructura de la población en general definida por gente joven, ya que la tasa de natalidad de México es una de las más altas en el mundo.

Por lo que se refiere al número de empresas, éstas también se han incrementado paulatinamente y así tenemos que en 1976 las mismas ascienden a 304,962, mientras que en 1979 se registraron 337,189 empresas ubicadas en todo el país.

2.2. *Riesgos de trabajo ocurridos*

En 1971 se registraron 294,039 y en 1980 fueron 600,872 los trabajadores que sufrieron un riesgo de trabajo.

En el primer año el 93% fueron accidentes de trabajo, 6.8% accidentes en trayecto y 0.2% enfermedades de trabajo; esta situación se modifica para 1980 en virtud de que sólo el 90% fueron accidentes de trabajo, el 9.7% fueron accidentes en trayecto (se incrementaron) y 0.3% enfermedades de trabajo.

El incremento entre uno y otro año fue de 104% y de cada año entre sí, de aproximadamente el 10%, aunque hubo un decremento de 1972 a 1973 y un incremento del 19% de 1973 a 1974.

De mantenerse la tendencia irregular de los últimos 4 años, tendremos para el año que nos ocupa (1982) un total de 725,000 riesgos de trabajo en todo el país y para 1990 1.500,000 aproximadamente.

En otras palabras, mientras que en 1971 ocurrió un riesgo de trabajo cada minuto con 47 segundos en los 365 días del año, en 1980 esto aconteció cada 52 segundos, y para 1990, de no modificarse las condiciones indeseables que hasta el momento se presentan en la ocurrencia de los riesgos, habrá un trabajador accidentado o enfermedad de trabajo cada 20 segundos.

2.3. *Actividades económicas con mayor problemática de riesgos de trabajo*

Las actividades que hasta la fecha se han mostrado más peligrosas para la salud de los trabajadores, son aquellas que integran las minas no metálicas, las fundiciones, las dedicadas a los trabajos agrícolas, en los ingenios azucareros, en las embotelladoras de refrescos y aguas gaseosas, en la fabricación de artículos metálicos, en la fabricación de hilados y tejidos de fibras blandas, en la fabricación de artículos de plástico y en las compañías constructoras de casas, edificios y caminos, etc.

En estas actividades se integran la totalidad de las empresas, ubicándose el 40% del total de trabajadores en las industrias de transformación, el 27.4% en los servicios, el 14.6% en el comercio, el 7% en la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, y el 11% restante en las constructoras, en la industria extractiva, en los transportes y comunicaciones y en los servicios de electricidad.

2.4. *Demanda de servicios de atención médica*

Del total de riesgos de trabajo manifestados, un 10% más de casos registrados conforme a las primeras cifras, es la demanda real de atención que el Instituto viene soportando a través de los servicios asistenciales, lo que para 1980 significó una cifra de alrededor de 660,000 casos de demanda, los que invirtieron 3 consultas por hora-médico, dando un total de cerca de 2 millones de consultas en el año mencionado, lo que representó el 3.5% del total de consultas otorgadas por la institución, o sean 56.568,047 consultas.

Si calculamos el número de consultas entre el número de personas atendidas, vemos que en 1944 se otorgaron 42 consultas por persona y en 1980 esta cifra disminuyó considerablemente a 6.4 consultas por persona, mientras que 10 años antes, o sea en 1970, se proporcionaron 9.7 consultas por persona.

Este indicador nos lleva de la mano a considerar que a medida que la institución cuenta con mayor experiencia y con mejores esquemas de orga-

nización, se está logrando una mejor productividad en este renglón, aunque esto no signifique necesariamente una adecuada calidad de la atención proporcionada.

Para el caso particular de la atención de los riesgos de trabajo, tenemos que apoyarnos en dos parámetros más, que son el promedio de días de incapacidad temporal por caso y la tasa de recaídas por cada 100 casos de riesgos de trabajo ocurridos. En el primer punto en 1977, el promedio era de 18.2 y en 1980 éste disminuyó a 17; situación similar se observó en la tasa de recaídas de 2.7% a 2.4% en el mismo periodo.

2.5. *Daños a la salud de los trabajadores*

Las consecuencias más indeseables de los riesgos de trabajo se reflejan en trabajadores jóvenes de 17 a 32 años de edad, los que prácticamente se accidentan en el 67% de los casos durante el primer año de antigüedad en su puesto de trabajo, sobre todo en las manos, debido a heridas, contusiones, magulladuras y esguinces.

En ellos ocurren incapacidades permanentes (totales o parciales) para el trabajo, así como defunciones.

En el primer caso, durante 1976, ocurrieron 10,610 incapacidades, o sean 29 diarias en los 365 días del año, y en 1980 fueron 12,160, o sean 40 diarias; por lo que respecta a las defunciones en 1976, por desgracia fallecieron 1,440 compañeros de trabajo, o sea que se estuvieron muriendo 4 trabajadores diariamente con motivo o en el ejercicio de su trabajo, situación similar a lo que ocurrió en 1980 al haber fallecido 1,514 personas.

Por lo que respecta a los indicadores vemos que desde 1977 a 1980, ocurrieron 11 riesgos por cada 100 trabajadores expuestos; por cada 1,000 riesgos de trabajo están generándose 24 incapacidades permanentes, y por cada 10,000 están ocurriendo 25 defunciones.

2.6. *Daños socioeconómicos para las familias, el IMSS, las empresas y el país*

En virtud de que de 1976 a 1980 el IMSS ha incrementado el gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo en un 200%, se aprecia que esta situación se ha dado por el incremento de los casos ocurridos, ya que en el primer año el Instituto gastó \$3,623 millones, y en 1980 tuvo un egreso de \$10,932 millones, lo que significó que la institución gastaba primero 10 millones también diariamente, y después 30 millones al día.

El gasto por cada caso se incrementó en los 4 años de estudio en 120%, o sea de \$8,245 a \$18,194, por lo que de mantenerse la misma tendencia para el año que estamos viviendo, estará gastando alrededor de \$30,000 por caso.

Estimaciones del gasto nos hacen suponer que las empresas erogan por el mismo concepto, 5 veces más que lo que gasta el Instituto, debido a que tienen que parar la producción, restaurar daños a la maquinaria, adiestrar al nuevo personal, etc., por lo que en 1980 el sector patronal tuvo un gasto de \$150 millones al día, que sumadas a los 30 del Seguro Social dan un gasto diario nacional de \$180 millones.

Por otro lado, no debemos olvidar que en 1980 y por razón de haberse pagado casi 11.000,000 de días de incapacidad temporal, se perdieron

81.000,000 de horas-hombre para el trabajo, lo cual representa una situación desmesurada, toda vez que el país requiere óptimos esquemas de ahorro y empleo, como estrategia básica para su desarrollo y bienestar colectivo.

III. Organización y funciones de las áreas responsables de la administración del seguro de riesgos de trabajo

Si tomamos en consideración el marco conceptual de la Organización Internacional del Trabajo, tenemos que la salud en el trabajo debe tender a promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en todo puesto de trabajo; la prevención entre los trabajadores de pérdida de la salud causada por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en su empleo contra los riesgos resultantes de factores adversos a la salud; la colocación y mantenimiento del trabajador en un medio ambiente adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas, y en resumen la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo.

Para sustentar este marco de referencia cuyos antecedentes se remontan a la Conferencia de Paz en París durante 1919 y la de Filadelfia en 1944, tenemos el artículo 49 de la Ley Original del Seguro Social, que sustenta la existencia de la oficina de riesgos profesionales e invalidez.

El primer Reglamento de Organización Interna del Seguro Social establecido en febrero de 1945 señala en su artículo noveno las funciones de calificación de profesionalidad, autorización de subsidios, clasificación de empresas, investigación e inspección a centros de trabajo y prevención específica de los riesgos de trabajo.

3.1. Prevención de los riesgos de trabajo

En las fracciones XIII, XV, XXXI del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el artículo 132 de la Ley Federal del Trabajo, se señala que “los patrones están obligados a observar las normas sobre higiene y seguridad en sus establecimientos, adoptar las medidas adecuadas para prevenir los accidentes y enfermedades y proporcionar adiestramiento y capacitación a sus trabajadores, para prevenir los riesgos de trabajo; de esta responsabilidad no los releva el IMSS por motivo del aseguramiento de sus trabajadores en el ramo del Seguro de los Riesgos de Trabajo.

De la misma manera en los artículos 90 y 88 de la Ley del Seguro Social se señala que se deben llevar a cabo investigaciones convenientes sobre riesgos de trabajo y sugerir a los patrones las técnicas y prácticas convenientes, a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos, las que podrán ser en forma individual o a través de procedimientos de alcance general.

Asimismo, el artículo 91 de la misma ley refiere que “los patrones deben cooperar con el IMSS en la prevención de los riesgos de trabajo, proporcionándole información estadística y colaborando en el ámbito de sus empresas para realizar estudios e investigaciones y difundir las normas sobre prevención de riesgos de trabajo”.

El artículo 134 fracción II de la Ley Federal del Trabajo señala que “los trabajadores están obligados a observar las medidas preventivas e hi-

giénicas que acuerden las autoridades competentes y las que indiquen los patrones para la seguridad y protección personal de ellos mismos”.

Con este marco jurídico define la realización de acciones preventivas en los riesgos de trabajo, ya que el IMSS cuenta con una estructura destinada para tal propósito a través de la Secretaría General, denominada Jefatura de los Servicios de Seguridad en el Trabajo, cuyo marco legal se ha señalado y cuyo universo de acciones está referido a la totalidad de las empresas y trabajadores ubicados en todo el país, diagnóstico también ya relatado en líneas anteriores.

3.2. *Para la atención médica y la rehabilitación de los trabajadores dañados*

Por lo que respecta a la atención de los daños ocurridos en ejercicio o con motivo de su trabajo, tenemos como marco jurídico a la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a la Ley Federal del Trabajo y a la Ley del Seguro Social. En el primer caso, la fracción XIV del artículo 123 refiere que los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen.

La Ley del Seguro Social señala en su artículo 63 que el asegurado que sufre un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:

- 3.2.1. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
- 3.2.2. Servicios de hospitalización.
- 3.2.3. Aparatos de prótesis y ortopedia.
- 3.2.4. Rehabilitación.

En este apartado se señala que la obligación para atender integralmente a los trabajadores asegurados que han sufrido un riesgo de trabajo, es por parte del IMSS, relevando a los patrones en esta acción.

En este sentido el área responsable para la atención y la rehabilitación de los trabajadores dañados es la Jefatura de los Servicios Médicos a través de la Subjefatura de Salud Ocupacional, dependientes ambas de la Subdirección General Médica.

3.3 *Prestaciones económicas*

Tal como lo señala el artículo 77 de la Ley del Seguro Social, todas las prestaciones económicas del Seguro de Riesgos de Trabajo (incluyendo capitales constitutivos, rentas y gastos administrativos), serán cubiertos íntegramente por las cuotas que aportan los patrones.

La pensión íntegra del salario para el trabajador en caso de incapacidad temporal para su trabajo será a partir del 1er. día en que se considere como profesional el riesgo, a diferencia de la enfermedad general que se paga

a partir del 4º día de incapacidad siempre y cuando el trabajador haya cotizado 4 o 6 semanas de cotización para permanentes y eventuales; las prestaciones económicas en caso de enfermedad general son cubiertas por las cuotas del Estado y las obrero patronales.

El área responsable de otorgar oportuna y adecuadamente las prestaciones económicas a que tienen derecho los trabajadores es la Jefatura de los Servicios Técnicos, dependiente de la Subdirección General de Servicios Institucionales, la que además engloba a las áreas de Afiliación-Vigencia de Derechos, Cobranza y Clasificación de Empresas y su modificación de grado de riesgo y prima de las mismas.

3.4 Prestaciones sociales

En este renglón es la Jefatura de los Servicios de Prestaciones Sociales la que se encarga de proporcionar esquemas de adiestramiento y capacitación para el trabajo y de recreación y deportes para los trabajadores.

Con esto el Instituto Mexicano del Seguro Social tiende a promover el más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores que es el marco conceptual de la salud en el trabajador.

IV. Programas y resultados obtenidos en la prevención de los riesgos de trabajo, en la atención médica y en la rehabilitación de los trabajadores dañados

Cada una de las dependencias señaladas como responsable directa incide en la racionalización de la administración del Seguro de Riesgos de Trabajo, mediante el desarrollo de programas específicos que hasta la fecha han venido implantando.

Sin embargo, la acción que más beneficios puede aportar tanto para que la salud de los trabajadores no se deteriore, como para establecer un equilibrio financiero saludable en esta rama de seguro, es lo que realiza la Jefatura de los Servicios de Seguridad en el Trabajo, en virtud de que esta dependencia promueve la prevención para que los riesgos de trabajo no ocurran.

Basta señalar que en los últimos 3 años, por acciones derivadas de este órgano y las desarrolladas por el Area de Salud Ocupacional, determinaron un saldo a favor en el ramo que nos ocupa, después de que este había estado desfinanciado de 1976 a 1979 en cifras aproximadas a los 300 millones de pesos por año.

Al presentar una gráfica anexa, nos percatamos que en los últimos dos años la tendencia de crecimiento de los riesgos de trabajo tuvo una variación al disminuir la presencia estimada de los mismos, gracias a las acciones preventivas en las empresas, no así el número de asegurados que siguió su línea ascendente normal. El hecho incuestionable en la aplicación de un programa de prevención de riesgos de trabajo ha significado que en los últimos tres años hayan dejado de ocurrir aproximadamente unos 40 mil riesgos de trabajo, lo que en primera instancia está determinando una protección a la salud de los trabajadores, un mayor bienestar en su trabajo y para sus familias y un ahorro económico evidente para el IMSS, los patronos y para el país.

En este sentido se calcula a gastos corrientes de 1979, 1980 y 1981 un beneficio de 750 millones de pesos por la prevención de los riesgos, ya que cada caso hubiera costado al Instituto 14, 18 y 23 mil pesos en los años referidos.

Situación similar ocurrió en los años de 1979 y 1980, cuando se aplicó un programa asistencial para incrementar la calidad de la atención médica, en trabajadores que habían sufrido un daño del trabajo, por medio del cual se dejaron de pagar 250 millones de pesos tan sólo por los subsidios derivados de las incapacidades temporales para el trabajo.

V. Racionalización futura de los costos derivados de la prevención, la atención médica y la rehabilitación en el Seguro de Riesgos del Trabajo.

Con los históricos y evidentes cambios sobre la concepción en la interrelación de causas que determinan el proceso de la salud y la enfermedad, y en cuanto a la modificación en la concepción de la fuerza de trabajo del obrero, se ha operado un cambio también conceptual y operativo en la seguridad y la higiene en el trabajo.

Es así como estas disciplinas dejaron de considerar al trabajador como un problema de ocho horas para ocuparse de todo cuanto pudiera afectar su bienestar como ser humano durante las 24 horas del día; es decir dejó de mirársele como un producto frente a su ambiente de trabajo para contemplársele como un hombre total frente a su ambiente total.

De la misma manera que la higiene en el trabajo, la seguridad se desarrolla en la medida en que se estableció el esquema de conocimientos y control integral de los factores causantes de los riesgos de trabajo.

Hay que señalar que en la producción de los accidentes y enfermedades de trabajo, intervienen los mismos factores epidemiológicos de cualquier enfermedad, es decir, el agente productor, el huésped y el medio ambiente. Este último, de manera evidente, ha tenido grandes modificaciones con el desarrollo tecnológico. Por otra parte, la producción de gran número de sustancias químicas utilizadas actualmente en la industria, también aumenta el número de los agentes agresores y favorece la ocurrencia mayor del riesgo, y del hombre o sea el huésped, aún no ha podido desarrollar elementos y recursos de protección suficientemente eficaces para defenderse adecuadamente de la agresión de los agentes. Otros factores igualmente intervienen en este problema, como por ejemplo, las presiones sociales y emocionales a que está sometido el individuo dentro de la complejidad de la vida moderna y, por supuesto, también contribuyen la adecuación y las costumbres.

A la luz de la experiencia y de nuestros conocimientos actuales, podemos decir que el defecto de la seguridad y la higiene en el trabajo, es su insuficiencia científica, sobre todo preventiva, ya que para muchos de los afectados y de los administradores de las instituciones, toda investigación clínica, de higiene y seguridad terapéutica o profiláctica, carece de objeto desde el momento que se llega a una calificación legal que establece un derecho económico; en cambio para nosotros, es en este momento, de clínica, investigación y prevención inicial, cuando comienza el estudio metodológico, el cual puede conducir a prevenir más que a curar.

Durante mucho tiempo, en nuestro país, se ha caminado por sendas empíricas, lo que ha generado una inconsistencia, que ha dejado a nuestra seguridad e higiene en el trabajo fuera de lugar y de época. Por lo tanto, debemos aplicarle los amplios métodos de la investigación clínica de otras especialidades para no aceptar explicaciones fáciles, respuestas polietiológicas, o etiológicas forzadas, ya que todavía, en ocasiones, tomamos por causas lo que no son sino efectos.

Por lo tanto, se deben intensificar, con apego a la realidad, las investigaciones clínicas, epidemiológicas y sociales de higiene y seguridad en el trabajo, con el fin de recomendar sobre bases objetivas y científicas, las medidas de acción (a corto, mediano o más largo plazo) susceptibles de controlar y limitar los accidentes y las enfermedades a que está expuesto el ser humano con motivo o en el ejercicio de su trabajo.

La actividad de la seguridad e higiene en el trabajo, en un grupo social involucra absolutamente a todos los participantes en ella, y todos deberían prepararse en la investigación de los accidentes y enfermedades del trabajo, al igual que lo hacen para cualquier otra actividad de la medicina general, ya que debemos tener presente, que la misma tiene que responder, entre otras cosas, a la estructura del nivel de salud comunitaria y a las condiciones culturales económicas y políticas respectivas, a través de la prevención de los accidentes y enfermedades de trabajo.

A nadie esquivá el bajo aforismo que dice "más vale prevenir que lamentar", y en este sentido ningún gesto destinado a establecer estructuras órgano-funcionales suficientemente graduadas y de calidad, para abordar en esto la problemática de riesgos de trabajo, tiene comparación con el costo individual y social que se genera año con año en nuestro país.

Por lo tanto habrá una mayor racionalización en la administración de Seguros de Riesgos de Trabajo cuando se desarrollen programas tendientes a reconocer y controlar a los factores causales de riesgos desde su origen, tanto en el hombre trabajador como en los medios ambientes de trabajo.

Es indispensable conocer los motivos o razones que mueven tanto al sector empresarial como a los sectores obrero y patronal, con el propósito de proporcionarles la orientación debida en aspecto de administración de empresas que propicie un control total y preventivo de las pérdidas potenciales o reales generadas por los riesgos de trabajo.

Asimismo incrementar programas que propicien la participación de los trabajadores directamente afectados, para que identifiquen los problemas y señalen alternativas de solución; esto es, el reforzamiento y la actualización de las comisiones mixtas de higiene y seguridad; otro programa que inevitablemente racionalizará los costos en el problema que nos ocupa, será el destinado a despertar conciencia del problema en todas las escuelas primarias, en donde el niño será futuro trabajador o futuro empresario, de acuerdo al esquema económico y político que vivimos hasta la actualidad.

Es innegable que otro elemento importante lo constituyen los programas de capacitación y adiestramiento que sobre higiene y seguridad en el trabajo se proporciona a los trabajadores, a los técnicos y a los profesionales en la materia.

Promover y desarrollar campañas de divulgación de la higiene y la seguridad en el trabajo deberá ser acción permanente, dinámica y conjunta entre todos los involucrados en la problemática de los riesgos de trabajo, ya que la prevención, más que un concepto, es una actitud que debemos

adoptar todos para evitar los sufrimientos corporales y socioeconómicos derivados de los riesgos de trabajo.

Por lo que respecta a la atención médica de los daños de trabajo y a la rehabilitación de los trabajadores minusvalentes, bastará con aplicar medidas de organización y de control internas en la institución, tales como la determinación de manuales de procedimientos médico-administrativos, el establecimiento de comités médicos para solución de casos problemas, registro de días de incapacidad temporal otorgados y manuales de supervisión, asesoría y evaluación, que permitan una pronta recuperación del trabajador dañado y un ahorro substancial en lo económico, derivado de lo primero.

Finalmente todas estas acciones habrá que sustentarlas en procesos de investigación ya mencionados y en la captura y procesamiento de información estadística que sea suficiente, confiable y oportuna para que las decisiones tomadas en materia de seguridad e higiene en el trabajo aseguren el éxito que todos deseamos obtener en la prevención de los riesgos.

VI. Síntesis y conclusiones

6.1 Se ha presentado en esta ponencia un marco introductorio para conceptualizar los procesos de racionalización y calidad de los servicios que se otorgan en materia de prevención, atención médica y rehabilitación de los riesgos de trabajo.

6.2 Se ha presentado el diagnóstico de la problemática de riesgos de trabajo en la República Mexicana generada en las empresas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se ha ponderado que la problemática se incrementa año con año y que los daños a la salud y socioeconómicos representan una serie limitante en la búsqueda del desarrollo y bienestar socioeconómico individual y colectivo de México, pero cuya situación es aplicable a cualquier país en el mundo.

6.3 Se han determinado los marcos jurídicos y administrativos de las áreas responsables en el otorgamiento de las prestaciones sociales, en especie y en dinero a que tienen derecho los asegurados en materia de higiene y seguridad en el trabajo y de salud ocupacional.

6.4 Se han planteado las experiencias a través de la implantación, desarrollo y resultados de programas encaminados, sobre todo, a prevenir los riesgos de trabajo como filosofía sustantiva de los órganos operativos, que proyectan operativamente el concepto de Seguridad Social en México a través del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.5 Por último, se han planteado las bases que a futuro deberán consolidar acciones mejor organizadas y normadas de acuerdo a la problemática específica de riesgos de trabajo para su solución, mediante programas prioritarios que involucren la participación de toda la población, desde los niños en las escuelas primarias hasta los ejecutivos que tienen la responsabilidad de tomar las decisiones al respecto, tanto en el gobierno como en las organizaciones obrero-patronales.

Queremos dejar constancia de que nuestro deseo al presentar esta ponencia no sea simplemente la de cubrir un requisito en un seminario sobre la racionalización de los costos de las instituciones de Salud y de Seguridad Social, sino que sirva de inquietante acicate, que establezca compromisos solidarios entre todos nosotros para la solución del problema.

CUADRO NÚM. 1
MUNICIPIOS REGISTRADOS SEGUN CAMPO DE APLICACION EN EL IMSS
1944 - 1980

Año	Total de municipios	Urbano	C a m p o		Esquema modificado
			General	Cañeros	
1944 ¹	13	13 *	—	—	—
1954 ¹	65	65	7 *	—	—
1963 ¹	429	331	86	173 *	—
1964 ¹	471	402	99	176	—
1974 ¹	665	502	196	225	—
1977 ²	800	570	135	224	189 *
1980 ³	1,239	1,230	944	—	—

FUENTE: H. Consejo Técnico. *Diario Oficial* (Memoria Estadística IMSS). 1980.

¹ Un municipio puede estar en dos campos de aplicación.

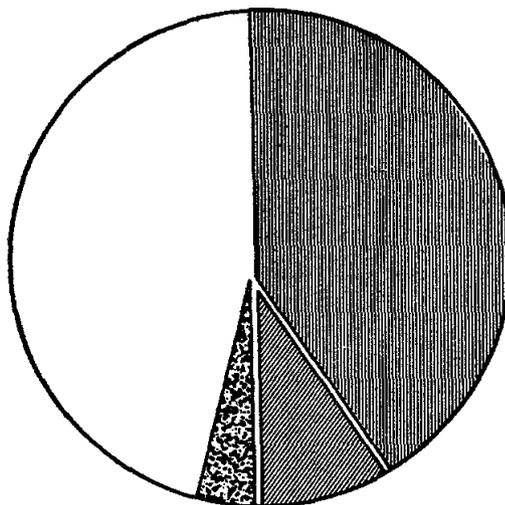
² Separación en los del campo para grupos de campesinos con esquema modificado.

³ Se excluyen Mpios. con municipios cañeros o de esquema modificado.

* Año de iniciación.

Cuadro 2

MUNICIPIOS DEL PAIS Y LOS INCORPORADOS AL REGIMEN
OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL, CON SERVICIO
SEGUN CAMPO DE APLICACION
1980

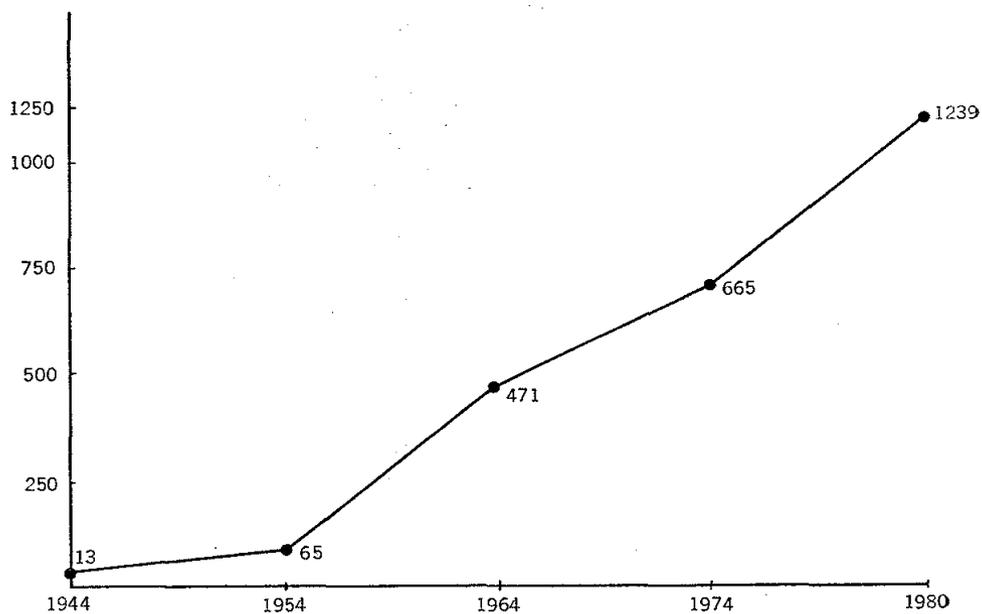


A) Total de Municipios	—	2394	(100%)
B) Con servicios de S.S.		1239	(52%)
	— Ambito Urbano y Campo	935	
	/ Urbano	295	
	Campo	9	

Fuente: H. Consejo Técnico IMSS. Diario Oficial
(Memoria Estadística IMSS). 1980

Cuadro 3

GRAFICA DE COMPORTAMIENTO EN LA INCORPORACION
DE MUNICIPIOS AL REGIMEN DEL SEGURO
SOCIAL MEXICANO 1944-1980



Fuente: H. Consejo Técnico IMSS. Diario Oficial
(Memoria Estadística IMSS). 1980

CUADRO NÚM. 4

ESTRUCTURA DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE Y CARACTERISTICAS
DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS

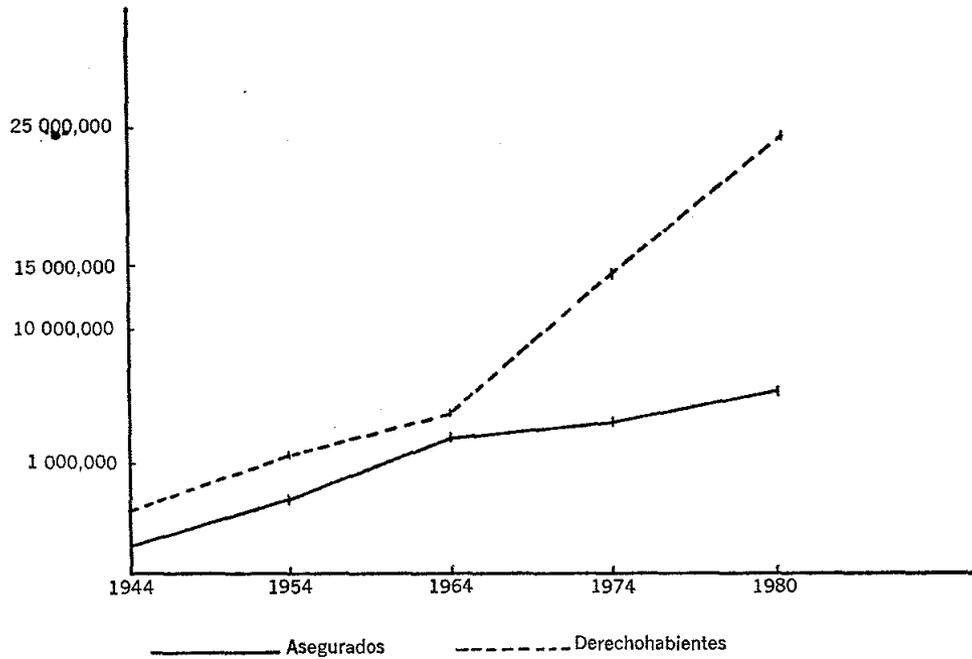
1944 - 1980

Año	Total de	A S E G U R A D O S			
		Total	Urbano	Campo	Eventuales
1944	355,527	136,741	136,741	—	—
1954	1.348,200	499,651	497,262	2,389	—
1964	6.347,149	2.069,480	1.796,809	272,671	—
1974	14.306,391	4.019,884	3.102,140	259,083	658,661
1980	24.125,307	6.368,936	4.817,912	348,339	1.202,685

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS. 1980.

Cuadro 5

GRÁFICA DE COMPORTAMIENTO EN LA INCORPORACION
DE ASEGURADOS Y DERECHOHABIENTES DEL IMSS
1944-1980



Fuente: Memoria Estadística del IMSS. 1980

CUADRO NÚM. 6
VARIACIONES EN LA INCORPORACION DE ASEGURADOS
Y DERECHOHABIENTES AL IMSS

1944 - 1980

Años	VARIACIONES	
	Asegurados %	Derechohabientes %
1944 a 1954	265	279
1954 a 1964	314	371
1964 a 1974	94	125
1974 a 1980	58	69

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS. 1980.

CUADRO NÚM. 7

COBERTURA Y COMPORTAMIENTO DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS
EN EL IMSS DE 1971 A 1982

Entidad	Año	1971		1980		Variación	
		ABS	%	ABS	%	ABS	%
Valle de México		1.275,448	39	2.058,982	32	+ 783,534	+ 61
Delegaciones de provincia		1.957,210	61	4.309,954	68	+2.352,744	+120
Total en la República Mexicana		3.232,658	100	6.368,936	100	+3.136,278	+ 97

FUENTE: Jefatura de Servicios Técnicos y Tesorería General. (Memoria Estadística del IMSS en 1980.)

CUADRO N° 8

DISTRIBUCION ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE TRABAJADORES
ASEGURADOS POR ZONAS GEOGRAFICAS EN EL IMSS

Año y cifras Zona geográfica	1971		1980		VARIACION	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
<i>Pacífico Norte:</i>						
BCN., BCS., Nay., Sin., Son.	362,218	11	694,545	11	332,327	92
<i>Norte:</i>						
Coah., Chih., Dgo., N.L., S.L.P., Tamps., Zac.	616,328	19	1,340,568	21	724,240	118
<i>Centro:</i>						
Ags., D.F., Gto., Hgo., Jal., Méx., Mich., Mor., Pue., Qro., Tlax.	1,868,783	58	3,353,249	53	1,484,466	79
<i>Golfo de México:</i>						
Camp., Q. Roo., Tab., Ver., Yuc.	275,046	8.5	707,385	11	432,339	157
<i>Pacífico Sur:</i>						
Col., Chis., Gro., Oax.	110,283	3.5	273,189	4	162,906	148
TOTALES	3,232,658	100	6,368,936	100	+ 3,136,278	+ 97

FUENTE: Jefatura de Servicios Técnicos y Tesorería General.
(Memoria Estadística, IMSS, 1980).

CUADRO N° 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ASEGURADOS PERMANENTES
POR GRUPOS DE EDAD (HOMBRE Y MUJERES) EN 1974 Y 1980

Grupos de edades	1974	1980
	%	%
Menores de 15 años	0.05	0.25
15 a 24	31.3	30.6
25 a 34	32.9	32.9
35 a 44	19.1	18.5
45 a 54	10.5	10.4
55 a 64	4.5	5
65 a 74	1.4	1.6
75 y más	0.3	0.7
TOTALES	100	100

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS de 1980.

CUADRO N° 10

ASEGURADOS PERMANENTES POR TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA

1980

Actividad económica	TOTAL		DELEGACIONES	PROVINCIA	VALLE DE MEXICO	
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	363,980	7	360,493	11	3,487	
Industrias extractivas	56,556		52,002		4,554	
Industrias de transformación	2,065,527	40	1,181,615	36.2	883,912	46.5
Construcción *	48,953		40,511		8,442	
Servicios de electricidad	87,935		49,334		38,601	
Comercio	751,700	14.6	481,781	14.8	269,919	14.2
Transportes y comunicaciones	211,343		126,605		85,738	
Servicios	1,416,404	27.4	846,076	26	570,328	30
Otros no especificados	163,853		126,788		37,065	
TOTALES	5,166,251	100	3,264,205	100	1,902,046	100

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS de 1980.

* Los eventuales fueron 743,357 (85% en provincia y 15% en V.M.).

CUADRO N° 11
 NUMERO DE EMPRESAS REGISTRADAS EN EL IMSS
 1976-1979

Año	Total	En delegación de provincia	En el Valle de México
1976	304,962	224,371	80,591
1977	314,666	231,478	83,188
1978	317,253	234,851	82,402
1979	337,189	250,222	86,967

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS de 1980.

CUADRO N° 12
 SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS, SU PRODUCCION
 Y SU VARIACION PORCENTUAL
 1944-1980

Año	Personas atendidas	Consultas otorgadas	Promedio consultas por persona	Variación en consultas %
1944	26,774	1.120,650	42	—
1954	401,493	8.128,756	20.2	625
1964	2.222,745	24.278,640	10.9	199
1974	5.929,693	44.293,447	7.4	82
1980	8.829,612	56.568,047	6.4	28

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS de 1980.