

## 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.

**La Seguridad  
Social en México**

*Serie Monografías 4*

CONFERENCIA  
INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL

**CISS**

SECRETARIA GENERAL



**CONFERENCIA  
INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL**

**Lic. Genaro Borrego Estrada**  
Presidente

**Lic. Roberto Ríos Ferrer**  
Secretario General

**Dr. Alvaro Carranza  
Urriolagoitia**  
Director del CIESS

Comisión Editorial:

Lic. Sergio Candelas  
Coordinador Editorial  
Lic. Ma. del Carmen Alvarez  
Gabriel del Rio Remus  
Dr. Antonio Ruezga Barba

Diseño: Enrique López Galindo

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva del autor y no refleja necesariamente la posición del CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

© Derechos reservados conforme la Ley

ISBN 968-7346-06-X

***LA SEGURIDAD SOCIAL  
EN MEXICO***

# LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

INVESTIGACION Y SELECCION

*María del Carmen Álvarez G.*

Serie Monografías 4

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL  
SECRETARIA GENERAL

La prioridad es luchar para que el desarrollo económico sustente el progreso social, garantizando una distribución equitativa de los costos y beneficios del crecimiento. En el caso de México, la seguridad social es una realidad con una larga y arraigada historia, que protegemos y fortalecemos día con día.

*Carlos Salinas de Gortari*

## INDICE

Presentación	iii
Prólogo	viii
Introducción	xi
1. Escenario histórico de México de 1910 a 1940	1
2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	7
2.1. Orígenes del IMSS	9
2.2. Evolución y expansión del IMSS	15
2.3. Estructura Administrativa y Financiera del IMSS : tripartismo	29
2.4. Prestaciones Institucionales	38
2.5. Esquemas de incorporación	73
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	83
3.1. Orígenes del ISSSTE	85
3.2. Cobertura, organización y funcionamiento	90
3.3. Modelo Médico Asistencial	96
3.4. Actividades realizadas en 1992	112
4. Prestaciones Sociales: evolución y propósitos	139

5.	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)	151
5.1.	Orígenes del ISSFAM	153
5.2.	Disposiciones jurídicas	153
5.3.	Organización y Funciones	156
5.4	Tipo de prestaciones	158
5.5	Servicio Médico	158
5.6	Prestaciones otorgadas de agosto a septiembre de 1993	159
6.	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	161
6.1.	Orígenes del DIF	163
6.2.	Estatuto orgánico y funciones	169
6.3.	Programas de trabajo 1988-1994	175
	Epílogo	191
	Bibliografía y Notas	197
	Anexos	207

## **PRESENTACION**

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, creada en 1942, es un organismo internacional de carácter especializado y permanente cuyo objetivo es promover la colaboración e intercambio de conocimientos y experiencias entre las instituciones que agrupa para lograr el desarrollo de la seguridad social en el continente en beneficio de nuestros pueblos. En la actualidad, la Conferencia reúne a 33 países y 54 instituciones de seguridad social en América.

Por instrucciones del Presidente de la CISS, licenciado Genaro Borrego Estrada, la Secretaría General, consecuente con los estatutos que rigen al organismo y con el Sistema de Información de la Seguridad Social Americana, ha iniciado un programa editorial, cuyo propósito responde a las demandas de las instituciones de seguridad social que integra la Conferencia, por conocer los avances que se registran en áreas que impactan su trabajo cotidiano y dejar así constancia de los mismos en documentos útiles.

El propósito antedicho encuentra su concreción en la publicación de las monografías sobre la seguridad social, solicitadas desde años atrás por las instituciones miembros de la CISS, y que ahora se cumple para divulgar la integración y evolución de la seguridad social de cada país del hemisferio.

La monografía que publicamos contiene una amplia investigación y la selección de síntesis documentales, así como de sus respectivos mandatos jurídicos, la organización y reglamentos de las instituciones mexicanas de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que se ocupan de las tareas de tan elevado contenido social y han coadyuvado, en forma destacada, al acelerado crecimiento experimentado en esta materia en los años recientes.

En efecto, el Presidente de la República, licenciado Carlos Salinas de Gortari, ha expresado en numerosas ocasiones que la seguridad social es patrimonio de todos los mexicanos y que su acción será fortalecida cotidianamente por el Estado, lo que se ha reflejado claramente durante su gestión.

Con este ánimo, las instituciones mencionadas buscan con sus trabajadores, empleados, cuerpo médico y directivos, lograr una mejor atención para sus derechohabientes, con calidad y calidez, así como con el apoyo científico y administrativo más adecuado.

Es importante subrayar que la CISS ha desarrollado un esfuerzo para compilar en un solo trabajo, a cargo de la licenciada María del Carmen Alvarez, las características sobresalientes de las instituciones mexicanas de seguridad social y de esta manera responder a la solicitud expresada, desde hace tiempo, por los organismos miembros de la Conferencia para contar con información autorizada sobre el desarrollo de la seguridad social en los países donde se ubican.

En la monografía que hoy nos complace presentar radica esa respuesta, por lo que agradecemos profundamente la destacada colaboración que prestaron el IMSS, el ISSSTE, el ISSFAM y el DIF, para su elaboración y la atención que sus titulares dispusieron para este trabajo, que se tradujo en un apoyo decidido de los servidores públicos de cada institución mencionada que amablemente participaron en su realización.

*LIC. ROBERTO RIOS FERRER*  
Secretario General de la  
Conferencia Interamericana  
de Seguridad Social

## **PROLOGO**

El México moderno no puede explicarse sin las instituciones de seguridad social que se han construido a partir de la Revolución Mexicana. Entre ellas destacan, de manera fundamental, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, y el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia. Gracias a esas instituciones, el país tiene su perfil actual y dispone de una plataforma para encarar los retos que plantea su desarrollo y las crecientes demandas de su población en salud, vivienda, pensiones, etc. Las grandes, medianas y pequeñas obras de seguridad social, han sido el instrumento de la política social del Estado mexicano que han permitido imprimirle un impulso modernizador. Las obras de salud, hospitales, formación de recursos médicos, investigación médica, han sido y son indispensables para prestar atención a la salud de más de dos tercios partes de la población mexicana. Por su parte, el abastecimiento de la medicina a poblaciones en pobreza extrema, ha hecho posible el anhelo de proporcionar atención médica, prevenir enfermedades y aumentar la esperanza de vida de millones de mexicanos.

Este esfuerzo constructivo debe entenderse como un signo de que nuestra cultura considera a la seguridad social, como un elemento decisivo para el desarrollo económico y social y, al mismo tiempo, al trabajador -su razón de ser-, como un recurso cuya buena disponibilidad incide en la organización de la producción, en la planeación para el desarrollo local, regional y municipal, en los conflictos entre el campo y la ciudad y en la realización de una convivencia democrática y justa. Así como la seguridad social fue un factor central para el desarrollo contemporáneo de México, hoy su adecuado aprovechamiento es condición básica para superar los desafíos del presente y preservar las posibilidades de su desarrollo. Vivimos tiempos de cambio y reto. Hemos heredado una tradición en seguridad social, y en el trabajo cotidiano estamos empeñados en renovarla para ser dignos de ella y responsables ante las nuevas generaciones.

Al inicio de esta administración, el pueblo de México definió una política social que coincide con las grandes líneas de la estrategia dirigida a superar la crisis e iniciar los cambios estructurales necesarios. En los últimos años hemos construido más con menos recursos, y seguimos

haciéndolo; promovemos el uso eficiente de la infraestructura existente; estimulamos la participación social en el aprovechamiento y la preservación de la seguridad social; generamos un proceso de descentralización tan necesario como irreversible, que se refleja en la organización para administrar los sistemas de seguridad social en los estados de la República y en la prestación de sus servicios.

Buscamos renovar nuestra tradición en seguridad social con la modernización de sus sistemas, instrumentos y mecanismos de financiamiento; con el mejoramiento y la actualización de sus procedimientos para la administración. La superación de la calidad y el incremento de la cobertura de la seguridad social forman parte de la política social que aspira a elevar el bienestar de toda su población, especialmente de los que menos tienen.

Este trabajo presenta un panorama de los logros obtenidos por el país en seguridad social, expresado en las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, por su indudable y definitiva importancia en el desarrollo económico y social, y además por ser miembros de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

## INTRODUCCION

La evolución de los derechos sociales en México ha registrado una trayectoria jurídico-política que expresa las aspiraciones del movimiento social que dio origen a un Estado moderno durante las primeras décadas de nuestro siglo. Esta trayectoria ha seguido una serie de etapas cuyo contenido hemos ordenado de una manera más lógica que cronológica, en función de ese cambiante escenario histórico hasta la década de los cuarentas, en que nacen la mayor parte de nuestras instituciones de seguridad social.

En principio los derechos sociales se consagran en la Constitución de 1917 de una manera enunciativa. Posteriormente se normaron y regularon detallando a los sujetos y objetos que otorgan y se benefician de la seguridad social. Tiempo después se estructuraron los mecanismos administrativos que, permitieron la operatividad y el otorgamiento del derecho social. En función de las diferentes organizaciones laborales, se dividió el sector social y su atención, interpretando el derecho social, de acuerdo a sus propios órganos jurisdiccionales.

Este desarrollo ha estado invariablemente ligado a las iniciativas del Poder Ejecutivo Federal, por lo que sus avances son notorios en el transcurso de cada uno de los períodos sexenales desde 1943. De esta forma han sido instrumentadas reformas constitucionales en materia de prestaciones laborales, vivienda y salud, de acuerdo a la legislación y reglamentación correspondiente a cada institución.

Limitada en principio a la responsabilidad empresarial, derivada de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, la seguridad social ha evolucionado en México hasta lograr un espectro amplio, que abarca a un creciente número de trabajadores distribuidos en varios sectores productivos, que gozan de los beneficios de la seguridad social, bajo distintas figuras de protección: vejez, invalidez, muerte, enfermedad y maternidad; accidentes de trabajo, vivienda y prestaciones económicas.

Esta evolución dinámica e integral de la seguridad social mexicana, ha requerido de un conjunto de instituciones que de manera descentralizada

atienden a distintas capas de la población urbana y rural, con criterios laborales y financieros, que son descritas en la presente monografía

Así, después de analizar las condiciones históricas que permitieron realizar los ideales revolucionarios de justicia y libertad en el primer capítulo, se estudia en el segundo capítulo la consolidación del Instituto Mexicano del Seguro Social, órgano público descentralizado, autónomo fiscal y financieramente, orientado a la protección de la mayor parte de la población económicamente activa, a partir de la participación tripartita de patrones, trabajadores y Estado, logrando con ello atender a una población de aproximadamente cuarenta millones de mexicanos.

El tercer capítulo, presenta la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y sus principales características integrales que lo convierten en un modelo de seguridad social bipartito cuya atención se orienta a los trabajadores al servicio de la administración pública y que a partir de su fundación en 1960, es una de las instituciones más sólidas del sistema de seguridad social mexicano.

Las prestaciones sociales, son descritas en el capítulo cuarto, por ser el resultado de un largo proceso de definición conceptual que culmina en la aceptación internacional de la seguridad social integral, como fase complementaria de las instituciones creadas anteriormente, y que como fruto de la maduración de la seguridad social en México, aparecen como la concreción del ideal más acabado de la economía social, en la década de los sesentas.

El capítulo quinto estudia el caso de una institución de seguridad social aun más específico, se trata del Instituto de seguridad Social para las fuerzas Armadas Mexicanas, creado en 1976 que constituye un espacio de protección social a uno de los sectores cuya particular actividad laboral de alto riesgo y su espíritu de servicio adquiere una gran relevancia.

La presente monografía resume de esta manera el amplio contexto histórico de la seguridad social mexicana, como una de las grandes conquistas de la Revolución y que se ha convertido en el instrumento de la política social por excelencia, que ha enfrentado la problemática que implica administrar un régimen de protección social para la gran mayoría de la población, al margen del lugar que ocupe en los niveles de ingreso y la rama de empleo de que se trate.

Con ella se espera enriquecer el estudio de la problemática principal que enfrentan hoy las instituciones de seguridad social, que consiste en mantener la calidad de los servicios prestados en un período de restricción financiera, de aumento de la demanda de los sujetos de la seguridad social pasivos y el financiamiento de períodos más extensos de inactividad productiva derivados del aumento de la esperanza de vida, encarecimiento y sofisticación de la tecnología médica, entre otros aspectos, frente a los cuales se buscan incesantemente los mecanismos para actuar con competitividad y eficiencia y de la manera más económica posible.

**ESCENARIO HISTORICO  
DE  
MEXICO  
DE 1910 A 1940**



“A principios de siglo México contaba con 14 millones 760 mil habitantes. De ellos 5 400 000 eran improductivos, 4 673,000 estaban dedicados a labores domésticas, 3 560 000 eran peones de hacienda y 723 000 trabajaban en industrias manufactureras, artesanías, trabajos a domicilio y oficios varios; también había 275 000 comerciantes y 95 000 personas que se dedicaban a la minería y actividades anexas. Todos ellos desarrollaban su labor sin protección alguna ni seguridad social. Empezaban a trabajar desde la más tierna infancia, incluyendo labores que ponían en riesgo su integridad.

...La mujer participaba en la producción industrial sin contar con ninguna seguridad y con horarios superiores a las 10 horas de trabajo... Los trabajadores no contaban con ningún servicio médico, ni para ellos ni para sus familias... Hombres, mujeres y niños, en fábricas de hilados y tejidos desarrollaban sus pesadas labores ajenos a la seguridad social más elemental.

Ante la inexistencia de algún tipo de jubilación, la gente de edad avanzada se veía obligada a seguir trabajando para poder sostenerse. Entre los trabajadores de la industria metalúrgica que se desarrollaba en el norte de la República, los accidentes laborales eran frecuentes. Cuando un obrero sufría un accidente que lo dejaba lisiado sin posibilidad de seguir trabajando, él y su familia quedaban en el desamparo, pues ni siquiera era indemnizado.

Cuando un trabajador fallecía, su viuda y la familia quedaban sin protección alguna. La carencia de servicios mínimos en las zonas urbanas favorecía la proliferación de enfermedades. Ante esta situación las demandas de los trabajadores para mejorar sus condiciones laborales, eran constantes.

...Con el estallido de la Revolución Mexicana (1910-1917) surgieron algunos servicios médicos como la Cruz Blanca y la Cruz Roja. En la segunda década de este siglo, tanto las instalaciones hospitalarias como los servicios de asistencia médica, eran precarios y deficientes. La Revolución Mexicana fue un clamor popular que exigía la reivindicación de las clases desprotegidas, principalmente campesinos y obreros.(1)

En 1912 surge el primer intento del Seguro Social, cuando se publica el

decreto del 12 de diciembre del mismo año, en cuyo artículo 2o. se decía: "Que el mismo jefe de la Nación encargado del Poder Ejecutivo, expedirá y pondrá en vigor durante la lucha todas las leyes, disposiciones y medidas encaminadas a dar satisfacción a las necesidades económicas, sociales y políticas del país, efectuando las reformas que la opinión pública exige como indispensables para establecer un régimen que garantice la igualdad de los mexicanos.

En diferentes estados de la República se fueron creando leyes en apoyo y protección al trabajo, como por ejemplo:

El 11 de diciembre de 1915 el Estado de Yucatán promulga su Ley del Trabajo a iniciativa del General Alvarado, en la que se estableció el mutualismo.

En 1917, el Congreso Constituyente reunido en la ciudad de Querétaro, plantea la necesidad de legislar en favor de los trabajadores. En el artículo 123 de la Carta Magna ya se habla de un seguro potestativo que incluía: "cajas de seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidente y otros con fines análogos, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular". (2)

En 1918 nuevamente el Código de Trabajo del Estado de Yucatán trata la seguridad social.

En 1919 se formula un proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito y Territorios Federales en el que se proponía el establecimiento de cajas de ahorro para obtener fondos de ayuda para los obreros casados.

El 14 de noviembre de 1921 el Estado de Puebla promulga su Código de Trabajo estableciendo en su artículo 221 que: "los patronos podrían sustituir el pago de las indemnizaciones, de las accidentes y enfermedades profesionales, por el seguro contratando a sociedades legalmente constituidas y aceptadas por la sección del trabajo y previsión social".

En el Código que publicó el Estado de Campeche de 30 de noviembre de 1924, se estipulaba, "El patrón podrá sustituir con un seguro hecho a su costa, en beneficio del obrero la obligación que tiene de indemnizar a éste

en los casos de accidente y enfermedades del trabajo”.

En 1925 en las leyes del trabajo de Tamaulipas y Veracruz establecieron una modalidad especial del seguro voluntario. Los patrones podían sustituir las obligaciones de enfermedades y accidentes profesionales con el seguro hecho a su costa y en favor de los trabajadores, en sociedades debidamente constituidas con garantías y aprobación de los gobiernos estatales.

En 1925 fue elaborado el proyecto de Ley Reglamentaria del artículo 123 de la Constitución, el cual determinó que los patrones deberían garantizar la atención médica y el pago de indemnizaciones por accidentes y enfermedades profesionales. Siendo presidente de la República el general Alvaro Obregón se redactó el primer proyecto de Ley del Seguro Social.

En 1928, Aguascalientes en su Ley de Trabajo señala en el artículo 450 “el gobierno local patrocinaría la fundación y sostenimiento de una sociedad mutualista en beneficio de los trabajadores en la que todos los obreros, depositando una pequeña parte de su salario podrían ponerse a cubierto de la vejez y dejar, en caso de muerte, libres de la miseria a sus deudos”.

En 1928 se formó una comisión en la ciudad de México dependiendo de la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, para incluir en el proyecto del Código Federal del Trabajo el capítulo referente al Seguro Social. Esta Comisión presentó al Presidente Emilio Portes Gil, el 5 de noviembre de 1928 un proyecto de Ley sobre Seguro Social, que salvo pequeñas modificaciones fue la Ley del Seguro Social de 1943.

La Constitución Política de México fue modificada el 31 de agosto de 1929 con el fin de considerar “de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades, accidentes y otros con fines análogos”. Con esta reforma se le da al Seguro Social el carácter de obligatorio.

En 1938 el Presidente Cárdenas envió a la Cámara de Diputados un proyecto de Ley de Seguros Sociales que debería cubrir los riesgos de

enfermedades y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. Esta ley prevenía la creación de un organismo descentralizado que se denominaría “Instituto Nacional de Seguros Sociales”, en el cual estarían representados obreros y patrones quienes con el Poder Ejecutivo Federal aportarían cuotas para el sostenimiento del Instituto, que tendría carácter fiscal.

**INSTITUTO MEXICANO  
DEL  
SEGURO SOCIAL  
I M S S**

## 2.1 Orígenes del IMSS

### **Los primeros años**

En 1941 el presidente Manuel Avila Camacho nombró una Comisión Técnica para elaborar un proyecto de Ley de Seguros Sociales integrada por representantes del Estado, de la clase obrera y del sector patronal. Fungió como presidente el ingeniero Miguel García Cruz y como asesor actuarial el doctor Emilio Schoenbaum, quién había participado en la elaboración de las más importantes leyes del seguro social en Europa y Latinoamérica.

En el anteproyecto se estimaba que:

1. México constituía una excepción dentro de los países de Europa y del continente americano que disfrutaban de una legislación de seguros sociales, no obstante el sentido social de su movimiento popular y su evolución política.
2. La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) había hecho a todos los países múltiples recomendaciones en materia de seguros y previsión social.
3. El establecimiento del seguro social había sido tema frecuentemente abordado en las reuniones de trabajadores y patronos, pidiéndose su implantación.

El 3 de julio de 1942, la Comisión presentó la Iniciativa de Ley del Seguro Social al Presidente de la República. Para la elaboración de ésta, la Secretaría del Trabajo tomó en cuenta tanto la experiencia que se derivaba de los diversos proyectos de Ley del Seguro Social, como las más valiosas enseñanzas de otros países.

El proyecto conceptualizó al seguro social como un sistema contra la pérdida del salario y trató de cubrir, en forma total, todos los riesgos que pudieran afectar la estabilidad en su percepción, coordinándolos dentro de una ley completa. En esta forma se constituyó en verdadero código

integral del seguro social, que abrigó los riesgos de las enfermedades y los accidentes del trabajo, de las enfermedades generales, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte y la cesantía en edad avanzada.

Para hacer viable la realización del sistema se previó que su aplicación sería paulatina y gradual, tanto en lo referente a los diferentes seguros, como a las circunscripciones territoriales en que se implantara, concediendo prioridades a las regiones que por su situación, densidad de población asegurable, desarrollo industrial y posibilidad de establecer los servicios correspondientes, ofrecieran las condiciones más favorables para su financiamiento.

El proyecto estableció que para obtener los fondos requeridos por las grandes obras del seguro social, la contribución económica se haría en forma tripartita y ascendería a una cantidad equivalente al 12% de los salarios pagados. Para determinar las cuotas que deberían pagar los trabajadores y los patrones se estableció una tabla de grupos de salarios en la que se distribuyeron los asegurados según su jornal diario.

Las reservas económicas de que iba a disponer el Instituto serían invertidas en el propio organismo con sujeción a los cuatro principios universalmente aceptados de rendimiento, seguridad, liquidez y utilidad social. Normas imprescindibles para la realización de obras de vialidad, saneamiento, introducción de agua potable, de energía eléctrica, construcción de hospitales, sanatorios, maternidades y colonias obreras.

La clase y magnitud de las prestaciones se determinaron de conformidad con la política del seguro social preconizada por la Oficina Internacional en la Conferencia Interamericana de Santiago de Chile.

Se consideraron comprendidos dentro de la ley los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte. En el proyecto se estipulaban numerosos beneficios para los trabajadores, concediéndose mayores prestaciones que las establecidas en los contratos colectivos.

En esta forma, en caso de accidentes y enfermedades profesionales se le otorgaría a la víctima totalmente incapacitada, una pensión durante todo el resto de su vida que ascendería aproximadamente al 60% de su salario.

En incapacidad parcial la pensión se determinaría en proporción con el daño causado. Para proteger al obrero contra la enfermedad, el proyecto de ley proporcionaba asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica y un subsidio en dinero proporcional al salario percibido.

Tratándose de maternidad la mujer asegurada tendría derecho a la asistencia obstétrica necesaria durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio. Gozaría también de un subsidio durante los 42 días anteriores al parto y los 42 posteriores al mismo, además de una ayuda para lactancia, en dinero o especie, hasta por seis meses posteriores al alumbramiento.

En caso de vejez, el anteproyecto otorgaba a los trabajadores que hubieran cumplido 65 años de edad o 60 si perdieran su empleo, pensiones vitalicias proporcionales al salario, compuestas de una cuantía básica y de aumentos, según el número de cotizaciones cubiertas por el asegurado que fluctuarían entre el 34% y el 80% del salario, siempre que tuvieran 13 años y medio de afiliación en el Seguro.

En caso de muerte, además de los gastos de entierro, se concederían pensiones a la viuda y a los hijos menores de 16 años de edad. En el caso de muerte e invalidez se prefería el pago de pensiones a la entrega de una sola indemnización, tomando en cuenta que el sistema de pensiones aseguraría mejor el disfrute de la compensación correspondiente y evitaría el riesgo de que ésta acabara en poco tiempo.

Además de los seguros obligatorios anteriores, el proyecto estipulaba los seguros facultativos y los seguros adicionales. Lo primeros eran aquéllos que podría contratar el Instituto Mexicano del Seguro Social individual o colectivamente, en parte o en su conjunto, con los trabajadores para los que aún no era obligatoria la ley. Los segundos serían los que contrataría el patrón en beneficio de sus trabajadores, individual o colectivamente, para satisfacer las prestaciones superiores a la ley o para asegurar a los trabajadores en condiciones más favorables de las fijadas en los seguros obligatorios.

Para la organización y administración del sistema del Seguro Social el proyecto ordenaba la creación de una institución de servicio público descentralizado, con personalidad jurídica propia y con libre disposición

de su patrimonio, que se denominaría "Instituto Mexicano del Seguro Social".

En septiembre de 1942 tuvo lugar, en Santiago de Chile, la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, a la cual asistió en representación de México el licenciado Ignacio García Téllez. Allí se presentó el proyecto de Ley del Seguro Social Mexicano, que cumplía con todas las recomendaciones y los requisitos del sistema de protección a los trabajadores. La Asamblea, integrada por connotados expertos, sancionó la ponencia mexicana con el siguiente acuerdo:

"La Iniciativa Mexicana de Ley del Seguro Social Obligatorio merece la aprobación y aliento de esta Conferencia porque constituye un código de seguridad científicamente elaborado con todas las perspectivas de viabilidad en su realización, a la par que representa una firme garantía técnica para establecer en México el seguro social en beneficio de las clases productoras y de la prosperidad de la nación mexicana". (3)

Simultáneamente a los esfuerzos emprendidos por el Estado, los empresarios llevaron a cabo junto con los comerciantes y las compañías de seguros una lucha enconada en contra de la instauración del seguro social. Las principales objeciones fueron:

- a) Que el IMSS competiría con los seguros privados en forma desleal, ya que las compañías privadas de seguros estaban sujetas a la vigilancia de la Secretaría de Hacienda y el Instituto no.
- b) El artículo 27 de la ley no autorizaba que los patrones contrataran seguros de grupo con empresas privadas.
- c) El Instituto tenía la facultad de verificar los seguros de riesgo y enfermedades profesionales cuando en la mayoría de los países ese seguro, aunque obligatorio, podía contratarse libremente.

A su vez, la Asociación Mexicana de Compañías de Seguros de Daños, con la firma de 29 compañías, envió un amplio documento al Secretario del Trabajo, con copia al Presidente y a las dos Cámaras, presentando las siguientes objeciones:

“ Pensamos que es indispensable recordar que el anteproyecto de Ley a que nos referimos puede significar, amén de cargos onerosos para algunas categorías productoras, un certero golpe de muerte para las compañías de seguros de riesgos profesionales.(4)

Enviaron también un mensaje al presidente de la Cámara de Diputados exponiéndole sus opiniones y objeciones al proyecto de Ley. El texto firmado por la Asociación de Banqueros de México y las Confederaciones Nacionales de Cámaras Industriales y de Comercio, decía:

...Sostenemos que el proyecto de ley basase en datos estadísticos insuficientes e inadecuados. Estimamos indebida la inclusión de los riesgos profesionales en el sistema del seguro social, por estar opuesta a la fracción XIV del Artículo 123 constitucional, e inconveniente por ignorarse el incremento que significará el costo de las prestaciones relativas”. (5)

Por otra parte, representantes de la Confederación de Cámaras de Comercio, de la Asociación Nacional de Banqueros, de la Confederación de Cámaras Industriales y de la Cámara de Comercio, entregaron personalmente al presidente Avila Camacho un memorándum con sus objeciones al proyecto de ley y luego enviaron a la Cámara de Senadores un documento similar.

Las quejas fundamentales citadas fueron la inclusión de riesgos profesionales; que los patrones tuvieran a su cargo exclusivo la protección de los demás riesgos dejando a los trabajadores en libertad de elevar, a través de la acción sindical, el monto de esas prestaciones, y que los artículos 15 y 16 provocarían que los patrones aportaran el 100% de las cuotas obrero-patronales. Además las nuevas empresas que se crearían no contendrían en sus contratos colectivos prestaciones sobre riesgos no profesionales y por lo tanto tendrían una situación de privilegio con relación a las ya establecidas. De llevarse a cabo las disposiciones de los artículos 15, 16 y 17, “constituiría un obstáculo insuperable para el desarrollo económico del país”. Pidieron finalmente se excluyeran los riesgos profesionales, solicitaron la supresión de los artículos 15, 16 y 17 y la inclusión de un artículo transitorio.

Estos artículos establecían:

Artículo 15.- Cuando los contratos colectivos concedan prestaciones inferiores a las otorgadas por esta Ley, el patrón pagará al Instituto todos los aportes necesarios para que este satisfaga las prestaciones contractuales. Para satisfacer las diferencias entre estas últimas y las establecidas por la Ley, las partes cubrirán las cuotas correspondientes.

Artículo 16.- Cuando los contratos colectivos otorguen prestaciones iguales a las otorgadas por esta Ley, el patrón pagará al Instituto todos los aportes necesarios para que éste las satisfaga.

Artículo 17.- Cuando los contratos colectivos otorguen prestaciones superiores a las que concede esta Ley, se entrará a lo dispuesto en el artículo anterior hasta la igualdad de prestaciones, y respecto a las excedentes el patrón quedará obligado a cumplirlas, contratando con el Instituto seguros adicionales.

Como se observa, el sector patronal trató por varios métodos de dar a conocer su oposición al proyecto de Ley del Seguro Social, pero, a pesar de haber logrado ser escuchado por los legisladores encargados de dictaminar sobre éste, no lograron hacer triunfar su punto de vista. Mas, poco a poco, las posiciones de mayor violencia se atenuaron ante la actitud decidida del gobierno: poner en marcha el Seguro Social, con todos sus ramos de operación.

El 10 de diciembre de 1942, Manuel Avila Camacho envió la Iniciativa de Ley del Seguro Social al Congreso de la Unión, el cual aprobó el proyecto por unanimidad el 29 de diciembre. De esta manera y surgido a consecuencia de los ideales de justicia social proclamados por la Revolución de 1910, el Instituto Mexicano del Seguro Social nació a la vida pública en 1942 con personalidad jurídica propia, como un organismo descentralizado con las características y atribuciones que le asignó la Ley aparecida en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943.

A partir de entonces y a lo largo de todo este tiempo ha significado una importante presencia dentro de la vida nacional. Por su estructura tripartita y su vocación solidaria, funcionó desde el primer momento - y cada vez mas a medida que se consolidó - como un elemento que

promovió la redistribución de la riqueza, así como el desarrollo social en un ámbito de acción en continuo avance.

Así mientras en épocas de expansión pudo manifestarse como uno de los principales instrumentos para llevar el progreso a un sector creciente de la sociedad, en tiempos difíciles ha demostrado también servir, en buena medida, para contrarrestar algunos de los más graves efectos de la crisis.

## 2.2 Evolución y Expansión del IMSS

El primer Director General del naciente organismo, el abogado coahuilense Vicente Santos Guajardo, instaló la primera sesión del Consejo Técnico en enero de 1943. Los primeros meses del nuevo organismo fueron destinados a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba el implantar las diversas ramas de aseguramiento previstas por la Ley. Para ello fue preciso calcular el monto de las aportaciones que debían cubrir los sectores obrero y patronal, así como el Estado, de acuerdo con las clases de riesgos y los grupos de salarios.

Hacia fines de marzo de 1943 se determinó que el Seguro Social empezaría a funcionar dentro del Distrito Federal, en todas sus modalidades, a partir de 1944. El siguiente paso fue proceder a la inscripción de patrones, la cual se llevó a cabo convocándolos por orden alfabético, según las diferentes clases de empresas.

El licenciado Ignacio García Téllez asumió públicamente la dirección del IMSS en enero de 1944. El nuevo funcionario, siendo secretario del Trabajo y Previsión Social había tenido una participación fundamental en los trabajos de redacción del proyecto de la misma Ley que ahora debía encargarse de ejecutar. García Téllez pronunció un breve discurso ante los trabajadores del IMSS en el que expuso con claridad cómo la legislación sobre seguridad social en nuestro país venía a ser la respuesta del gobierno mexicano emanado de la Revolución, a algunos de los problemas de la posguerra y recordó que la Carta del Atlántico había declarado una lucha impostergable “contra la inseguridad en el trabajo, la miseria y el desempleo”.

Más adelante de su alocución y ya con la mira colocada en su plan de cobro inmediato de las cuotas para poner rápidamente en marcha a la institución, García Téllez se dirigió a obreros y patrones pidiéndoles colaboración en el oportuno pago de sus respectivas cotizaciones, pues dijo:

“Es urgente que el dinero congelado, improductivo y expuesto a las vicisitudes del futuro, se invierta con largueza en la planeación y construcción de las instituciones que serán el instrumento adecuado para conseguir la liberación de la necesidad, de las enfermedades y del infortunio”. (6)

El punto de partida para la implantación del seguro, según el plan del licenciado García Téllez, era el inicio inmediato del cobro de cuotas. Interesaba mucho para el cabal funcionamiento del naciente Instituto Mexicano del Seguro Social, que ni patrones ni trabajadores dejaran de dar con toda oportunidad sus respectivas aportaciones, puesto que en ellas estaba basada fundamentalmente su economía. Para lograr tal empeño se expidió el decreto presidencial en 1944, por medio del cual se reformaba el artículo 135 de la Ley del Seguro Social. El nuevo texto asentaba que el pago de cotizaciones a la institución tendría el carácter de obligación fiscal. En las modificaciones a la ley de 1943 y 1944 se ampliaron las prestaciones y se procedió a financiar la construcción de colonias obreras para resolver el grave problema de la carencia de habitaciones.

En su informe al Congreso de la Unión del 1 de septiembre de 1944, el presidente Avila Camacho afirmó que, para esa fecha el Instituto del Seguro Social controlaba ya, entre propios y subrogados, 117 consultorios, 31 clínicas y 2 sanatorios, aparte de una maternidad y 5 unidades hospitalarias que estaban siendo construidas.

Para el reclutamiento de recursos humanos, el 6 de enero de 1944 en los diarios que anunciaban la implantación del seguro social en México, apareció una convocatoria en demanda de individuos que quisieran trabajar dentro del cuerpo médico de la naciente institución. Para 1945 se contaba ya con la colaboración de 825 médicos, 111 practicantes, 647 parteras, 201 químicos responsables y auxiliares de farmacia, y 42 químicos y técnicos de laboratorio. No sólo resultaba importante que la

cantidad de profesionistas que iban atender a los asegurados y a sus beneficiarios se considerara suficiente, más lo era que su preparación fuera la adecuada.

Interesado como estaba en el perfeccionamiento de sus profesionales, el Instituto patrocinó siempre cualquier evento encaminado a lograrlo. Y para junio de ese mismo año, se formó una comisión que hizo un viaje a diferentes centros hospitalarios norteamericanos, con el propósito de observar sus características arquitectónicas, la organización de sus servicios médicos y conexos, y sus instalaciones de equipo. La experiencia adquirida señaló el nuevo tipo de médico que la seguridad social requería, por lo que García Téllez así lo hizo ver a los miembros de la Sociedad Médica del Instituto.

### **Los años del desarrollo acelerado**

Para diciembre de 1946, al asumir Miguel Alemán la primera magistratura, el Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y angustias financieras, había alcanzado ya la seguridad económica necesaria para otorgar sus prestaciones, así como el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios. Una vez establecido el régimen, en su modalidad urbana, en los principales centros de población a lo largo de todo el territorio de la República, se decidió iniciar paulatinamente el aseguramiento de los trabajadores del campo.

De 1946 a 1952, se encargó al Sr. Antonio Díaz Lombardo la dirección del IMSS; durante este período se logró consolidar en el Instituto un notable equipo sociomédico, y se instaló además el primer hospital de zona, La Raza. También se inauguró el edificio principal de Paseo de la Reforma. Se ampliaron los servicios y el régimen llegó a los estados de Tlaxcala, Veracruz, Guerrero, México, Oaxaca, Chihuahua y Yucatán, y al entonces territorio de Baja California Norte.

Se reformó la Ley con el propósito de corregir el desequilibrio financiero en el ramo de enfermedades generales y maternidad, así como de aumentar el monto de las pensiones por invalidez, viudez, vejez y enfermedad. Se inició la construcción de la Unidad Habitacional Santa Fe, la cual cuenta

con más de dos mil viviendas, y la ciudad de México fue designada sede del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

Durante la administración del presidente Adolfo Ruiz Cortines 1952-1958, se desempeñó como director general del IMSS, el licenciado Antonio Ortiz Mena. Trabajó particularmente para asegurar el equilibrio financiero institucional mediante la reorganización administrativa. En este periodo se diseñó un plan de inversiones que permitió poner en marcha grandes unidades hospitalarias, dotar de casa a los trabajadores y asegurar el pago oportuno de subsidios y pensiones, todo ello superando la calidad de los servicios e hizo posible que para 1958 los principales centros industriales y agrícolas en todos los estados y territorios del país estuvieran cubiertos. Asimismo se inició el sistema de medicina familiar en el Distrito Federal.

Por esos años México fue la sede -primera en América- de una reunión plenaria de la Asociación Internacional de Seguridad Social. Entonces, el IMSS empezó a otorgar asistencia técnica a organismos homólogos de Costa Rica, Panamá y Nicaragua. Especialmente significativa fue la aparición del “Reglamento de los servicios de habitación, previsión social y prevención de invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social”.

### **Crecimiento vertical**

El presidente Adolfo López Mateos (1958-1964), encomendó la dirección del Instituto al abogado Benito Coquet, quién continuó con la política de crecimiento de la seguridad social, tanto en lo referente al número de asegurados y beneficiarios como en relación con las prestaciones que debía otorgar.

Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962, quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. Durante este sexenio fueron expedidas dos importantes disposiciones tendientes a hacer efectiva la aplicación de la Ley en dos grandes sectores de la población: el “Reglamento del seguro obligatorio de los trabajadores temporales y eventuales urbanos”, y el “Reglamento

para el seguro social obligatorio de los trabajadores del campo”.

El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno. Tarea complementaria fue el desarrollo de programas de actualización profesional, de divulgación científica y de estudios colectivos del personal médico, técnico y auxiliar. Con el fin de garantizar una seguridad social completa se intensificó la atención a los problemas que afectaban a los jóvenes de las familias aseguradas a través de información, adiestramiento y orientación. Asimismo se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres equipados para la enseñanza-aprendizaje. En cuanto a vivienda para los trabajadores, se inauguró la Unidad Independencia, en cuya colindancia se instaló el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Al iniciar Gustavo Díaz Ordaz su período presidencial (1964-1970), designó al contador y economista poblano Sealtiel Alatríste, como director del IMSS. Un año después el cargo lo ocupó el médico neoleonés Ignacio Morones Prieto. Según afirmó Díaz Ordaz en su primer informe de gobierno, los propósitos principales de su política con relación al IMSS fueron los de que éste diera “servicios en forma más rápida, más eficaz y humanitaria; lograr equilibrio financiero y garantizar su permanencia y desarrollo”.

Un decreto de 1969 determinó el aseguramiento de los mineros, con el único requisito de analizar por separado las condiciones de cada tipo de actividad previamente a su inscripción. Se puso en servicio el Centro Vacacional Oaxtepec, Morelos; este lugar de descanso pronto se convirtió también en un sitio muy solicitado para la celebración de congresos y reuniones nacionales e internacionales. La rápida marcha de la constitución de instalaciones hospitalarias se tradujo en edificios que alojaban 5 500 camas.

### **Seguridad y solidaridad social**

A partir de 1970, se comprobó la necesidad de conseguir que los frutos del desarrollo económico logrado por el país se hicieran equitativamente extensivos a toda la población. Concretamente, en cuanto al Seguro

Social, el presidente Luis Echeverría Álvarez manifestó desde el primer momento su deseo de atender a su expansión.

Entre 1970 y 1975 el IMSS fue dirigido por Carlos Gálvez Betancourt. Durante 1972 se iniciaron los estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social, que, fueron publicadas en marzo de 1973. Con esta nueva Ley se ampliaron los beneficios del régimen obligatorio y se extendió la seguridad social a los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados; asimismo, se aseguró obligatoriamente a los trabajadores de industrias familiares y demás trabajadores no asalariados.

En cuanto al régimen obligatorio urbano, se extendió el ramo de guarderías para hijos de trabajadoras en todos los municipios de la República. La principal característica de esta Ley consistía en asentar de manera tajante la intención de que el Seguro Social Mexicano no se quedara en una mera instancia de justicia laboral -situación que, de cualquier modo, era la base de todo el sistema-, sino que se dedicara, en la medida en que lo permitieran las posibilidades reales propias del país y del momento, a la búsqueda de una "solidaridad social integral".

En 1975 la Dirección General del Instituto fue asumida por el jurista, funcionario público e ideólogo Jesús Reyes Heróles. Aunque su gestión duró sólo un año, a él tocó acelerar la aplicación de la solidaridad social en lo que a extensión del régimen en el medio rural se refiere. Se pusieron en servicio obras destinadas a cubrir las necesidades de los trabajadores henequeneros de Yucatán, los tejedores de fibra de la región mixteca de Oaxaca, Puebla y Guerrero, los ejidatarios del Plan Chontalpa y de la Comarca Lagunera.

De 1976 a 1982, durante la presidencia de José López Portillo, la administración del IMSS corrió a cargo del Lic. Arsenio Farell. En este período sexenal -mayo de 1979- se firmó el convenio que dio sustento al Programa IMSS-Coplamar de Solidaridad por Cooperación Comunitaria, orientado a inducir cambios de carácter general en la estructura y el funcionamiento del orden social, para lograr que los marginados alcanzaran ciertos derechos de los que hasta entonces habían carecido: a la salud, a la ocupación productiva, a la educación, a la valorización y el respeto a su legado cultural, a la comunicación activa con el resto de

la sociedad y a la participación en las decisiones públicas.

Se inició también la desconcentración administrativa del Instituto, distribuyendo el control de sus operaciones en delegaciones estatales, regionales y del Valle de México; las dependencias médicas centrales se transformaron en áreas operativas regionales. Fue también muy importante, de "responsabilidad mayoritaria", la participación institucional en la campaña nacional para promover la planificación familiar.

Una disposición de radical significado fue el acuerdo presidencial normativo de las relaciones entre el Seguro Social y la Secretaría de Hacienda en lo respectivo al cobro de las liquidaciones declaradas de carácter fiscal por la Ley.

En 1979 se inaugura el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

### **Tiempos difíciles**

Para el primero de diciembre de 1982, día que rindió su protesta como jefe de la nación Miguel de la Madrid, el país atravesaba por una grave crisis económica. Los objetivos de la seguridad social, afirmó el presidente en su primer informe de gobierno, "...se orientan a promover acciones que permitan que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorpore al sistema de seguridad social, así como a fomentar el mejoramiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo. Se busca también ampliar la cobertura de los servicios integrando en forma paulatina a los trabajadores no asalariados".

A partir de este año, el sector público comenzó a reestructurar sus políticas económicas para volverlas mas austeras, para optimizar lo existente sin que ello implicara mayores gastos. El Instituto tuvo que ajustarse a las nuevas circunstancias, lo cual implicó que emprendiera una serie de medidas de austeridad que, sin embargo, no afectaron en lo mas mínimo la calidad de las prestaciones que brindaba.

Con fidelidad a estos criterios, la nueva administración encabezada por el licenciado Ricardo García Sáinz, se propuso ampliar las funciones que caracterizaban al Instituto como un organismo de solidaridad, justicia social y redistribución de la riqueza, sin romper su equilibrio financiero, ni dejar de proporcionar servicios y prestaciones de manera eficiente, oportuna y con elevado sentido humano.

De esta manera, el Instituto desarrolló importantes programas de prevención y mejoramiento social entre los sectores mas desprotegidos de la población. Mediante el sistema IMSS-COPLAMAR, se acudió a las comunidades rurales y se obtuvo incluso, para la prestación de servicios, la ayuda de médicos tradicionales y parteras empíricas con pleno conocimiento y dominio de las necesidades que embargaban a sus vecinos.

Esta práctica fue apenas la demostración de una nueva actitud, gracias a la cual se emprendió un programa de modernización, cuyos principales objetivos fueron los de la desconcentración y simplificación administrativa, a fin de radicar la solución de los problemas en el lugar donde se originaban y proporcionar, de esa manera, respuestas y soluciones mas eficaces y oportunas a los mismos.

La vocación solidaria del Instituto quedó plenamente confirmada cuando, a raíz de los sismos que asolaron la ciudad de México y otros puntos de la República los días 19 y 20 de septiembre de 1985, y a pesar de los graves daños sufridos en sus propias instalaciones y de la lamentable desaparición de algunos compañeros que murieron en el cumplimiento de su deber, pudo cooperar, al lado de otras instituciones y de un amplio voluntariado nacional e internacional, con una importante ayuda prestada a los damnificados en servicios médicos, medicamentos, víveres, ropa y albergues. Esta lamentable coyuntura aceleró el proceso de desconcentración institucional iniciado tiempo atrás. Así, por ejemplo el Centro Médico Siglo XXI se construyó tomando en cuenta una nueva organización de los servicios médicos que presta el Instituto a nivel nacional, basados en una estrategia de unidades médicas de diversos niveles de atención.

Ha de señalarse que, después de una primera etapa en que el IMSS se dedicó sólo a curar, y de una segunda tendiente a prevenir, en la

actualidad ha quedado abierto el tercer período de la seguridad social mexicana, el cual se propone mejorar la calidad de vida de la población por medio del fomento a la salud integral, tanto física como mental.

El Presidente actual, Carlos Salinas de Gortari, designó al inicio de su administración al licenciado Emilio Gamboa Patrón como director general del Instituto. Durante su gestión se propuso mejorar la calidad de los servicios institucionales en beneficio de los derechohabientes, reforzar los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar.

Puso en marcha el Programa de Modernización 1992-1994. De acuerdo a ello, en el ámbito administrativo se llevó a cabo una reestructuración con desconcentración de funciones operativas y simplificación de sistemas que permiten incrementar la productividad y el mejoramiento de la calidad y calidez de los servicios.

Se terminaron varias unidades de medicina familiar, se ampliaron algunos hospitales de segundo nivel y se inauguró el Centro Médico Nacional "Siglo XXI". Se incorporó al régimen obligatorio el seguro de retiro, por iniciativa presidencial y aprobada por el Honorable Congreso de la Unión.

En marzo de 1993, el Presidente Carlos Salinas de Gortari, nombró al licenciado Genaro Borrego Estrada, Director General del IMSS. A continuación se presenta un resumen de su intervención en la LXXIII Asamblea General del Instituto, en el cual se reflejan los principios, lineamientos políticos, acciones y compromisos que está y va instrumentar dentro de una perspectiva de corto, mediano y largo alcance:

"A 50 años de su fundación, el Instituto Mexicano del Seguro Social continúa siendo paradigma del proyecto de Nación que queremos: solidaridad, libertad y justicia social son sus principios irrenunciables, fortalecidos dentro del proceso modernizador y el renovado compromiso del Gobierno Federal con los que menos tienen.

Sus logros mas sobresalientes hoy, son brindar servicios de salud a cerca del 60% de la población total, llegando su cobertura a mas del 86% de los municipios de todo el país.

En contraste con las 355 mil personas que el Instituto protegió durante 1943, actualmente nuestra población total derechohabiente asciende a 37 millones 402 mil personas, sin incluir nuestros más de 10 millones de solidariohabientes, que se benefician a través del programa IMSS-Solidaridad, el cual ha tenido un desarrollo muy satisfactorio y que reiteramos, es financiado en su totalidad por el Gobierno Federal.

Cuando nació, hace medio siglo, el Seguro Social brindaba un millón 120 mil consultas anuales, mientras que durante los primeros seis meses de 1993 hemos atendido más de 42 millones.

El personal institucional hoy es de 342 mil empleados, los médicos suman más de cuarenta mil y se llevan a cabo más de cinco mil intervenciones quirúrgicas diarias.

Estos datos tan sólo, son reveladores del desarrollo alcanzado, pero sobre todo de la importancia humana y social de los servicios. Todos estos mexicanos tienen un lugar seguro y confiable a donde acudir cuando sufren un padecimiento. Debemos valorar siempre la dimensión y trascendencia comunitaria de nuestra institución.

No obstante los indudables logros del IMSS en cobertura, infraestructura, instalaciones médicas y calidad de sus servicios, y sobre todo, su participación en la mejoría del bienestar social de nuestros compatriotas, nos encontramos ahora en un momento trascendente, delicado y crucial, de gran complejidad y oportunidad de cambio.

La situación financiera es ciertamente difícil y es nuestro deber preservar la indispensable estabilidad y evitar con medidas de fondo, que en el futuro el problema se vuelva crónico. Por el contrario, debemos darle certidumbre al horizonte de la seguridad social mexicana sobre fundamentos sólidos, realistas y actualizados.

Los problemas estructurales que afectan en este tiempo la seguridad social en nuestro país, son de diferente índole y reclaman una solución perdurable. A nosotros nos corresponderá consolidar las bases para hacerla posible y continuar el proceso de transformación en una dirección deliberada.

Los nuevos perfiles demográficos, el éxito de los programas de salud, los avances tecnológicos y el mejoramiento en las condiciones de vida han contribuido a que, superando lo que se esperaba hace cincuenta años, la morbilidad y la mortalidad hayan descendido y las expectativas de vida hayan crecido considerablemente. Todo esto, junto con la problemática de la crisis de los años ochenta caracterizada por elevados índices de inflación, desempleo y pérdida del poder adquisitivo del salario repercutieron directamente en las finanzas de nuestra institución cuyos ingresos están vinculados estrechamente a los niveles de empleo y monto salarial de los trabajadores.

Por otra parte, durante las décadas anteriores, el Instituto tomó la determinación substantiva de ampliar su cobertura aplicando recursos de sus reservas. Este hecho, de enorme importancia social, ha tenido su contraparte en el orden financiero. Tenemos más exigencias de gasto porque beneficiamos a más mexicanos. Es decir, la explicación profunda de la situación financiera es eminentemente social, a nuestro juicio justificada y conaltecadora para la institución.

Ello representa ciertamente aumentos en los gastos, pero debemos considerar que la salud de los mexicanos no puede valorarse en términos monetarios. Ahora, lo que nos corresponde es preservar lo que tenemos en mejores condiciones y hacer posible el crecimiento paulatino hasta abarcar algún día a todos los mexicanos.

Para ello, es indispensable reconocer que existen circunstancias y que ante ellas debemos avanzar en nuestro elevado cometido social. Nuestra institución es viable si cuenta con sólido fundamento financiero y debemos considerar que éste depende de la capacidad económica de nuestros aportantes y del óptimo y transparente uso que hagamos de los recursos que se nos confían para convertirlos en servicios oportunos y de calidad.

Al considerar lo anterior podemos señalar la necesidad de llevar a cabo cambios estructurales y acciones específicas que nos permitan continuar siendo una institución sólida y eficaz, instrumentos insustituibles de la justicia social y pilar de la estabilidad y la paz social en nuestro país.

Para ello debemos tomar en cuenta todo lo valioso que durante la encomiable trayectoria de la institución se ha podido realizar con talento y esfuerzo de varias generaciones. Habremos de preservar incólumes los principios, la esencia solidaria y el insoslayable compromiso con el bienestar popular que la ha caracterizado.

Se trata de actualizarnos a las nuevas circunstancias de la apertura y competitividad internacionales, modernizando la Institución, no privatizándola, pero sí en cambio aplicando con más racionalidad y eficiencia los recursos, removiendo obstáculos, inercias y burocracias que son nocivas para el cumplimiento cabal de nuestros compromisos ante la población derechohabiente.

Se ha dado ya un primer paso promoviendo una reforma a la Ley del Seguro Social que afiance la institución en el presente y garantice su fortalecimiento hacia el futuro, asegurando su estabilidad financiera.

La iniciativa de reformas a la Ley del IMSS, presentada por el Ejecutivo Federal al H. Congreso de la Unión, en el pasado período de sesiones, contempla tres grandes objetivos: avanzar en el restablecimiento del equilibrio financiero, consolidar las bases para la auténtica modernización y hacer adecuaciones legales y administrativas necesarias; propósitos que, en su conjunto, robustecen los fundamentos que nos permiten garantizar la permanencia fortalecida de nuestra institución.

Las reformas a la Ley deben entenderse como una medida indispensable para preparar las respuestas que nos imponen las exigencias del futuro. Son plataforma de despegue y no punto de llegada. Eran necesarias para evitar consecuencias financieras mayúsculas y también para crear condiciones firmes, a partir de las cuales, fuese posible emprender un proceso de más amplio alcance, que permitiera el fortalecimiento de la Institución ante nuevas condiciones. Las reformas a la Ley evitan la insuficiencia financiera en el corto plazo y nos abren el espacio para planear y emprender acciones con la profundidad que queremos y necesitamos.

En esta Ley se redefinen los conceptos que deben integrarse al salario para efectos de cotización, evitando interpretaciones ambiguas y unilaterales que afecten los intereses de los trabajadores y de la institución.

Las modificaciones especifican que quienes más ingresos perciben, aporten proporcionalmente y contribuyan con aquellos que menos tienen y más necesitan de los servicios, así se ratifica la esencia solidaria de la seguridad social mexicana.

El incremento en la cuota tripartita del seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, permitirá financiar el aumento en la cuantía mínima a los pensionados, de 80 a 90% del salario mínimo del Distrito Federal que se venía cubriendo desde julio del año pasado, sin contar con los fondos adicionales necesarios para ello.

El aumento a la cuota tripartita del seguro de Enfermedades y Maternidad, permitirá aumentar la autosuficiencia financiera de este ramo, a efecto de hacer innecesarias las transferencias provenientes de cualquier otro. El reto, que debe ser compromiso, es el de que sólo con los fondos que se obtengan por este rubro deben de prestarse los servicios médicos a la población derechohabiente.

El incremento en la cuota patronal del seguro de Riesgos de Trabajo, coadyuvará a restablecer el equilibrio actuarial de este ramo y compensar los efectos derivados de haber incluido en este rubro a los accidentes de tránsito, como riesgo de trabajo, desde hace veinte años.

Asimismo, las modificaciones a la Ley fortalecen al Instituto en su carácter de organismo fiscal autónomo, e introducen la autodeterminación de las empresas como una vía corresponsable y eficaz para el cumplimiento de sus obligaciones ante la seguridad social.

Con el propósito de cumplir con el espíritu de la reciente reforma consistente en garantizar la independencia financiera de cada uno de los ramos de seguro, propongo a la aprobación de esta Honorable Asamblea General que de manera inmediata, la totalidad de los excedentes que se generen en lo sucesivo en los ramos de Invalidez, Vejez, Cesantía en edad Avanzada y Muerte, y de Riesgos de Trabajo, se inviertan en activos financieros y que el producto que se obtenga de su inversión se destine exclusivamente a cubrir las prestaciones de los mencionados ramos del seguro, de conformidad con lo establecido en el Capítulo VI de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta reforma especialmente, permite reiniciar el proceso de capitalización

que es indispensable para estar en aptitud de cumplir con las obligaciones crecientes de nuestro sistema de pensiones lo cual es responsabilidad inherente e insoslayable de nuestro régimen de seguridad social.

Por otra parte significa un reto de gran dimensión, toda vez que tal medida imposibilita el uso de recursos provenientes de los otros ramos de seguro para apoyar los gastos del ramo de Enfermedades y Maternidad.

El futuro de nuestros pensionados así lo exige. El desafío para todos los que integramos la institución y para las autoridades es, como puede advertirse, muy grande y de evidente trascendencia. Por ello las medidas que debemos tomar de cambio estructural para racionalización de los recursos son impostergables.

La seguridad social tiene que enfrentar el inmenso esfuerzo que en materia de recursos financieros, avance tecnológico y eficiencia administrativa requiere el país que queremos: el México de la concertación, salvaguarda de la soberanía en la promoción de la calidad de vida de los mexicanos, es la expresión de la voluntad nacional de obreros y patrones en la labor de su gobierno y sus instituciones.

Paralelamente se llevan a cabo acciones de cambio estructural que son necesarias. Se trata de programas específicos que comprenden la mayor eficacia de la organización y de sus métodos y procedimientos de operación, que vayan en el sentido de racionalizar recursos y fundamentalmente de atender mejor las necesidades de los derechohabientes proporcionando servicios con la mayor oportunidad, eficiencia y calidad a costos competitivos.

Nos hemos comprometido a través del programa "Medicina Familiar Siglo XXI", a fortalecer y modernizar el sistema médico familiar del IMSS con beneficios inmediatos y tangibles para la población derechohabiente y nuestro propio personal, elevando el nivel de satisfacción de ambos.

Nuestra tarea es hoy consolidar y profundizar la modernización del Instituto, con la convicción de que el camino andado ensancha el horizonte de retos y compromisos, de responsabilidades compartidas por todos aquellos que conformamos esta noble institución, para atender

las justas necesidades y demandas de los que menos tienen, pues sólo en el fortalecimiento de la reforma social, se hace posible nuestro proyecto de Nación.

Las grandes transformaciones que hemos vivido en los últimos años, nos han demostrado que las verdaderas reivindicaciones sociales no pueden ni deben excluir los valores de la productividad: calidad, racionalidad, mayor esfuerzo compartido y justicia social son y deben ser enteramente compatibles en el México nuevo.

En conclusión, el Instituto durante su historia ha pasado por diferentes etapas que se podrían caracterizar como: fundación, expansión y fortalecimiento. Este proceso evolutivo se pone de manifiesto en las siguientes cifras: en 1943 el IMSS tenía 136 mil asegurados, para 1960 contaba ya con algo más de un millón, un crecimiento de 778 por ciento. En la etapa de consolidación, entre 1960 y 1980, aumentó a seis millones de asegurados, es decir, un 430 por ciento, para 1992 el número de asegurados es de 11 millones 350 mil, 24 millones 445 mil familiares de éstos, y 2 millones 258 mil pensionados y familiares, lo que da un total de 38 millones 53 mil derechohabientes, lo que significó un incremento del 78 por ciento.

### 2.3 Estructura Administrativa y Financiera del IMSS: Tripartismo

#### **Génesis y Evolución del Tripartismo en la Seguridad Social.**

El principio de “administración tripartita” o simplemente “tripartismo”, que determina la estructura administrativo-financiera del IMSS, se fue generando a través de un proceso de decantación conceptual hasta llegar al significado que adquiere en la Ley del Seguro Social.

Probablemente, el punto de partida de dicho proceso lo encontramos en el naciente artículo 123 del texto constitucional de Querétaro, ya que al establecerse los diversos ramos de seguridad social, necesariamente se plantearía la cuestión de la distribución de las cargas para hacerla posible y del tipo de organización que la realizaría.

A partir de entonces y hasta la Ley de 1943, encontramos una persistente voluntad política de los gobiernos desde el de Alvaro Obregón hasta el

de Manuel Avila Camacho, para ir precisando, con distintos matices, la idea de la participación tripartita.

En consonancia con el principio democrático contenido en la exposición de motivos de la Ley del IMSS de 1943, y que la Ley de 1973 ratificó, la participación gubernamental y sectorial está prevista en la propia Ley del Congreso, tanto en la administración como en la conformación del sistema financiero institucional.

### **Sistema de Gestión Tripartita**

El principio de la administración tripartita del Instituto permea a toda la estructura institucional, es decir, funciona efectivamente mediante un sistema de órganos colegiados, que operan tanto a nivel central como local o delegacional.

El primero lo integran la Asamblea General, el H. Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo; en el nivel desconcentrado está dispuesto el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

Este sistema de órganos colegiados está estructurado por los principios de representatividad igualitaria, orden jerárquico y cooperación o colaboración interinstitucional.

### **Representatividad Igualitaria**

Este principio se aplica tanto en la integración paritaria de todo el sistema de órganos colegiados, como en el peso específico de sus resoluciones.

De esta manera la Asamblea General cuenta con treinta miembros, 10 de cada sector y 10 del Ejecutivo Federal, presidida por el Director General del Instituto. Las representaciones obreras y patronales acuden a este órgano supremo por medio de las organizaciones de trabajadores y patronos, que representan el interés mayoritario de la población asegurada determinada con base en el número de miembros afiliados.

El Consejo Técnico se integra con un total de doce miembros, correspondiendo cuatro a cada sector y cuatro a la representación gubernamental. La designación de los consejeros queda a cargo de la Asamblea General, en la cual cada sector designa a sus representantes. Por ley, la representación gubernamental se integra con el Director General como Presidente del Consejo, el Secretario de Salud y otros dos consejeros designados por el Ejecutivo Federal.

La Comisión de Vigilancia funciona a su vez con seis miembros, dos por cada sector y dos por el gobierno, designados por las representaciones ante la Asamblea General.

El Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo que atiende la revisión, clases y grados de riesgo de las empresas, también se compone de manera tripartita con un miembro de cada sector y un representante gubernamental.

Los Consejos Consultivos Delegacionales que operan en cada una de las 36 Delegaciones del Instituto (una en cada estado de la República, dos en Veracruz y cuatro en el Distrito Federal), se integran con el propio delegado, un representante del gobierno de la entidad federativa sede de la Delegación, dos del sector obrero y dos del sector patronal.

Las resoluciones que se adoptan en cada uno de estos órganos colegiados son por simple mayoría de votos de sus respectivas representaciones, teniendo igual peso cada voto sectorial y el gubernamental.

### **Orden Jerárquico**

Las relaciones que entre sí guardan los órganos colegiados y por las cuales se entrelaza una red o sistema integrado, están determinadas por los principios de jerarquía y colaboración interinstitucional.

La Asamblea General que es por Ley el órgano supremo, determina la integración de los restantes, sea en forma directa (Consejo Técnico, Comisión de Vigilancia) o indirecta (a través del Consejo Técnico por ella integrado, para los comités y comisiones, el Comité Consultivo del Seguro de Riesgos y los consejos Consultivos Delegacionales) y decide

en definitiva sobre las resoluciones del Consejo Técnico vetadas por el Director General.

El Consejo Técnico, por su parte, determina la integración de sus órganos de apoyo (comités y comisiones); resuelve en definitiva sobre sus acuerdos; e interviene en la integración del Comité Consultivo del Seguro de Riesgos y de los Consejos Consultivos Delegacionales, a quienes puede señalar facultades adicionales a las indicadas en la Lcy.

### **Colaboración Interinstitucional**

Se expresa a través de las atribuciones que cada uno de ellos tiene asignadas. De esta manera y a título ejemplificativo, la Asamblea General resuelve, entre otros asuntos, el presupuesto de ingresos y gastos y el programa de actividades del Director General, que previamente conoce el Consejo Técnico, y también el informe que elabora la Comisión de Vigilancia, la que a su vez puede sugerir a la Asamblea y al Consejo Técnico las medidas que juzgue convenientes para el mejor funcionamiento del Instituto. También dictamina el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico y practica auditorías de los balances contables que aprueba la misma Asamblea General.

Por su parte, el Consejo Técnico convoca a las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea, y conoce y resuelve sobre el presupuesto y el programa de actividades elaborado por la Dirección General.

### **Sistema Financiero Tripartito**

El tripartismo, expresión de la participación democrática sectorial y gubernamental para la vigencia y permanencia del derecho social de la seguridad social, se expresa no sólo en la organización administrativa institucional, sino que también tiene eficacia, con base en principios diferentes, en su estructura financiera.

### **Tripartismo en los Ingresos**

Las fuentes financieras para garantizar las prestaciones a que tienen

derecho los sujetos al régimen de seguridad social dependen del tipo de seguro (riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, y guarderías).

En el caso de los riesgos por accidentes y enfermedades profesionales, corresponde exclusivamente al patrón cubrir la cuota correspondiente en atención a la teoría del riesgo objetivo, que el Constituyente aplicó en sustitución a la de la culpa de corte civilista. Esa teoría sostiene que: “el establecimiento de una organización a base de funcionamiento de máquinas implica la creación de un riesgo por su solo establecimiento, riesgo que existe para cualquiera y especialmente para los trabajadores siendo estos riesgos inherentes al trabajo, es lógico que sea el empresario, esto es, el creador del riesgo y a la vez beneficiario de la producción, quien los reporte, pues no sería justo ni equitativo que quedaran a cargo del trabajador, quien no obtiene los beneficios de la producción y no es tampoco el creador del riesgo”.(7)

En el caso de los otros derechos, la determinación de la carga financiera se fue precisando a lo largo del mismo proceso de decantación conceptual del tripartismo.

Los principios que aplicó el legislador en la distribución tripartita de las cargas financieras para los seguros de invalidez, vejez, cesación involuntaria del trabajo, así como enfermedades y accidentes no profesionales, fueron el interés nacional, el interés particular de cada sector y, como síntesis de ambos, el de solidaridad social.

### **Interés Nacional**

El principio del interés nacional comprendía tanto cuestiones de ética general como de relevancia para la economía nacional y de interés de toda la sociedad representada por el Estado. Como complemento del salario, el seguro social estabilizaría a la capa económicamente débil de la población: “estabilización a la que debe aspirarse, tanto porque su logro vendría a satisfacer nobles aspiraciones de la convivencia humana, cuanto porque al elevar las condiciones de vida del sector mayoritario de la nación, automáticamente se operaría un crecimiento vigoroso de la economía general del país”. La insuficiencia de la previsión libre y de la

asistencia privada obligan a la intervención y rectoría estatal en representación de la sociedad toda, ya que “los riesgos sociales constituyen no sólo una amenaza para la vida y la integridad física del trabajador, sino también para la de sus familiares y, aún más, para la comunidad de que forma parte”.

### **Interés Sectorial**

En el caso del trabajador, la imposibilidad del ahorro por la insuficiencia del salario, la obligación correlativa al derecho a las prestaciones y al derecho a participar en la administración del sistema fueron los fundamentos de la cuota obrera.

En el caso del patrón, se estimó que el bienestar laboral aumenta el rendimiento del trabajador y el poder adquisitivo, favoreciendo con ello productividad y consumo. Adicionalmente, se propicia un régimen de igualdad en la competencia industrial y se reconoce como un costo necesario de la producción el costo del capital humano, aún más cuanto que se reconoce el costo de la amortización de la maquinaria y equipo.

La participación del trabajador y del patrón en la contribución al seguro social también conlleva la ventaja de evitar la afectación de la economía doméstica y de la empresa, ante la posibilidad de la realización de una contingencia que requiriese erogaciones no calculadas, suprimiendo en ambos casos amenazas económicas imprevistas por esta causa. De esta manera se facilita la planeación que toda producción de bienes y servicios requiere.

### **El Principio de la Solidaridad Social**

No obstante la validez de los principios que determinaron la obligatoriedad de la participación tripartita en la distribución de las cargas para hacer viable el seguro social, es el principio de la solidaridad social el que adquiere mayor relevancia en un fenómeno colectivo de imposible resolución individual.

Ninguna empresa o trabajador, aisladamente, podría soportar los gastos que entraña el servicio del seguro social con cargo a costos de producción o a las economías familiares. El volumen de recursos comprometidos

para hacer posible la requerida producción a escala de los servicios, supone necesariamente el distinto valor relativo de los montos de las aportaciones, cuyo valor agregado, la solidaridad social y sólo la solidaridad social, hacen posible.

Al fincarse el gasto requerido para la operación del sistema en un porcentaje o valor del volumen del salario (13 por ciento en 1943, 24.2 por ciento ahora), la solidaridad acontece entre empresas de distinto tamaño, grado de riesgo, localización y número de trabajadores; entre trabajadores de diferente nivel de ingreso; entre los sectores, por el valor de la producción frente al del trabajo; y desde luego, entre la comunidad toda para con su capital humano productivo; todo lo cual permite por añadidura una más equitativa distribución del ingreso nacional, que también el propio IMSS hace a su vez más efectiva en la forma de acciones y programas concretos encauzados a favorecer a los grupos más desprotegidos.

A diferencia pues de los principios que determinan la estructura administrativa tripartita del Seguro Social, los que condicionan su sistema financiero descansan en el fundamento de la solidaridad social.

En la actualidad, la aportación conjunta de los tres sectores equivale, en términos porcentuales, al 24.2 por ciento del salario integrado del trabajador asegurado; y ese porcentaje se distribuye en atención al costo de los seguros de la siguiente manera: 12.5 por ciento a enfermedades y maternidad; 7.4 por ciento a invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; 2.5 por ciento a riesgos de trabajo y 1.0 por ciento a guarderías y 2.0 para el retiro.

La proporción con que contribuyen cada uno de los sectores para integrar las primas de seguro correspondientes, ha tenido algunos cambios a lo largo del tiempo, la del sector patronal aumentó de 50.5 por ciento en 1943-1965 a 62.5 por ciento en 1966-1986 y a 74.3 por ciento en la actualidad; la del gobierno, por el contrario, se redujo de 25.0 a 4.2 por ciento; la del trabajador, por su parte, ha aumentado del 19.8 por ciento al 21.3.

Los cambios observados en tal sentido, han obedecido fundamentalmente a la necesidad de reasignar recursos financieros por parte del Estado, para la atención de grupos no protegidos, en donde la aportación

gubernamental llega a ser hasta del 100 por ciento, como sucede ahora con el seguro de atención médica, farmacéutica y hospitalaria a los estudiantes de nivel medio superior y superior en planteles oficiales del sistema educativo nacional.

### **Tripartismo en los Egresos**

El legislador ordinario quiso que la participación de los sectores y el Estado no sólo se limitara a la integración de las fuentes de financiamiento mediante el sistema de distribución de cargas (cuotas), esto es, en los ingresos de la Institución, sino que también intervinieran en la aplicación de los recursos; es decir, en la precisión de los egresos institucionales por medio del sistema de órganos colegiados antes descrito.

En ambos casos se requiere precisar el régimen financiero como un conjunto de técnicas y operaciones actuariales, contables y estadísticas propias de cada compromiso.

La participación tripartita en la determinación del régimen financiero institucional sea el de reparto anual, por el que se garantizan las prestaciones inmediatas, o el de prima media escalonada, para financiar las prestaciones a mediano y largo plazo, se establece por medio del presupuesto de ingresos y egresos cuya aprobación es responsabilidad tanto del Consejo Técnico como de la Asamblea General. Por su parte, la Comisión de Vigilancia, además de supervisar las inversiones, practica la auditoría de los balances contables que en definitiva aprueba o modifica la Asamblea General.

Un mecanismo de evaluación y control presupuestario en el que también esté inmerso el sistema de órganos colegiados, asegura el adecuado cumplimiento de las políticas de gasto.

El cuadro anexo muestra el tipo de seguros, prestaciones y cuotas que prevalecen actualmente en el IMSS.

<b>SEGUROS</b>	<b>PRESTACIONES PRINCIPALES</b>	<b>CUOTAS TOTALES</b>
----------------	---------------------------------	-----------------------

### TIPOS DE SEGUROS, PRESTACIONES Y CUOTAS

Enfermedades y maternidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica</li> <li>- Subsidios por enfermedad y maternidad</li> <li>- Gastos de funeral</li> </ul>	12.5 por ciento del salario integrado
Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensiones por invalidez, vejez y muerte</li> <li>- Dotes matrimoniales</li> <li>- Atención médica a pensionados y familiares</li> </ul>	7.4 por ciento del salario integrado
Riesgos de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica y aparatos de prótesis</li> <li>- Subsidios por incapacidad</li> <li>- Pensiones por invalidez o muerte, derivadas de una enfermedad o accidente de trabajo</li> </ul>	2.5 por ciento del salario integrado en promedio (dependencia de la clase de riesgo correspondiente a la actividad).
Guarderías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para hijos de aseguradas</li> </ul>	1.0 por ciento del salario integrado

Fuente: Subdirección General de Finanzas, IMSS

## 2.4 Prestaciones Institucionales

### **Prestaciones en Especie**

Este servicio constituye uno de los pilares fundamentales del quehacer institucional y se organiza con base en los principios de calidad, cantidad, oportunidad y sentido humano en tres niveles de atención, escalonados de acuerdo a la gravedad del padecimiento del usuario y al grado de especialización que demanda su atención; los niveles corresponden también a tres diferentes tipos de unidades médicas.

#### **- Primer Nivel de Atención.**

Las acciones del primer nivel de atención se efectúan en las unidades de medicina familiar (UMF), organizados en base a la cobertura poblacional consistente en ubicar a 2,400 derechohabientes por cada médico familiar.

De este modo, la unidad de medicina familiar se integra como la responsable de la atención médica ambulatoria y domiciliaria, donde se otorga consulta externa y odontológica, detección temprana de padecimientos crónico-degenerativos, acciones de planificación familiar y primeros auxilios, todo esto dentro de un marco de educación para la salud, que incluye también medidas de medicina preventiva.

Las unidades de medicina familiar se conforman de consultorios cuyo número varía en función de la población derechohabiente asignada a la unidad, en los que atienden médicos familiares, enfermeras y personal paramédico, en dos turnos, lo que hace posible la atención de 4,800 personas por cada consultorio.

En la medida en que la zona de adscripción aumenta, el número de derechohabientes también se incrementa; las unidades de medicina familiar son entonces mayores y el número de consultorios se define precisamente en función de la población que habita una zona determinada. Cuando la población adscrita a la unidad de medicina familiar alcanza una cifra de 12 mil derechohabientes, se instala en ella un laboratorio

clínico básico, justificable por la demanda de servicios de diagnóstico que genera esa cantidad de derechohabientes. Si la zona de adscripción es mayor e incluye a un total de 48 mil derechohabientes, se completa la unidad con un servicio de radiodiagnóstico que funciona como apoyo de la unidad en cuestión y de zonas circunvecinas.

Por razones de acceso y de oportunidad se ha considerado que la unidad de medicina familiar ideal es la que agrupa diez consultorios y atiende 48 mil derechohabientes. En la actualidad el IMSS cuenta con 1,476 unidades de medicina familiar.

#### **- Segundo Nivel de Atención**

Se ofrece en los hospitales generales de zona y de subzona, mismos que disponen de los recursos necesarios para atender las cuatro especialidades básicas de la medicina como son: Pediatría, Ginecología, Cirugía General y Medicina Interna.

El hospital general de zona cumple además con el servicio de urgencias las 24 horas del día durante los 7 días de la semana en las cuatro especialidades señaladas y de una de siete subespecialidades que históricamente han demostrado ser las de mayor demanda (Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Cardiología, Dermatología y Cirugía Pediátrica). La existencia de estas unidades permite resolver problemas más complejos, generados por el mayor número de población que concentra. El IMSS tiene actualmente en operación 209 hospitales generales de zona y de subzona.

#### **- Tercer Nivel de Atención**

La aparición de padecimientos que por su complejidad y poca frecuencia requieren de tecnología sofisticada, ha originado la adquisición de equipo para proporcionar servicios que han sido brindados tradicionalmente en los hospitales de especialidad y que se han denominado tercer nivel de atención.

Mediante la regionalización de los servicios médicos en los tres niveles

señalados, el IMSS ha continuado acercando dichos servicios a los derechohabientes, elevando su capacidad resolutive y favoreciendo la proximidad del apoyo de alta especialidad a través de la integración gradual de diez Centros Médicos Nacionales distribuidos en el territorio nacional. Ello permitirá proporcionar mejores y oportunos servicios a grandes grupos de población, así como realizar menores desplazamientos de pacientes. Los Centros Médicos Nacionales estarán ubicados en: Distrito Federal (2), Puebla, Veracruz, Mérida, León, Guadalajara, Monterrey, Torrcón y Ciudad Obregón.

Con estas instalaciones las especialidades no básicas se ven enriquecidas con la tecnología moderna para resolver el máximo de problemas en la patología de los derechohabientes y sólo ramas tan específicas como la cirugía cardiovascular y el trasplante de órganos se concentran únicamente en tres ciudades del país (México, Guadalajara y Monterrey).

Cuando la frecuencia de un padecimiento y su atención amerita tecnología moderna, los hospitales de especialidades la suministran a los hospitales generales, resumiendo así su labor asistencial, de investigación y de educación de las ciencias médicas.

Sobre este último punto cabe hacer mención por la trascendencia de la investigación realizada, de los logros obtenidos por el equipo de trabajo encabezado por los doctores Ignacio Madrazo Navarro, Jefe del Departamento de Neurocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza y René Raúl Drucker Colín, Jefe del Departamento de Neurociencias del Instituto de Fisiología Celular de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes lograron éxito en la investigación y el tratamiento de la enfermedad denominada Mal de Parkinson. En 1987 recibieron el Premio Nacional de Ciencias, correspondiente a Ciencias Físico Matemáticas y Naturales, que fuera convocado por la Secretaría de Educación Pública.

En adición a los servicios curativos directos antes descritos, que presta el IMSS, se desarrollan varios programas específicos, entre los cuales destacan:

- 1.- Medicina Preventiva. Prevenir enfermedades y fomentar la salud ha sido un propósito permanente del Instituto. Se realizan acciones

encaminadas al autocuidado de la salud, detección oportuna de enfermedades, saneamiento ambiental, inmunizaciones, prevención de la deshidratación, tratamientos antiparasitarios y detección de padecimientos transmisibles como el SIDA, las hepatitis B y las enfermedades crónico-degenerativas.

- 2.- **Planificación Familiar.** El programa interinstitucional del sector salud en este campo se lleva a cabo con estricto apego a la libertad de decisión de cada pareja, concientizándolas de que la disminución de la frecuencia de los embarazos, cuyas condiciones no son las ideales tanto para la madre como para el producto, propician el mejoramiento de la salud.

Respecto de la calidad de la protección anticonceptiva, es en el ámbito urbano donde se ha llegado a una alta proporción de aceptantes y de usuarias activas de los métodos más eficaces, con mayores tasas de continuidad y menores efectos indeseables, en tanto que en el ámbito rural, continúa la tendencia a disminuir la proporción de métodos hormonales, con incremento de los dispositivos intrauterinos y de los métodos quirúrgicos.

- 3.- **Medicina del Trabajo.** Es interés del Instituto proporcionar con oportunidad y calidad la atención a la clase trabajadora. Para ello existen actualmente en operación más de 278 servicios especializados en resolver problemas médicos de origen laboral.

Con el control de casos cuya incapacidad temporal para el trabajo, había acumulado noventa días promedio, se analizó la congruencia entre el diagnóstico, el esquema del tratamiento y los periodos de incapacidad, con la historia natural de la enfermedad. Este análisis permitió reducir el promedio de días de incapacidad por caso.

- 4.- **Psiquiatría y Salud Mental.** Este programa se ha tomado como uno de los ejes de fomento a la salud, ya que en él se realizan actividades tendientes a propiciar el desarrollo de una cultura de autoasistencia individual, familiar y comunitaria.

En el primer nivel de atención, los médicos familiares realizan el

diagnóstico y tratamiento de casos leves y moderados. Como apoyo para la atención de los casos severos y complicados se han establecido en la consulta externa de los hospitales generales de zona, servicios de salud mental, atendidos por equipos de especialistas multidisciplinarios.

En el segundo y tercer nivel, se realiza, la psiquiatría de enlace, en donde los especialistas de salud mental, interactúan con el resto del personal de salud de los hospitales generales de zona y de especialidades. La hospitalización psiquiátrica en estos niveles está dirigida a los enfermos mentales que requieren internamiento temporal.

La mayor demanda de este servicio está determinada, por el sexo femenino. Esta atención se otorga principalmente entre los grupos de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64 años, que en conjunto representa el 76% de dicha demanda.

Como apoyo a estas actividades el Instituto se encuentra capacitando al personal médico y paramédico en las siguientes áreas:

- Atención oportuna a problemas de aprendizaje en niños.
  - La orientación en salud mental del grupo familiar.
  - La farmacodependencia como problema médico.
  - El paciente alcohólico y su familia.
  - La depresión como problema médico.
- 5.- Oncología. Se desconcentraron estos servicios con el objeto de brindar una mejor atención a los derechohabientes y actualmente se cuenta con 30 módulos completos en los que se cuenta con servicio médico, quirúrgico y de radioterapia. Además, existen otros 34 servicios que disponen de oncología médica y quirúrgica y sólo se subroga la radioterapia. Los programas de detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mama han aumentado sensiblemente su cobertura, por lo que se espera que en los próximos años se abata en forma significativa la morbimortalidad por estos tipos de cáncer.
- 6.- Medicina Física y Rehabilitación. Este programa cuenta actualmente con cuatro unidades de medicina física y

rehabilitación y setenta y cuatro servicios que se proporcionan en hospitales generales de zona, de la misma manera se han incorporado servicios de fisioterapia en diversas regiones del país.

Entre los servicios que se otorgan por medio de este programa cabe señalar las sesiones de terapia física, de terapia ocupacional, de terapia del lenguaje, y estudios tanto psicológicos como de valoración ocupacional. Adicionalmente se encuentra en operación el taller de fabricación de prótesis y órtesis, que además efectúa reparaciones y adaptaciones de estos aparatos.

- 7.- Cirugía Ambulatoria y Puerperio de Bajo Riesgo. Estos programas que fueron implantados en 1985 y en 1986, respectivamente, fueron iniciados en el Instituto en forma empírica desde el año de 1960 y en algunas unidades a partir de 1975.

El primero de ellos es un programa que establece el otorgamiento de una atención médico-quirúrgica de alta calidad, buscando la disminución del impacto emocional en el paciente y en la probabilidad de complicaciones intrahospitalarias, haciendo que el paciente permanezca en el hospital un tiempo no mayor a las seis horas posteriores a su intervención quirúrgica.

El segundo programa busca la atención obstétrica de alta calidad tanto para la paciente como para su producto, disminuyendo la probabilidad de complicaciones postparto imputables a factores hospitalarios. Se promueve asimismo, una relación temprana entre la madre y el recién nacido, en el contexto propio de la familia.

La puesta en marcha de estos programas ha permitido al Instituto elevar la calidad de estos servicios y disminuir el diferimiento de los servicios médicos relacionados con los procedimientos quirúrgicos en los que puede prescindirse de la hospitalización.

- 8.- Enseñanza e Investigación. Con el objeto de elevar la calidad y oportunidad de la atención médica del IMSS, se ha continuado con el programa de formación de recursos humanos para la salud.

Se imparten cursos para médicos aspirantes a puestos directivos, formación de médicos especialistas en las disciplinas troncales o básicas y se fomenta la investigación en aquellos proyectos que son de interés para la institución y fundamentales para el combate de enfermedades.

El IMSS en coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, realiza proyectos de investigación, para ello cuenta con un Comité Técnico formado por investigadores y un Comité de Vigilancia para garantizar la correcta aplicación de los recursos.

Los proyectos de investigación han sido agrupados en los siguientes temas generales:

- a) Enfermedades infecciosas y parasitarias
- b) Problemas nutricionales
- c) Efectos de la contaminación ambiental
- d) Neuroendocrinología
- e) Varios (cáncer y diabetes mellitus)

Con el objeto de satisfacer las necesidades de personal médico y paramédico del Instituto, se continúa la formación de especialistas médicos, enfermeras y técnicos mediante impartición de cursos.

Para actualizar los conocimientos del personal médico y paramédico institucional a fin de favorecer el otorgamiento de los servicios con alta calidad y oportunidad se imparten cursos anuales, con una importante participación de asistentes.

Respecto a la formación de personal profesional para la investigación en ciencias médicas, biomédicas y sociomédicas, se llevan a cabo también cursos de investigación biomédica con la participación de becarios; y cursos de posgrado.

Los Servicios de Medicina del Trabajo, especializan a médicos, imparten cursos de capacitación continua así como cursos de adiestramiento en servicio.

Por otra parte, y con el objeto de contribuir con el sector educativo a formar recursos humanos del área de salud, de alta especialidad académica y social, se capacitan en el IMSS alumnos en internado de pregrado, pasantes en servicio social, estudiantes de medicina en ciclos clínicos y estudiantes de enfermería en campos clínicos.

### **Programa de Fomento a la Salud**

La estrategia de atención primaria a la salud tiene especial relevancia en el IMSS, se lleva a cabo mediante el Programa de Fomento a la Salud, integrado adecuadamente a los esquemas asistenciales que realiza la Institución.

La puesta en operación del Programa de Fomento a la Salud contribuye en ampliar el horizonte de la participación comunitaria al abrir una tercera posibilidad de la seguridad social, ya que desde su creación en los años cuarentas y hasta mitad de los sesentas primero fue curar, después hasta los ochentas fue prevenir y ahora el propósito esencial es lograr la superación de la calidad de vida de la población mediante el fomento a la salud integral, física y mental, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Los aspectos fundamentales de planeación, desarrollo de acciones y evaluación de actividades con plena participación comunitaria son los ejes de este nuevo modelo.

Una de las primeras acciones que merecen destacarse, ha sido la organización de Comités Delegacionales, Zonales y Locales de Fomento a la Salud, cuyo objetivo primordial ha sido la elaboración de diagnósticos de salud a efecto de conocer las causas que provocan las enfermedades de los habitantes ubicados dentro de la jurisdicción de cada Comité y a partir de ello combatirlas con una serie de acciones de medicina preventiva, mejoramiento ambiental, habitacional, de educación higiénica, nutricional y de seguridad laboral.

La difusión del programa se ha realizado en forma permanente y continua, utilizando los medios de comunicación, con mensajes adaptados a las formas lingüísticas y culturales de cada región. El contenido de los

aspectos generales de la difusión se ha orientado al autocuidado de la salud, a organizar y lograr la participación comunitaria para su preservación.

La capacitación intrainstitucional se lleva a cabo en los niveles delegacionales, zonal y local, y la extrainstitucional se ha realizado aprovechando casas de cultura, centros de trabajo y áreas escolares, con la participación de comités comunitarios, profesores de seguridad escolar, promotores voluntarios, estudiantes, sindicatos y asociaciones vecinales. Está orientada a identificar la capacidad de resolución de la comunidad y estimular la autogestión.

Para la implantación del programa se ha desarrollado una gran capacidad de concertación ya que se ha logrado la participación de Secretarías de Estado, empresas y organismos públicos de los estados, así como sindicatos y asociaciones civiles, todos con la firme convicción de que elevar los niveles de vida es una responsabilidad compartida y no de una sola institución.

El Programa de Fomento a la Salud forma parte medular del quehacer institucional en el que el individuo y la comunidad representan el elemento más importante de una nueva cultura para la salud, principio y detonador del proceso del autocuidado y la prevención de las enfermedades.

### **Servicios de Seguridad e Higiene Laboral**

La prevención de accidentes y enfermedades de trabajo se concibe desde los orígenes de la operación del Seguro Social Mexicano, como uno de los propósitos fundamentales, que inscrito en la ley respectiva, señala la obligación del Instituto de promocionar medidas preventivas y brindar atención al asegurado cuando se presenta alguno de los casos de enfermedad o accidente tipificado en dicho ordenamiento.

Para cumplir con las funciones de prevención tanto de accidentes como de enfermedades laborales, se viene operando una estrategia permanente de coordinación y concertación de acciones con los empresarios, los trabajadores y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, esfuerzo que ha brindado el control gradual de los índices de riesgos y enfermedades

Actualmente el Instituto tiene en operación el Programa de Salud y Seguridad para los Trabajadores de las Empresas, que se ha constituido como el instrumento básico para crear y mantener mejores condiciones de salud y seguridad laboral, mediante la participación activa de patrones y trabajadores.

Este programa se desarrolla directamente en las empresas a través del trabajo de brigadas integradas por un médico, una enfermera, un técnico en seguridad en el trabajo y un técnico en Ecología, que en coordinación con las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene, efectúan acciones de seguridad, saneamiento ambiental, medicina del trabajo, medicina preventiva, difusión y orientación.

Por ejemplo durante 1987, se estableció como meta visitar 7,000 empresas, (de 20 a 150 trabajadores), lográndose alcanzar el 97%. De las acciones logradas cabe destacar: 52,064 recomendaciones de seguridad y 8,145 recomendaciones higiénico-sanitarias, haber estudiado a 608,257 trabajadores para la detección de diabetes, hipertensión, agudeza visual, tosedores crónicos y diagnóstico de salud, de los cuales se detectaron con algún problema 39,039 personas, y se aplicaron 167,716 vacunas antitetánicas.

Cabe señalar que la actividad del Instituto en esta materia se organiza de manera integral, promocionando la prevención de los riesgos para abatir la siniestralidad en las empresas, la atención médica, la rehabilitación y el apoyo económico a los trabajadores que han sido víctimas de algún riesgo laboral.

### **Prestaciones en Dinero**

Las prestaciones económicas que otorga el IMSS se orientan básicamente a la protección de los medios de subsistencia de la población amparada; y consisten en subsidios, pensiones, indemnizaciones, asignaciones familiares, ayudas asistenciales, aguinaldo, finiquitos a pensionados y ayudas para gastos de matrimonio y gastos de funeral.

El otorgamiento de las prestaciones en dinero, a excepción del seguro de

riesgo de trabajo, se sujeta al cumplimiento de determinado número de semanas cotizadas y, en algunos tipos de pensiones, a requisitos mínimos de edad.

Los ramos de seguro que consideran el otorgamiento de prestaciones en dinero según la Ley, son:

- Riesgos de Trabajo
- Enfermedades y Maternidad
- Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte.

### **Subsidios**

Es la prestación en dinero que se otorga al asegurado inhabilitado para trabajar, a consecuencia de una incapacidad temporal derivada de un riesgo de trabajo, de enfermedades o accidentes no profesionales, así como la que se concede a la asegurada durante los periodos prenatal y posnatal de 42 días cada uno, en los que por prescripción médica legal debe descansar de su trabajo.

Cuando el asegurado sufre un riesgo de trabajo y se incapacita temporalmente para el trabajo, se le paga un subsidio desde el primer día de los cubiertos por el certificado de incapacidad y corresponde al 100% del salario inscrito en el IMSS.

Cuando un asegurado sufre una enfermedad o accidente por causa distinta a un riesgo de trabajo que lo incapacite temporalmente para el trabajo, recibirá un subsidio por incapacidad temporal, que se le pagará a partir del cuarto día de los cubiertos por el certificado de incapacidad y corresponde al 60% del salario diario registrado. Para el cobro de este subsidio, el asegurado debe tener reconocidas un mínimo de 4 semanas de cotización inmediatamente anteriores a la enfermedad. Si se trata de trabajadores eventuales, el requisito es de 6 semanas reconocidas en los 4 meses anteriores a la enfermedad.

Este subsidio se otorga hasta por 52 semanas por un mismo padecimiento, con posible prórroga de 26 semanas más, previo dictamen médico que así

lo determine.

El subsidio por maternidad se paga en 2 partes; prenatal y posnatal, por 42 días cada una de ellas. Para el cobro de este subsidio, la asegurada debe tener reconocidas como mínimo, 30 semanas en los 12 meses anteriores a la fecha en que debiera iniciarse el pago del subsidio. El pago del subsidio por maternidad, corresponde al 100% del salario de cotización de la asegurada.

### **Pensiones**

Si un asegurado sufre un accidente o enfermedad que le provoca una lesión física o mental que disminuya permanentemente su capacidad para el trabajo, tendrá derecho a una pensión por incapacidad permanente parcial, la cual se determinará aplicando al 70% del salario el porcentaje de valuación determinado por el médico, de acuerdo con la tabla de valuación de incapacidades contenida en la Ley Federal del Trabajo.

La pensión por incapacidad permanente total, se otorga por la pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que lo imposibilita para desempeñar cualquier trabajo el resto de su vida. Esta pensión comprende:

- Percepción económica mensual equivalente al 70% del salario y será superior a la que correspondería si fuera pensionado por invalidez (incluidas las asignaciones familiares y la ayuda asistencial que acompañan a la pensión).
- Aguinaldo anual, equivalente a 15 días de pensión.
- Asistencia médica para el pensionado y sus beneficiarios.

Tanto las pensiones por incapacidad permanente parcial como total, se conceden por un periodo de adaptación de 2 años, con carácter provisional, transcurrido el cual se considerarán como definitivas.

La pensión por viudez se concede a la esposa del asegurado, o a falta de ésta a la concubina, siempre que haya vivido con él un mínimo de 5 años inmediatamente anteriores al fallecimiento, o hayan procreado hijos.

También tendrá derecho a esta prestación el viudo totalmente incapacitado que hubiese dependido económicamente de la asegurada fallecida.

Los pensionados por viudez tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual, equivalente al 40% de la pensión que le hubiese correspondido al asegurado por incapacidad permanente total.
- Aguinaldo anual, equivalente a 15 días de pensión.
- Asistencia médica.

La pensión por orfandad se otorga a los huérfanos de padre o madre menores de 16 años o hasta los 25 años, si se encuentra estudiando en planteles del sistema educativo nacional y no son sujetos del régimen obligatorio, o de cualquier edad si presentan incapacidad física o mental para el trabajo.

Los pensionados por orfandad tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual equivalente al 20% de la pensión que le hubiese correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total.
- Aguinaldo anual, equivalente a 15 días de la pensión.

En los casos de orfandad doble, los huérfanos tendrán derecho a:

- Un incremento de 10% a su pensión, si sólo uno de los progenitores era asegurado.
- Dos pensiones de orfandad, si los dos progenitores eran asegurados. en cuyo caso, cada una de ellas será equivalente al 30%.

La pensión a los ascendientes, se otorga a los padres o ascendientes en

línea directa, que hubiesen dependido económicamente del asegurado fallecido, siempre que no haya esposa o concubina, ni hijos con derecho a la pensión.

Los ascendientes pensionados tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual, equivalente al 20% de la pensión que le hubiese correspondido al asegurado por incapacidad permanente total.
- Aguinaldo anual equivalente a 15 días.

La pensión por invalidez se otorga al asegurado que se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo proporcionado a su capacidad, formación profesional y ocupación anterior, una remuneración superior al 50%, que en la misma región reciba un trabajador sano, de semejante capacidad, categoría y formación profesional, y que sea derivada de enfermedad o accidente no profesionales, o por defectos o agotamiento físico o mental, o bien cuando padezca una afección o se encuentre en un estado de naturaleza permanente que le impida trabajar. Para tener derecho a esta pensión, es necesario que el asegurado tenga reconocidas un mínimo de 150 cotizaciones semanales a la fecha en que es declarado su estado de invalidez.

La pensión por vejez, se otorga cuando el asegurado tenga 65 años de edad y se le reconozcan un mínimo de 500 semanas cotizadas. Esta prestación se cubrirá a partir de la fecha en que el asegurado haya dejado de trabajar.

La pensión por cesantía en edad avanzada, se otorga al asegurado que tenga reconocido un mínimo de 500 semanas cotizadas y quede privado de trabajo remunerado al cumplir los 60 años de edad, siendo, por lo tanto, dado de baja como asegurado. Esta pensión varía según los años cumplidos a la fecha que se adquiere el derecho a recibir pensión.

Los pensionados por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual, que se compone de la cesantía básica anual y de los incrementos anuales a dicha cesantía, se determina promediando las últimas 250 semanas de cotización.

Si el asegurado no tuviera reconocidas estas semanas, se tomarán en cuenta las que tuviera acreditadas, siempre que sean suficientes para el otorgamiento de una pensión por invalidez o muerte.

- Aguinaldo anual, equivalente a 15 días de pensión.
- Asignaciones familiares.
- Ayuda asistencial.

Las pensiones para los beneficiarios del asegurado o pensionado fallecido por causa distinta a un riesgo de trabajo se señalan enseguida:

Pensión por viudez, se otorga a la esposa del asegurado o pensionado, o a falta de ésta a la concubina, siempre que haya vivido un mínimo de 5 años inmediatamente anteriores al fallecimiento, con el asegurado o haya procreado hijos con él. También tendrá derecho a esta prestación el viudo totalmente incapacitado que hubiese dependido económicamente de la trabajadora asegurada o pensionada.

La cuantía de la pensión de viudez variará en los siguientes casos:

- Por muerte del asegurado, será equivalente al 50% de la pensión de invalidez que le hubiese correspondido al asegurado, siempre que al fallecer tuviera reconocido un mínimo de 150 semanas cotizadas.
- Por muerte del pensionado, equivale al 50% de la pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada que estuviera disfrutando el pensionado fallecido.

Los pensionados por viudez tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual.
- Aguinaldo anual, equivalente a 15 días de pensión.
- Ayuda asistencial, cuando el caso lo requiera.

La pensión por orfandad se concede a los huérfanos del asegurado o pensionado fallecido, menores de 16 años o hasta los 25 si se encuentran estudiando en planteles del sistema educativo nacional y no son sujetos del régimen obligatorio del Seguro Social, o de cualquier edad si presentan

incapacidad física o mental para el trabajo.

Esta pensión se otorga siempre que el asegurado fallecido tuviera reconocido un mínimo de 150 semanas cotizadas o bien si se encontraba disfrutando de una pensión por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada.

Los pensionados por orfandad tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual.
- Aguinaldo anual equivalente a 15 días de la pensión.

La cuantía de la pensión de orfandad variará en los siguientes casos:

- Por muerte del asegurado, será equivalente al 20% de la pensión que por invalidez le hubiera correspondido al asegurado, siempre que al fallecer tuviera reconocido un mínimo de 150 semanas cotizadas.
- Por muerte del pensionado, equivale al 20% de la pensión de invalidez, vejez, o cesantía en edad avanzada que disfrutaba el pensionado fallecido.

En los casos de orfandad doble, los huérfanos tendrán derecho a:

- Un incremento del 10% a su pensión, si sólo uno de los progenitores era asegurado.
- Dos pensiones de orfandad, si los dos progenitores eran asegurados, en cuyo caso cada una de ellas será equivalente al 30%.

La pensión a los padres o ascendientes en línea directa se otorga si hubiesen dependido económicamente del asegurado o pensionado fallecido, siempre que no haya esposa o concubina ni hijos con derecho a pensión de invalidez que le hubiese correspondido al asegurado siempre que al fallecer tuviera reconocido un mínimo de 150 semanas cotizadas o al 20% de la pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada que disfrutaba el pensionado fallecido.

Los ascendientes tendrán derecho a:

- Percepción económica mensual.
- Aguinaldo anual, equivalente a 15 días de la pensión.

Cuando un asegurado tenga una pensión por incapacidad permanente total o parcial, y fallezca por una causa distinta a un riesgo de trabajo, sus beneficiarios tendrán derecho a la pensión siempre que el pensionado tuviera acreditadas 150 semanas cotizadas y haya sido dado de baja en el régimen obligatorio, sin importar el tiempo transcurrido de la fecha de la baja. Si el asegurado disfrutaba de una pensión por incapacidad permanente total y fallece por una causa distinta a un riesgo de trabajo sin tener acreditadas un mínimo de 150 semanas cotizadas, sus beneficiarios tendrán derecho a la pensión, siempre que la pensión que se le hubiese otorgado al fallecido no tuviese una duración mayor de 5 años.

### **Indemnización**

Si como consecuencia de un riesgo de trabajo la lesión que sufre el trabajador es valuada hasta en 15%, se le otorgará al asegurado, en sustitución de la pensión, una indemnización global equivalente a 5 anualidades de la pensión que le hubiese correspondido por incapacidad permanente parcial.

### **Asignaciones familiares**

Las asignaciones familiares son las prestaciones en dinero que se otorgan por concepto de carga familiar a los beneficiarios de los pensionados por invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada:

- Para esposa o concubina, el equivalente al 15% de la pensión.
- Para cada uno de los hijos menores de 16 años o hasta los 25 si se encuentran estudiando en planteles del sistema educativo nacional y no son sujetos del régimen obligatorio del Seguro Social, o sin límite de edad cuando presenten incapacidad física o mental para el trabajo, el equivalente al 10% de la pensión.
- Para cada uno de los ascendientes en línea directa, siempre que dependan económicamente del pensionado y no haya esposa o concubina, ni hijos con derecho a asignación, el equivalente al 10% de la pensión.

### **Ayuda asistencial**

Es la prestación en dinero que se otorga al pensionado por invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, en los siguientes casos:

- Si el pensionado no tuviera esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes que dependan económicamente de él, se le concederá una ayuda asistencial equivalente al 15% de la cuantía de la pensión que le corresponda.
- Si únicamente tuviera un ascendiente con derecho al disfrute de asignación familiar, se le concederá una ayuda asistencial del 10% de la cuantía de la pensión.
- Cuando el estado físico del pensionado por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, con excepción de los 2 casos anteriores, así como el de las viudas pensionadas, requiera ineludiblemente la asistencia de otra persona de manera permanente o continua, previo dictamen médico que al efecto se formule, podrán gozar de la ayuda asistencial, que consiste en un aumento hasta del 20% de la pensión que disfruten.

### **Ayuda para gastos de funeral**

Esta prestación se otorga a los beneficiarios del asegurado o a quien presente el acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral. Cuando el asegurado fallece a consecuencia de un riesgo de trabajo, el pago será de una cantidad igual a 2 meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento del asegurado cuando la muerte de un asegurado o pensionado no es originada por un riesgo de trabajo, el Instituto otorga a sus familiares o a quien presente el acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral una ayuda por este concepto, consistente en un mes de salario mínimo general

vigente en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento, siempre y cuando el asegurado haya cubierto cuando menos 12 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores al fallecimiento.

#### **Ayuda para gastos de matrimonio**

Para tener derecho a esta prestación se requiere:

- Tener reconocido un mínimo de 150 semanas cotizadas a la fecha de contraer matrimonio. Esta prestación equivale al 25% de la anualidad de la pensión de invalidez a que tuviera derecho el contrayente.
- Contraer matrimonio dentro de los 90 días hábiles a la fecha de la baja, cuando el asegurado haya dejado de pertenecer al régimen obligatorio del Seguro Social.

La ayuda para gastos de matrimonio se otorga por una sola vez. Si ambos contrayentes son asegurados y reúnen los requisitos señalados, los dos tendrán derecho a la ayuda, la cual debe solicitarse en un plazo no mayor de 6 meses a partir de la fecha de matrimonio.

Si se contraen nuevas nupcias y no se había solicitado la prestación, el asegurado deberá comprobar la muerte de la esposa registrada como cónyuge ante el Instituto, o bien exhibir el acta de divorcio.

#### **Finiquitos a pensionados**

La Ley considera finiquitos de las pensiones en los ramos de:

- Riesgos de trabajo.
- Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.

Cuando el pensionado traslade su domicilio al extranjero, con carácter permanente, se entregará, a solicitud del interesado, un finiquito equivalente a 2 anualidades de la pensión que vivía disfrutando.

Cuando la viuda o concubina contraen nupcias se le otorga un finiquito equivalente a 3 anualidades de la pensión que venía disfrutando. El huérfano pensionado tendrá derecho a un finiquito equivalente a 3 mensualidades de la pensión que venía disfrutando cuando:

- Tiene de 16 a 25 años y no acredita estudios.
- Cumple 25 años.
- Pasa a ser sujeto del régimen obligatorio del Seguro Social.
- Desaparece su estado de incapacidad física o mental para trabajar.

### **Pensiones**

La población pensionada vigente a junio de 1993, es de 1 309 950. La cifra de pensionados más sus familiares es de 2'441,723 personas.

### **Prestaciones Sociales**

Los servicios sociales de beneficio colectivo establecidos por la Ley del Seguro Social comprenden dos grandes ramas: 1) Prestaciones Sociales y, 2) Servicios de Solidaridad Social.

#### **- Las Prestaciones Sociales**

En el marco institucional, las prestaciones sociales tienen por objeto el fomento a la salud de la comunidad y la prevención de enfermedades y accidentes, así como el contribuir a elevar los niveles generales de vida de la población.

Los programas generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, orientados a ofrecer a la comunidad los servicios de las prestaciones sociales, están apegados a lo dispuesto en la Ley:

- Promoción de la salud mediante la difusión de los

conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de medios masivos de comunicación.

- Educación higiénica, materno-infantil, sanitaria y de primeros auxilios.
- Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda.
- Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas y en general de todas aquellas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre.
- Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo a fin de lograr la superación del nivel de ingresos de los trabajadores.
- Centros vacacionales y de readaptación para el trabajo.
- Establecimiento y administración de velatorios y tiendas, así como otros servicios similares.

De acuerdo con el ordenamiento que rige al IMSS, estas prestaciones son proporcionadas sin comprometer la eficacia de los servicios de los ramos de seguro del régimen obligatorio ni su equilibrio financiero.

Las prestaciones sociales son dirigidas básicamente a la población derechohabiente, y en particular a los grupos más vulnerables, como los minusválidos, el binomio madre-hijo y los jubilados y pensionados.

#### - **Centros de Seguridad Social**

Para llevar a cabo una amplia difusión de las prestaciones sociales y sus programas de capacitación, el Instituto tiene en funcionamiento 115 centros de seguridad social diseminados en

toda la República así como tres centros de enseñanza de artesanías, ubicados dos en el Distrito Federal y uno en el Estado de México.

- **Teatros**

El desarrollo de los programas de promoción cultural comprende la realización de diversas actividades artísticas, para lo cual el Instituto opera 79 teatros, de los que 43 se encuentran cubiertos y el resto son al aire libre.

El binomio madre-hijo representa también un eje de atención prioritaria tanto en los centros de seguridad social, como en las guarderías y en las salas de espera de las clínicas.

Respecto de la recreación física y el deporte, el IMSS promueve la participación masiva de la población, ya que interesa que el mayor número de personas utilice el deporte como un mecanismo de organización social y poder alcanzar así los objetivos de fomento a la salud.

- **Deportivos**

Para proporcionar este servicio el IMSS cuenta con nueve centros equipados con instalaciones para la práctica de diversas disciplinas deportivas, como son: natación, fútbol, basquetbol, gimnasia, etc.

- **Guarderías**

El seguro social ha hecho un serio esfuerzo por ampliar el servicio de guarderías que, no obstante corresponder a un seguro, ha buscado nuevos procedimientos de atención de este servicio, ya que ahora además del sistema tradicional, ha encontrado un sistema de guarderías participativas que ayudan al niño a no perder su escala familiar o física; así el niño está en la mayor parte de los casos, en una casa-habitación habilitada como guardería y maneja la escala de un hogar y en cierta medida su ambiente. Este servicio se brinda en todo el país a 51 mil 600

niños en 384 guarderías de las cuales, 240 corresponden precisamente al nuevo esquema de guarderías participativas.

- **Velatorios**

Respecto del servicio de velatorios que aun cuando no es una prestación sujeta a seguro específico, es un servicio que permite liberar a los usuarios de los problemas económicos que implica pagar un funeral dentro de un marco abierto de comercio. El Instituto cuenta actualmente con 18 velatorios ubicados en diferentes entidades del país.

- **Centros Vacacionales**

Para el disfrute de la población en general, el Instituto tiene en funcionamiento cuatro centros vacacionales, ubicados dos en el Estado de Tlaxcala, la Trinidad y la Malintzi, otro en Metepec, Puebla y desde hace más de veinte años el de Oaxtepec, Morelos, que son operados con estricto sentido social, ya que sus cuotas son muy accesibles en relación a otros centros de similar categoría

- **Servicios de Solidaridad Social**

**Programa IMSS-Solidaridad**

Otra rama de los servicios sociales está comprendida por los de solidaridad social que se proporcionan a la población marginada ante la cual el Instituto se manifiesta como un claro organismo redistribuidor del ingreso. El concepto de solidaridad social fue incorporado a la Ley en el año de 1973, estableciendo como contraprestación por parte de la población beneficiaria, la realización de trabajos comunitarios en beneficio de las comunidades en que habiten.

A continuación se presenta un resumen del artículo publicado por la Doctora Georgina Velázquez Díaz en la Revista Cuestión Social, relativo a los antecedentes, infraestructura, organización, modelo de atención a

la salud, cobertura y estrategia de trabajo en adelante del Programa IMSS-Solidaridad.

En 1979 el gobierno federal decidió proporcionar servicios de salud a 10 millones de campesinos sin capacidad contributiva y firmó, a través del organismo Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República, que agrupaba a 11 organizaciones de desarrollo rural), un convenio con el IMSS, que adquiere responsabilidad de organizar y administrar dichos servicios. Surgió así el Programa IMSS-COPLAMAR, financiado totalmente con recursos federales.

Coplamar se comprometió a promover la realización de trabajos comunitarios con el apoyo de dependencias federales y estatales en materia de programación, aportación de materiales, financiamiento, etc.: celebrar convenios para la prestación de servicios a las comunidades (educación, empleo, abasto alimentario, vivienda, agua, caminos, electrificación, agroindustria, comercialización, etc.), y acreditar ante el IMSS la participación de la población en obras de saneamiento ambiental y beneficio comunal, mediante jornadas de trabajo o acciones tendientes a mejorar la salud, como contraprestación aportada por los núcleos familiares para recibir atención médica en las unidades.

El gobierno federal confió al IMSS la administración del Programa tomando en cuenta su liquidez financiera, estructura administrativa y experiencia de 17 años de atender la salud de trabajadores rurales, y cinco de haber establecido el Programa de Solidaridad Social. De esta manera, se integraron en un solo programa operativo dos que tuvieron origen y financiamiento diferentes.

En abril de 1983, por decreto presidencial, desapareció el órgano COPLAMAR y el Instituto asumió entonces la responsabilidad operativa del Programa que continuó siendo financiado con recursos federales. Para esta fecha se había elaborado el Diagnóstico de Salud de la Población Atendida (1981) y se tenía más experiencia para adecuar las normas institucionales al medio rural, por lo que se pudo establecer un Modelo de Atención Integral a la Salud sustentado en la estrategia de atención primaria, que sirvió de base al que la Secretaría de Salud elaboró en 1984 para la población abierta del país.

El Seguro Social asumió entonces, a partir de 1983, la responsabilidad de promover la participación comunitaria, con base en la Ley del Seguro Social. Es decir, como contraprestación de los servicios recibidos, con prioridad para las actividades que en forma directa influyen sobre el estado de salud de la población y sobre el mejoramiento del medio familiar y comunitario.

Entre 1983 y 1988, con motivo de la aplicación en el país de la estrategia de descentralización de la vida nacional, los servicios con que el programa atendía a un poco más de 4 millones de habitantes fueron entregados a los gobiernos de 14 estados.

### **Infraestructura y organización**

#### *Infraestructura*

A partir de 1990 el Programa se denominó IMSS-Solidaridad, en congruencia con la filosofía que le dio origen y con los objetivos del Programa Nacional de Solidaridad del gobierno, de lucha contra la extrema pobreza. Actualmente opera una infraestructura de servicios de 3 249 unidades de primer nivel, llamadas “unidades médicas rurales” (UMR), y 54 de segundo nivel, llamados “hospitales rurales S” (HRS), ubicados en 18 estados del país (se incluye un área de un estado descentralizado en 1985). Con esta infraestructura se atiende a 10.5 millones de habitantes del medio rural.

De 1989 a 1991 se construyeron 929 UMR. Con ello la infraestructura aumentó 40 por ciento respecto de la que existía en 1988. Para 1992 se previó la construcción de 45 más de estas unidades y avanzar en la construcción de ocho hospitales que se constituirán en cabezas de región de servicios de salud. Este crecimiento está permitiendo acercar servicios de salud a población pobre dispersa, y estructurar nuevas regiones y zonas de servicios de primer nivel, con hospitales de segundo nivel como apoyo para atender problemas de mayor complejidad.\*

\* Programa IMSS - SOLIDARIDAD. Sistema único de información.

La población que atendida está distribuida en 20 289 localidades, de las cuales 96.25 por ciento tiene menos de 2 500 habitantes, lo que hace evidente el reto que representa operar servicios ubicados en comunidades dispersas con poca densidad de población. En efecto, en 77 por ciento de las localidades las viviendas se encuentran disgregadas.\*

En las entidades federativas donde opera el programa se asienta 64.9 por ciento de la población rural, 68.8 por ciento de los productores de subsistencia e infrasubsistencia y 85.7 por ciento de los 56 grupos étnicos identificados en la República. Por las condiciones económicas prevalecientes, 21 por ciento de la población en edad productiva trabaja fuera de sus comunidades durante períodos variables, lo que dificulta más atender su salud. A partir de 1991 se trabaja en coordinación con el Programa Nacional de Solidaridad y el régimen ordinario del Seguro Social para atender la salud de algunos grupos que migran a áreas del norte del país.

Las condiciones de salud de los habitantes del medio rural disperso están determinadas por sus deficientes condiciones de vida y carencia de satisfactores mínimos de bienestar. Predominan los padecimientos derivados de la falta de servicios públicos básicos, falta de saneamiento y precarias condiciones de vivienda. El analfabetismo asciende entre la población que atiende el programa a 25 por ciento.\*\* Se dan también crecientes procesos migratorios, se mantiene la alta fecundidad y las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio afectan las frágiles condiciones de salud de las mujeres, debilitadas por la desnutrición, la maternidad temprana y la carga de las tareas agrícolas y familiares que desempeñan.

Persisten padecimientos endémicos en algunas zonas, como dengue, paludismo y oncocercosis, y se han hecho presentes las enfermedades crónico-degenerativas y los daños a la salud derivados del alcoholismo, los accidentes y la violencia.\*\*\*

\* Diagnóstico de Salud en las zonas marginadas rurales de México.  
IMSS-COPLAMAR, 1968 (cifras de 1986)

\*\* Programa IMSS-SOLIDARIDAD... Obra citada.

\*\*\* Idem

Las unidades médicas rurales son atendidas por un pasante de medicina en servicio social (último año de la carrera), o un médico cuando no se presentan pasantes, y dos auxiliares de área médica, una que trabaja de lunes a viernes, y otra sábados y domingos. Ambas son de la localidad; en áreas indígenas son bilingües, reciben un curso para capacitarse y mantienen un programa de capacitación continua al igual que el resto del personal. El médico vive en la unidad médica que, en una superficie de 110 m<sup>2</sup> de construcción, tiene los servicios básicos. Las UMR atienden a la población de la localidad sede y de tres más, que se denominan de "acción intensiva", lo que significa una población de entre 2 y 5 mil habitantes. Operan con un cuadro básico de 91 medicamentos para atender la patología más frecuente.

Los hospitales rurales ubicados en localidades de aproximadamente 15 mil habitantes, con servicios públicos básicos y medios de comunicación, atienden a pacientes derivados de las zonas que les corresponden y cubren en promedio la demanda de 12 comunidades cercanas a la sede. Tienen entre 20 y 70 camas, un cuerpo de gobierno, médicos de tercer año de residencia de medicina familiar -que permanecen durante un año- y residentes del último año de cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología, que rotan cuatrimestralmente. También hay pasantes en servicio social de medicina, odontología, enfermería, trabajo social, quimicofarmacobiólogos y dietología, que cambian cada año. Funcionan tres comités técnicos: de infecciones hospitalarias, de mortalidad y de evaluación de la calidad de la atención médica.

El personal de base de los hospitales está formado por auxiliares que son en su mayoría de la localidad y capacitados como polivalentes, a efecto de optimizar el recurso humano. Está adscrito a los hospitales un promotor de acción comunitaria que participa en la capacitación de la población y promueve y asesora las acciones de participación comunitaria en el ámbito de aquéllos. También forma parte de la planta permanente un ingeniero de conservación, responsable de esta área. Los hospitales operan con un cuadro básico de medicamentos adecuado a la patología predominante (212 claves).

Es importante señalar que los hospitales se construyen con una capacidad instalada hasta de 70 camas, las cuales se van autorizando progresivamente de acuerdo con indicadores de demanda. De igual manera, existen

indicadores para el equipamiento básico inicial y para ampliar la plantilla de personal según se vayan autorizando más camas.

De los hospitales, 89 por ciento cuentan con “albergue comunitario” administrado por las promotoras voluntarias para alojar a pacientes y sus familiares provenientes de comunidades distantes. Lo anterior facilita la utilización del recurso hospitalario y contribuye a mantener la tradicional solidaridad de los habitantes rurales.

Por falta de personal médico y con objeto de ampliar la cobertura de servicios a localidades muy dispersas, se ha capacitado con un curso de seis meses a técnicos rurales de salud que habían trabajado como auxiliares de enfermería. También se contrató personal capacitado por el sistema educativo nacional. Por otra parte, en un curso de dos meses se capacita a asistentes rurales; estos últimos actúan en tres localidades cercanas a la sede en actividades de promoción de la salud y medicopreventivas, manejan 12 medicamentos, promueven la participación comunitaria, derivan pacientes a las unidades médicas y reciben una retribución mínima para traslado.

Conviene señalar que para crear nuevos servicios de primero y segundo niveles, casi siempre a solicitud de las comunidades, se hacen estudios para determinar la necesidad de los mismos, su utilidad y funcionalidad. Las comunidades ceden los terrenos (ahora céntricos, antes en las orillas o cerca de los cementerios) y se involucran desde el inicio en el proceso de seleccionar a las auxiliares de área médica, formar el Comité de Salud y Solidaridad, capacitar voluntarios, participar en el diagnóstico de salud local e iniciar acciones de vacunación, saneamiento y, en general, de mejoramiento colectivo. Cuando la unidad médica se inaugura, la comunidad la siente como propia, la cuida y defiende.

Un hecho importante es que la construcción de las unidades actúa como detonador de otras acciones de cambio: introducir el agua, mejorar la escuela, electrificar, etcétera.

Los servicios de primero y segundo niveles descritos están ubicados en lugares donde no hay ningún otro servicio, se están acercando más a la población (acceso) y están disponibles las 24 horas del día, todos los días del año, por zonas (18 unidades médicas rurales forman una zona) y por

región (los hospitales forman cabeza de región; actualmente hay 35 regiones y 180 zonas). La organización descrita contribuye a la derivación de pacientes, la capacitación continua, la supervisión, la asesoría, el abasto, la conservación, la información, la evaluación y el control financiero. Existe también un sistema de radiocomunicación que facilita la asesoría, el apoyo administrativo y la referencia y contrarreferencia de pacientes.

### *Organización*

La estructura del Programa IMSS-Solidaridad está formada por cuatro niveles: central (nacional), delegacional (estatal), zonal y operativo.

El nivel central corresponde a la Coordinación General, que depende de la Dirección General; tiene funciones normativas y de control en el ámbito interno, y de coordinación y concertación en el externo. Agrupa 2 por ciento del total del personal (10 990 trabajadores hasta diciembre de 1991).

A nivel estatal, el delegado del Instituto, representante del Director General, es el responsable de la administración del Programa; el jefe de los Servicios Médicos, quien depende del delegado, supervisa técnica y administrativamente la operación y dirige uno o más equipos multidisciplinarios de supervisión (médico, enfermera, administrador y técnico en acción comunitaria), que a su vez, tienen a su cargo uno o más grupos zonales formados por un médico (asesor auxiliar), un promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente. Este último, además de fungir como chofer, resuelve problemas de mantenimiento de las UMR y asesora al personal y a la comunidad sobre procedimientos sencillos para conservarlas.

Los equipos multidisciplinarios supervisan los hospitales y los grupos zonales; cada uno de éstos, a su vez, supervisa 18 UMR mediante visitas periódicas y reuniones mensuales de capacitación, análisis y solución de problemas operativos, mismas que también sirven para entregar y recibir informes, pago de sueldos, etc. En el nivel zonal y delegacional se encuentra ubicado 15 por ciento del personal del Programa.

El nivel operativo, formado por el personal de las unidades médicas rurales y de los hospitales que se describió antes, representa 83 por ciento del total que trabaja en el Programa. En el mismo sentido, la distribución porcentual del presupuesto por niveles guarda la misma relación: 4 en el nivel central, 20.3 en el delegacional y zonal, y 75.5 se destina a la operación de los servicios de salud.\*

La organización por niveles descrita facilita la toma oportuna de decisiones y se completa con el Comité de Operación, a nivel nacional. Los consejos estatales de vigilancia y los consejos municipales de salud, organismos creados a partir de 1984 cuya finalidad es actuar como órganos de concertación intersectorial (en ellos están representados los diferentes sectores de la administración pública que realizan acciones de desarrollo rural), y de vinculación con organizaciones campesinas e indígenas para fomentar la participación comunitaria y actuar integralmente frente a situaciones que afectan el bienestar de la población (educación, vivienda, saneamiento, programas alimentarios, desarrollo rural, etc.), igualmente vigilan que a través del programa se cumplan las políticas de salud de México.

El esquema organizativo del Programa IMSS-Solidaridad se apoya en la organización y estructura desconcentrada del IMSS, lo que permite operar a un costo factible para el país.

### **Estrategias: el Modelo de Atención Integral a la Salud**

La atención a la salud de la población se sustenta en la concepción de que el proceso salud-enfermedad es multicausal, que debe enfocarse integralmente y que es, en definitiva, la manifestación concreta de la organización social de un país. También surgió de la filosofía de la solidaridad, creada por la seguridad social mexicana (la población retribuye los servicios de acciones de beneficio colectivo), y aplica la estrategia de atención primaria aceptada por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud como el camino para alcanzar la salud para todos en el año 2000.

\* Idem.

El Modelo se caracteriza por la participación de personal multidisciplinario en todos los niveles de la organización, personal en formación, y personal comunitario capacitado; el uso de tecnología simplificada, adecuada al medio; la coordinación de acciones con otros sectores de la administración pública, así como con organizaciones campesinas e indígenas, y el respeto a la cultura, la organización social, las condiciones locales y las prácticas tradicionales (populares) de atender la salud.

La comunidad participa en forma organizada (asambleas, comités de salud y solidaridad) en el análisis y la jerarquización de los riesgos y problemas locales de salud y sus causas (diagnósticos de salud local), mediante un proceso conjunto y continuo de reflexión y diálogo respetuoso para facilitar la toma de decisiones, desde la planeación de acciones de acuerdo con expectativas, posibilidades y recursos locales, para luego actuar sobre las causas y consecuencias de los daños a la salud, y más tarde en la evaluación periódica de procedimientos, compromisos y resultados.

El proceso mencionado, apoyado en servicios médicos con capacidad resolutive, forma parte del enfoque integral a la salud que aplicamos y se completa con un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que se agiliza por medio del sistema de radiocomunicación. Lo anterior ha generado la confianza y aceptación de la población, así como el mejor uso de los servicios. Es decir, que a la accesibilidad geográfica de servicios se suma la funcional y cultural.

La integración y reflexión sobre las bases antes señaladas, en busca del intercambio de experiencias y conocimientos a través del diálogo, han resultado mecanismos adecuados para lograr que la población participe en el autocuidado de su salud y se involucre en actividades individuales y colectivas tendientes a mejorarla. Es en realidad un proceso de educación para la población y para el personal, donde uno aprende del otro a partir de la misma realidad concreta, y avanzan juntos hacia objetivos comunes. Es además un ejercicio de compartir el saber y el poder, de integrar a la vida cotidiana de la población estilos de pensar, sentir y actuar que favorezcan su salud.\*

\* Rodríguez Véliz, M. Investigación Participativa en el Campo de la Salud Pública. En: *La Investigación Participativa en América Latina*. Antología CREFAL, Pátzcuaro Mich., 1983, pp. 289-300.

La organización comunitaria parte de la Asamblea General, constituida por la población de cada localidad que conforme a los patrones culturales locales tiene la facultad de intervenir en reuniones comunales; le corresponde aprobar el plan de trabajo, el programa de actividades derivadas del diagnóstico de su comunidad, y conocer y opinar acerca de las evaluaciones periódicas.

El Comité de Salud y Solidaridad, electo por la Asamblea General, actúa como intermediario entre el equipo de salud y la comunidad, y promueve la formación de promotores sociales voluntarios y su integración a las actividades comunitarias. La labor de los promotores se centra principalmente en contribuir, cada uno, al bienestar de su propia familia y de otras (ahora 18 en promedio). Se capacitan en un curso y promueven otras actividades, como la creación de albergues para los familiares de los pacientes que ingresan a los hospitales, mismos que constituyen ejemplo de administración comunitaria y buen servicio.

Se concede especial importancia a la medicina tradicional, en virtud de que es parte de la cultura e importante recurso para la salud. Se conoce el número de terapeutas tradicionales del ámbito de trabajo (5 269), los padecimientos que diagnostican y los productos herbolarios utilizados con más frecuencia para el tratamiento. El acercamiento con los terapeutas tradicionales y el empleo de aquellos tratamientos empíricos de probada eficacia, documentada en el laboratorio mediante procedimientos científicos, han contribuido a la aceptación de la medicina tradicional, por parte de los médicos.

Desde 1974 se inició en el Instituto la capacitación de partes rurales. A la fecha trabajan en el Programa 5 512; participan activamente en la atención del parto, la detección de embarazos de alto riesgo y actividades de planificación familiar. Su aporte a la atención materno-infantil es cada día más importante.

La concertación con instituciones o sectores de la administración pública que tienen como objetivos contribuir al desarrollo del medio rural y mejorar las condiciones de vida de la población, se realiza en los diferentes niveles de la organización. En las comunidades, los acuerdos se convierten en procedimientos simples de coordinación que llevan a

cabo actividades hacia objetivos comunes.

Un hecho importante de señalar es la autoevaluación anual que se realiza en todos los niveles de la organización, y en la que se relacionan logros con propósitos, utilización de recursos y calidad de las acciones. Se promueve una actitud de crítica constructiva, de reflexión y reconocimiento para que este proceso mantenga su utilidad, no se burocratice, y cumpla propósitos educativos para el personal y para la población. En el análisis se utilizan indicadores adecuados al medio rural que se revisan periódicamente para mejorar la calidad de los procesos y acciones.

### **Logros y limitaciones**

Al inicio, las normas de trabajo del Programa eran similares a las que el Instituto utiliza para el régimen de atención a derechohabientes. El esfuerzo para adecuar la capacitación, supervisión, información y evaluación ha sido considerable. Actualmente el Programa ha logrado un sistema más simplificado de información que permite tener, 20 días después de la captura, la información necesaria para la toma de decisiones en los niveles operativos, y 60 días después en el nivel central. La información sobre padecimientos transmisibles se tiene 48 horas después de la captura.

Es importante señalar que antes de la aplicación de nuevos procedimientos y estrategias se realiza investigación operativa que facilita su introducción.

Actualmente trabajan 11 277 comités de salud, 3 165 asistentes rurales (atienden padecimientos de baja complejidad y promueven la participación comunitaria en 37 por ciento de las localidades cercanas a las unidades médicas), y 70 260 promotores voluntarios, equivalentes a uno por cada 20 familias, comprometidos para mejorar su salud.

Entre 1985 y 1991 se logró un aumento de 100 por ciento en la cobertura de soluciones por vía bucal a niños enfermos de diarrea; lo anterior ha disminuido considerablemente el riesgo de morir por deshidratación, consecuente a enteritis en los niños menores de cinco años. La proporción de tratamientos preventivos para estos fines ha sido paulatinamente mayor a la de los curativos, que concuerda con un descenso en niños

deshidratados de 12 a 4 por ciento, observado durante el período a que estamos haciendo referencia. En 1991, 96 por ciento de los niños recuperaron su estado normal de hidratación sin medidas terapéuticas adicionales.

Para 1991 el porcentaje de familias que participaron en el uso y manejo del agua para consumo humano, disposición sanitaria de excreta, eliminación de basura y control de fauna nociva y transmisora fue de 59.8, 44.49, 65.10 y 55, respectivamente. Lo anterior, sumado al aumento de tratamientos antiparasitarios, ha contribuido al descenso de las infecciones con puerta de entrada por vía digestiva, especialmente las enteritis y las parasitosis.

La cobertura en la valoración anual del estado nutricional de menores de cinco años aumentó, de 1985 a 1991, de 64.6 a 92 por ciento. Igualmente, la cobertura de madres capacitadas sobre el mejor aprovechamiento de alimentos locales en la dieta familiar para 1991 fue de 25 por ciento. En ese año se sembraron 241 514 huertos familiares, algunos con técnicas biointensivas de alto rendimiento, y se establecieron 244 701 granjas de especies menores.

Las acciones descritas, aunadas al manejo hospitalario de los casos de desnutrición grave, permitieron que, en promedio, la cuarta parte de los niños, identificados cada año, de 1985 a 1991, se recuperaran.

La atención obstétrica por parteras capacitadas y en las unidades médicas ha aumentado gradualmente, debido a diferentes estrategias aplicadas en la capacitación e interrelación con parteras rurales; de esta manera, el número de partos atendidos con relación a los embarazos esperados fue de 39 por ciento en 1985 y de 48 por ciento en 1991, y para el mismo año la cobertura de atención prenatal de primera vez fue de 36 por ciento, en relación con los embarazos esperados (en 1985 no se registraba esta información).

Es aún insuficiente la cobertura en atención materno-infantil. Estamos empeñados en mejorar nuestras estrategias de acercamiento a las mujeres para que disminuyan sus riesgos reproductivos; por ello, en forma experimental, se está aplicando la estrategia de albergues para embarazadas en un área donde predominan grupos étnicos y existen

problemas de accesibilidad geográfica. Se pretende disminuir la mortalidad materna y perinatal mediante la estrategia mencionada, con mejora de la calidad de la atención y de la accesibilidad cultural al cuidado prenatal y al parto limpio.

Para 1991, la cobertura de usuarias activas de métodos de planificación familiar fue de 23 por ciento en relación con las mujeres en edad fecunda, y aumenta lentamente la utilización de métodos de más continuidad. A este aspecto también debe dedicarse más esfuerzo.

La frecuencia de padecimientos prevenibles por vacunación fue muy baja en el periodo 1985-1991 y con tendencia al descenso o a la erradicación, como ocurre con la poliomielitis, padecimiento del que sólo se registró un caso de 1986 a 1991.

Resulta importante destacar este hecho si se toma en cuenta la dispersión de la población, así como sus precarias condiciones de vida y procesos migratorios. El Programa se comprometió a que todos los niños menores de cinco años de su universo de trabajo tuvieran esquemas completos de vacunación para fines de 1992.

Debido a la participación de los promotores voluntarios se intensificó la detección de tosedores crónicos y de enfermos febriles en áreas endémicas de paludismo, lo que permitió diagnosticar y tratar oportunamente a enfermos de tuberculosis pulmonar y paludismo, con el consiguiente descenso en la frecuencia de ambos padecimientos.

En el campo del saneamiento se ha avanzado del registro de acciones a su relación con la utilización de las obras, para luego establecer el porcentaje de familias del universo de trabajo que han logrado productos terminales en alguna de las actividades básicas (agua para consumo, disposición sanitaria de excreta y basura, control de fauna nociva y producción de alimentos con tecnología simplificada).

El aprendizaje y el cambio se están produciendo, entre otros factores, porque se basan en una relación respetuosa del personal con la población; porque el conocimiento que se comparte tiene significado para la comunidad, es concreto, cotidiano, vinculado a su vida y le sirve; los compromisos son factibles de cumplir, no tienen un alto costo social y

financiero, y son compartidos, y básicamente porque los resultados son tangibles y producen beneficios. La participación tiene sentido porque el individuo es al mismo tiempo sujeto y objeto del proceso.

Algunos factores que demandan especial atención para el logro de los objetivos del programa son los siguientes: aún no se tiene una adecuada cobertura de atención materno-infantil; es necesario simplificar más los procedimientos administrativos para que el personal operativo dedique mayor tiempo a su labor sustantiva, a consolidar el diálogo reflexivo y crítico con la población, para que su espontánea solidaridad genere formas de autogestión organizada que contribuyan a alcanzar las metas de salud y justicia social.

La presencia de personal en formación, aun cuando es un acierto financiero, requiere un gran esfuerzo de capacitación para mantener la continuidad de las acciones. Cada día disminuye el número de pasantes de medicina que van a las unidades de primer nivel, lo que aumenta los costos de operación. La formación en las universidades aún no sensibiliza a los profesionales de la salud (biomédicos y sociales) para ir al campo a aplicar sus conocimientos en esa realidad. También se requiere un gran esfuerzo para mantener actualizado e interesado al personal de base, a efecto de que no se rutinice.

El involucramiento de la comunidad y su participación se ven afectados por procesos migratorios internos, por esquemas tradicionales de actuar, pensar y sentir frente a los programas verticales y el ancestral paternalismo de nuestros sistemas. México es, además, un país con gran diversidad geográfica, cultural y económica, con grupos de población dispersa sin atención y con diferentes "estilos" de respuesta a sus necesidades de salud.

Desde luego, el cambio en el panorama epidemiológico de los pobres que atiende el Programa IMSS-Solidaridad y de los pobres de México requiere -además de servicios de salud accesibles, disponibles, eficientes y con estrategias de trabajo que amplíen la cobertura y hagan real la equidad- de la aplicación efectiva de las medidas de política económica que generen actividades productivas para todos los mexicanos.

## 2.5 Esquemas de Incorporación

### **Generalidades:**

El acceso de la población tanto del ámbito urbano como rural a los beneficios de la seguridad social, se sustenta en dos sistemas debidamente precisados en el artículo sexto de la Ley del Seguro Social.

I. El régimen obligatorio y

II. El régimen voluntario.

El primero viene a significarse como el mecanismo de incorporación natural de la población económicamente activa a la seguridad social, mismo que a la vez representa el instrumento básico en la cobertura de protección. Los sujetos de aseguramiento agrupados en este régimen se ubican dentro del contexto económico nacional en actividades como la industria, el comercio, los servicios, el campo y en las sociedades cooperativas, comunales, obreras y campesinas.

De conformidad con lo que establecen los artículos 12 y 13 de la Ley, son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio del Seguro Social:

Las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón.

Los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas.

Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola.

Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados.

Los ejidatarios y comuneros organizados para aprovechamientos forestales, industriales o comerciales o en razón de fideicomisos.

Los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios que, para la explotación de cualquier tipo de recursos, estén sujetos a contratos de asociación, producción, financiamiento y otro género similar a los anteriores.

Los pequeños propietarios con más de veinte hectáreas de riego o su equivalente en otra clase de tierra, aún cuando no estén organizados crediticiamente.

Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios no comprendidos en las fracciones anteriores.

Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, cuando no estén ya asegurados en los términos de la Ley.

Por su parte el régimen voluntario consigna dos modalidades para acceder a los servicios de la seguridad social:

- Seguro Facultativo: Se contrata individual o colectivamente para recibir prestaciones en especie del ramo del seguro de enfermedades y maternidad a familiares del asegurado no protegidos por la Ley del Seguro Social o bien para personas no comprendidas en el régimen obligatorio.
- Seguro adicional: Se contrata para satisfacer prestaciones económicas superiores a las establecidas en el régimen obligatorio y pactadas entre sindicato y empresa.

### **Extensión del Régimen**

La extensión de la seguridad social se encuentra establecida en la propia ley de la materia, que dispone entre otras acciones, extender la cobertura e iniciar servicios, conforme lo permitan las particulares condiciones económicas y sociales. Lo anterior permite el desarrollo natural del

campo de aplicación de la Ley en toda su dimensión, a través de la ampliación de los servicios para sujetos no incorporados.

Ha sido mediante la búsqueda de nuevas fórmulas que se rebasó el sistema tradicional de proteger únicamente a los trabajadores con capacidad económica suficiente para costear integralmente los servicios, llevando de esta manera los beneficios a nuevos grupos, permitiendo con ello dar un nuevo impulso a la extensión del régimen tanto urbano como rural, vía la constitución de los esquemas modificados, diseñados para sujetos con capacidad o necesidades parciales en materia de aseguramiento y prestaciones.

### **Mecanismos de Extensión del Régimen**

El incremento de población en el régimen del Seguro Social se obtiene, en adición a la incorporación obligatoria, mediante tres mecanismos: la extensión territorial, la incorporación por decreto del Ejecutivo Federal y la incorporación voluntaria al régimen obligatorio.

Para que estos mecanismos entren en acción se necesita que los sujetos en proceso de aseguramiento cumplan con una serie de requisitos previstos en la Ley del Seguro Social, así como en los reglamentos de la misma y en los acuerdos del H. Consejo Técnico del IMSS.

La extensión territorial se basa en el señalamiento del artículo 14 de la Ley del Seguro Social, que implanta el régimen obligatorio en toda la República, con las salvedades que la propia Ley determina, y en el que se faculta al IMSS para extender el régimen e iniciar servicios en los municipios en que aún no opere, de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de las diferentes regiones.

La incorporación por decreto ofrece la posibilidad de que el Ejecutivo Federal haga obligatorio el aseguramiento de sujetos previstos, por sus características, en la Ley del Seguro Social, así como que determine nuevas modalidades en los esquemas de protección o en el pago de cuotas.

Entre los requisitos previos para la expedición de un decreto de

incorporación se considera la conformidad mayoritaria de los miembros del grupo por incorporar, el cual, a su vez, deberá contar con un grado de organización que permita el control administrativo indispensable. Asimismo el grupo deberá tener la suficiente capacidad económica para hacer frente a las obligaciones de pago de cuotas. Igualmente se requiere de la conformidad de las empresas o instituciones involucradas en el aseguramiento, así como de la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, como portadora de la cotización correspondiente al gobierno federal.

La incorporación voluntaria al régimen obligatorio está prevista para grupos con determinadas características, entre las que destacan contar con cierto grado de organización, en el caso de los no asalariados, así como con capacidad para financiar sus cotizaciones.

Este tipo de incorporación requiere de un estudio específico para cada grupo con el fin de que el H. Consejo Técnico esté en posibilidad de autorizar la celebración de un convenio cuyas partes sean el Instituto y los representantes legales de los sujetos de aseguramiento. En este caso se encuentran los trabajadores en industrias familiares, los independientes y los productores agrícolas no comprendidos en la fracción III del artículo 12 de la Ley, los trabajadores al servicio de entidades federales, estatales, municipales, o de organismos descentralizados no comprendidos en otras leyes o decretos de seguridad social, y personas que residan en municipios no incorporados al régimen obligatorio. En otros casos, como el de los trabajadores domésticos, no es necesario firmar convenio alguno.

### **Desarrollo de la Cobertura Institucional**

A lo largo de 50 años de operación del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha consolidado su presencia en el contexto nacional, como un instrumento básico de la política social, para ello ha sido determinante la ampliación permanente de su cobertura, concomitante a la evolución socioeconómica del país.

En el año de 1944 en que se iniciaron los servicios el Instituto atendía a 355 mil derechohabientes, que representaban el 1.8% de la población

total del país. A junio de 1993, la cifra de derechohabientes ascendió a 37'401,958, a los cuales corresponde adicionar 10 millones de solidariohabientes, para llegar a una cobertura total de 47'401,958 personas que representan más del 54% de la población nacional, lo cual quiere decir que el crecimiento institucional medido por ampliación de cobertura, ha sido superior al del crecimiento poblacional y de la PEA.

### 2.6 Incorporación de Estudiantes del Nivel Medio Superior

Como ya se señaló en el capítulo anterior, uno de los mecanismos de incorporación al Régimen del Seguro Social se lleva a cabo mediante la expedición de un decreto del Ejecutivo Federal. Es en este marco en el que se inscribe la incorporación al Seguro Social de los estudiantes de nivel medio superior y superior.

Para efectos de esta incorporación, se definió como sujeto de aseguramiento a la persona que atiende a los cursos lectivos correspondientes, ya sea en forma escolarizada o abierta y cuya inscripción haya sido debidamente validada por la institución educativa de que se trate, conforme a las normas que rijan el funcionamiento escolar respectivo o que estén prestando su servicio social debidamente autorizado por la propia institución.

### 2.7 Ambito Internacional

Las relaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en el ámbito internacional, se encuentran formalmente reguladas desde el año de 1960, fecha en que por Acuerdo Presidencial se dispuso que su Director General tendría la representación de la seguridad social nacional en las relaciones internacionales.

Las actividades del IMSS en materia internacional, abarcan tanto los aspectos bilaterales como multilaterales.

### **Bilaterales**

El IMSS ha venido promoviendo el establecimiento de relaciones interinstitucionales con organismos de seguridad social o afines a ella, principalmente del Continente Americano, en la mayoría de los casos a través de convenios o acuerdos interinstitucionales, contribuyendo a la vigencia del principio de internacionalización y solidaridad social. A través de estos instrumentos internacionales se lleva a cabo un sinnúmero de proyectos de cooperación que comprenden asistencia técnica, atención médica, capacitación de personal, así como intercambio cultural e informativo.

El IMSS participa en forma activa en las reuniones de la Comisión Mixta de Cooperación Científico-Técnica, así como Culturales y Educativas, que lleva a cabo la Secretaría de Relaciones Exteriores, presentando o aceptando, según sea el caso, propuestas relacionadas con aspectos de seguridad social.

### **Multilaterales**

El IMSS mantiene relaciones, con organismos internacionales propios de seguridad social, como la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), de las cuales es miembro, así como con diversos organismos internacionales no especializados en la materia, tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) constituida en Santiago de Chile en el año de 1942 tiene en México la sede de dos de sus órganos y tiene como presidente al Licenciado Genaro Borrego Estrada, director general del Instituto Mexicano del Seguro Social; la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS), órgano que instrumenta y da seguimiento a los mandatos establecidos por los países miembros en las reuniones de Asamblea General y el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano especializado de la Conferencia en la formación y capacitación de los recursos humanos para la seguridad social de la región.

**ANEXOS.** Con objeto de presentar un panorama global y general de la dimensión y complejidad del IMSS, se adjuntan los siguientes cuadros:

### **PANORAMA HISTORICO - LEGISLATIVO**

1. Variables determinantes de la Organización del IMSS 1946-1993
2. Leyes, seguros, cobertura, fondos y condiciones de elegibilidad del IMSS.
3. Total de derechohabientes en el país
4. Total de asegurados permanentes por modalidad de aseguramiento en el país

### **PRESTACIONES SOCIALES**

5. Centros de Prestaciones Sociales 1965-1992
6. Total de guarderías por tipo y Delegación, 1992
7. Guarderías en servicio y niños inscritos, 1992

### **PROGRAMA IMSS - SOLIDARIDAD**

8. Población y servicios médicos otorgados, 1987-1992
9. Población adscrita en hospitales y unidades médicas rurales, por Delegación, 1987-1992.
10. Municipios con servicios, por Delegación 1987-1992
11. Recursos físicos y materiales, 1987-1992

## **MEDICINA PREVENTIVA**

**12. Principales actividades de medicina preventiva, 1983-1992.  
Incluye seguridad social y el Programa IMSS-Solidaridad**

**13. Dosis de productos biológicos aplicados por Delegación, 1983-  
1992. Incluye seguridad social y el Programa IMSS-Solidaridad**

Anexos pp. 207-220

América Latina, Informe 1991, BID.

I. Rehabilitación no hospitalaria y promoción de la salud en el D.F.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO  
ISSSTE**

### 3.1 Orígenes del ISSSTE

Las raíces históricas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se remontan formalmente al 12 de agosto de 1925 con la promulgación de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual crea a su vez la Dirección del mismo nombre, y representa el antecedente inmediato del ISSSTE. Este acontecimiento constituye un avance notable en materia de previsión social, puesto que marca con su promulgación el primer esfuerzo de aplicación concreta de postulados, ideas, teorías e inquietudes dispersas a lo largo de décadas del México revolucionario.

El principio de funcionamiento de la **Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro** era muy sencillo: convertir a las pensiones de los trabajadores del Estado en universales, obligatorias y equitativas. Para lograr dicho objetivo se inició la creación y administración de un fondo de pensiones generado a partir de la ayuda del propio Estado y las aportaciones del trabajador durante el tiempo que prestara sus servicios. Incluso se estableció que el excedente de dicho fondo se utilizara para el otorgamiento de préstamos a corto plazo y para la adquisición de terrenos o casas para los trabajadores.

Así, en sus orígenes, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro operó como institución de seguros, ahorro y crédito. Las pensiones que en esa época se otorgaban eran por vejez, inhabilitación, muerte o retiro a los 65 años y después de 15 de servicio.

En 1938, el 1º de noviembre surge la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado, que en ese mismo año promulga su Estatuto Jurídico. El aspecto más relevante de este documento es que por primera vez se da a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia, garantizándoles la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

Hacia el año de 1947, la Ley de Pensiones sufre reformas significativas, tendientes a extender la gama de prestaciones, mejorar la calidad de las ya existentes e incorporar al régimen de la seguridad social a un mayor número de trabajadores y organismos públicos.

Esta nueva Ley transforma a la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro en un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, y se establece que la edad para recibir las pensiones fuera de 55 años, con un mínimo de 15 de servicio. También se amplían los seguros de vejez, invalidez, muerte, orfandad y viudez, así como el aumento a los montos para préstamos hipotecarios.

Se autorizó, a partir de esta Ley, que parte de los fondos de pensiones se canalizara para la construcción de colonias burocráticas dentro y fuera del D.F. Ejemplos de este tipo de construcciones son las unidades habitacionales -multifamiliares- "Presidente Juárez" con 984 departamentos y "Centro Urbano Presidente Alemán" con 1080 departamentos; este último fue inaugurado en el año de 1949.

En lo que se refiere a los servicios médicos, se amparó por primera vez a los trabajadores al servicio del Estado cubriendo únicamente accidentes laborales. Este servicio durante los primeros años se subrogó a hospitales particulares.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del Artículo 123 Constitucional, en donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) había planteado para los servidores públicos.

En el mismo año, con motivo del XXI aniversario de la expedición del Estatuto Jurídico de la (FSTSE) se efectuó una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes, en donde el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley que daba origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Discutida y aprobada dicha Ley, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó en el ISSSTE en 1960.

Las palabras con que se refirió a la naciente Ley el entonces Presidente de la República, no dejan lugar a duda acerca de la relevancia que tenía la creación del ISSSTE:

"la única forma de lograr una eficaz protección social es establecer obligatoriamente la inclusión de todos los servidores públicos en los beneficios de la Ley, pues de otra manera no se protegería a los grupos

económicamente más débiles y que más requieren de los servicios que se implantan. En estas condiciones puedo afirmar que queda la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como una de las más favorables y tutelares en el mundo”.

Por primera vez se concreta, en la Ley del ISSSTE una visión integral de la seguridad social, que cubre tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, haciéndose extensivo el beneficio a los familiares de los trabajadores.

El patrimonio del Instituto se integró principalmente con las propiedades, posesiones, derechos y obligaciones que formaban parte de la **Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro**, así como con sus fuentes de financiamiento.

En 1960, el ISSSTE amparaba a 129 mil 512 trabajadores, 11 mil 912 pensionistas y a 346 mil 318 familiares; es decir a un total de 487 mil 742 derechohabientes.

La organización interna del Instituto en aquel entonces se conformó con dos órganos de gobierno: la Junta Directiva (con participación del Estado y de la FSTSE) y la Dirección General, de la cual dependían tres subdirecciones:

- 1) La Subdirección de Servicios Médicos.
- 2) La Subdirección de Pensiones y Préstamos.
- 3) La Subdirección Administrativa.

Contaba además con seis asesorías técnicas, configuradas como departamentos, que auxiliaban a la Dirección General en sus funciones:

- 1) El Departamento de Servicios Sociales.
- 2) El Departamento Jurídico.
- 3) El Departamento de Arquitectura y Planeación.
- 4) La Caja General.
- 5) La Auditoría Interna.
- 6) La Auditoría General

En el renglón de atención a la salud se ampliaron los beneficios; ahora

se cubrían los seguros de enfermedades no profesionales y de maternidad, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como la readaptación de inválidos.

Durante los primeros años de operación de los servicios médicos, se disponía de una infraestructura mínima e insuficiente para el otorgamiento de los seguros y prestaciones que por Ley merecía la creciente población derechohabiente, lo que dio lugar a la adquisición de unidades hospitalarias y edificación de clínicas propias.

La evolución institucional fue substituyendo paulatinamente las unidades subrogadas por unidades propias, principalmente en aquellas poblaciones donde era prioritario hacerlo, determinando como umbrales la existencia de una población de 1,500 entre la población derechohabiente y la capacidad física instalada, de forma tradicional el Modelo Médico Institucional se orientó hacia adecuar sus servicios a los daños a la salud que presentaba la población a su cargo y a la optimización de recursos que abatieran desigualdad, insuficiencia y disparidad.

Para desempeñar dichas funciones, el Instituto inició la adquisición de unidades hospitalarias privadas, mismas que, aunque contribuyeron a satisfacer la demanda inicial de servicios, requirieron desde el principio numerosas adaptaciones o ampliaciones.

De esta forma, en agosto de 1960, el ISSSTE comenzó la construcción de las tres primeras clínicas en el D. F., así como la compra del centro hospitalario "20 de Noviembre", con capacidad de 600 camas. El inicio de su operación, significó la introducción de la estrategia a nivel nacional, de utilizar unidades hospitalarias propias para proporcionar atención médica integral, homogénea y oportuna, en los lugares más cercanos a la residencia de los derechohabientes.

Este nosocomio cubrió las necesidades de hospitalización y urgencias que antes se subrogaban. Además, se empezaron a incorporar algunas unidades médicas provenientes de diversas dependencias centrales, como las que operaban la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Sindicato del Magisterio y el Sistema SCOP (Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas).

El funcionamiento de este centro hospitalario constituye la unidad más importante del sistema institucional de servicios de atención médica y funge como unidad de concentración nacional.

Durante el período comprendido de 1960 a 1962, se lleva a cabo la incorporación al régimen del ISSSTE, de las Secretarías de Estado y algunos organismos descentralizados, tanto en el Distrito Federal como en el interior de la República, lo que determina la creación de los servicios médicos foráneos.

El ISSSTE integró bajo la denominación Servicios Sociales un conjunto de prestaciones que se caracterizaban por apoyar socialmente al asegurado y su familia, básicamente a través de la atención a niños en guarderías, renta y venta de departamentos multifamiliares, prestación de servicios funerarios y apoyo en general a la economía familiar.

Así, en 1960 había 3 guarderías (hoy Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil), en ellas se atendía a un total de 465 niños. Se contaba además con una tienda, ubicada en el Distrito Federal. En 1967, el Instituto puso en servicio el primer velatorio también en el D.F.

La integración formal de una política de vivienda del Instituto se inició en 1972 con la creación del Fondo de la Vivienda (FOVISSSTE). El objetivo de este organismo fue, y continúa siendo, establecer y operar un sistema de financiamiento para los trabajadores al servicio del Estado, con el fin de otorgarles créditos a tasas preferenciales que les permitan tener acceso a una vivienda digna.

El 1984 se transforma una vez más la Ley del ISSSTE: ampliando la cobertura de prestaciones y servicios que recibían los trabajadores y sus familiares derechohabientes, elevándose así de 14 a 20 los beneficios que otorga la Ley del Instituto, norma que regula y define los derechos, deberes y obligaciones del Instituto con sus derechohabientes y trabajadores.

La Ley del ISSSTE se ha ido transformando con el paso del tiempo. La reforma a la Ley llevada a cabo en 1986 incluye las prestaciones sociales en su artículo tercero, donde se establecen con carácter obligatorio los servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del

servidor público y sus familiares derechohabientes; los servicios turísticos; las promociones culturales y de preparación técnica, y el fomento deportivo, de recreación y servicios funerarios

La junta directiva del ISSSTE, aprobó el Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y el Desarrollo Infantil; comprende el cuidado del niño dentro de un horario específico, y la prestación de servicios preventivos de salud, alimentación, educación, y recreación, orientados a favorecer su formación integral y armónica desde los dos meses un día de nacido hasta la fecha en que cumpla seis años de edad, mediante sus estancias de bienestar y desarrollo infantil.

Esto ha sido posible gracias al proceso de desconcentración de actividades que lleva a cabo el Instituto a través de sus 31 Delegaciones Estatales y 4 Delegaciones Regionales en el Distrito Federal, lo cual ha redundado en beneficio de los trabajadores y familiares derechohabientes radicados en las entidades federativas reduciendo significativamente los trámites administrativos para la solicitud y obtención de los beneficios establecidos por la Ley del ISSSTE.

En apoyo a la economía de la población pensionaria, el H. Congreso de la Unión aprobó a partir del 1º de agosto de 1992 la modificación al artículo 25 de la Ley del ISSSTE, con objeto de exentar a los pensionistas del pago de la cuota de servicio médico.

En enero de 1993 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se adiciona a dicha Ley, la prestación del sistema de Ahorro para el retiro (S.A.R.) para los trabajadores al servicio del Estado.

### 3.2 Cobertura, Organización y Funcionamiento del ISSSTE

El objetivo primordial del ISSSTE a través de la acción institucional consiste en lograr el bienestar integral de 8.5 millones de mexicanos. Esta cifra, que corresponde al total de la población derechohabiente atendida por el Instituto -según datos a febrero de 1992- está conformada porcentualmente por tres grupos: trabajadores al servicio del Estado (21.4%), pensionados (2.6%) y, finalmente, los familiares de unos y otros (76%).

Por lo que hace a la distribución geográfica, 32% radica en el Distrito Federal y 68% en el resto de las entidades federativas.

Como su Ley establece, el ISSSTE es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Las prestaciones que otorga el ISSSTE son:

- . Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.
- . Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- . Servicios de reeducación y readaptación a inválidos.
- . Servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de su familia.
- . Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que active las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia.
- . Créditos para la adquisición de casas o terrenos para la construcción de la misma, destinadas a la habitación familiar del trabajador.
- . Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto.
- . Préstamos Hipotecarios.
- . Préstamos a corto plazo.
- . Jubilaciones.
- . Seguros de vejez, de invalidez, y por causa de muerte.
- . Indemnizaciones globales.
- . Sistema de Ahorro para el Retiro

El ISSSTE protege a los siguientes grupos:

- a) Los trabajadores al servicio civil de la Federación y del Departamento del Distrito Federal.
- b) Los trabajadores de los organismos públicos, que por ley o por acuerdo del ejecutivo federal, sean incorporados a su régimen.
- c) Los pensionistas de las entidades y organismos públicos, a que se refieren las fracciones anteriores.

- d) Los familiares y derechohabientes tanto de los trabajadores como de los pensionistas mencionados.
- e) Las entidades y organismos públicos que la propia ley señala.

Los recursos financieros del ISSSTE se derivan de las cuotas y aportaciones de los trabajadores al Servicio del Estado y del Gobierno Federal; correspondiendo al trabajador contribuir con un 8% del sueldo básico de cotización que disfrute. Dicha cuota se aplica en la siguiente forma: 2.75% para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental; 0.50% para cubrir las prestaciones relativas a préstamos a mediano y corto plazo; 0.50% para cubrir los servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil, integrales de retiro a jubilados y pensionistas, servicios turísticos, promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y de recreación y servicios funerarios; 3.50% para el pago de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales, así como para integrar las reservas correspondientes; el porcentaje restante se aplicará para cubrir los gastos generales de administración del Instituto exceptuando los correspondientes al Fondo de la Vivienda.

Por otro lado contribuyen las entidades y organismos públicos con un 17.75% sobre el sueldo básico de los trabajadores, distribuyéndose en la siguiente forma:

- a) El 6.75% para cubrir el seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
- b) El 0.25% para cubrir íntegramente el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- c) El 0.50% para cubrir las prestaciones relativas a préstamos a mediano y corto plazo.
- d) El 3.50% para el pago de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales, así como para integrar las reservas correspondientes.

- e) 5.00% para constituir el Fondo de la Vivienda
- f) El porcentaje restante se aplicará para cubrir los gastos generales de administración del Instituto.

El Programa Institucional 1989-1994 ratifica en la práctica el propósito general del ISSSTE de fortalecer la salud y seguridad social de los servidores públicos y sus familias, a través del otorgamiento eficiente, oportuno y equitativo de los servicios, seguros y prestaciones de mayor incidencia en el bienestar de los derechohabientes, respondiendo de esta forma a los legítimos reclamos y la satisfacción de los derechos que corresponden a los trabajadores al servicio del Estado en materia de seguridad social.

De conformidad con el propósito institucional, son tres los objetivos generales que el Instituto se ha propuesto alcanzar en el mediano plazo, así como los lineamientos generales que orientan las acciones de la presente gestión administrativa:

Asegurar el otorgamiento y la cobertura de las prestaciones básicas, procurando una atención médica adecuadamente estructurada por niveles, la garantía de pensiones, la ampliación de créditos personales y de vivienda, así como del servicio de estancias de bienestar infantil y una mayor protección al ingreso de los trabajadores.

Aumentar la calidad, oportunidad y calidez de los servicios, con apoyo en una mayor eficiencia administrativa, así como en criterios de simplificación y transferencia para su otorgamiento.

Promover que los beneficios se distribuyan de manera más equitativa entre los diversos grupos, y se otorguen con una creciente homogeneidad a nivel regional.

### **Estructura Orgánica**

A continuación se hará una breve descripción de los órganos de gobierno del Instituto, los cuales, además del Director General, designado por el Presidente de la República, están conformados por la Junta Directiva, la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda y la Comisión de Vigilancia.

Igualmente se describirán las funciones y objetivos generales de las áreas de regulación y apoyo, las cuales complementan la estructura del ISSSTE.

### **Organos de Gobierno.**

#### Junta Directiva.

Encabezando su estructura organizacional, el ISSSTE cuenta con Organos de Gobierno como la Junta Directiva, que se compone de los titulares de las siguientes Secretarías de Estado.

- . Hacienda y Crédito Público.
- . Salud.
- . Desarrollo Social (SEDESOL).
- . Trabajo y Previsión Social.

Además forman parte de la Junta Directiva, el propio Director General del Instituto y 5 representantes designados por la Federación de Sindicatos de los Trabajadores del Servicio de Estado.

Dentro de las diversas funciones que tiene a su cargo la Junta Directiva, encontramos:

- Planear las operaciones y servicios del Instituto. Examinar para su aprobación y modificación el Programa Institucional y los programas operativos anuales, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Planeación, así como los estados financieros del Instituto.
- Decidir las inversiones del Instituto y determinar las reservas actuariales y financieras que deban constituirse para asegurar el otorgamiento de las prestaciones y servicios, así como también

para la operación del Fondo de la Vivienda.

- Conocer y aprobar, en su caso, durante el primer bimestre del año, el informe pormenorizado del estado que guarde la administración del Instituto.

#### Comisión de Vigilancia.

Por su parte, la Comisión de Vigilancia se compone de:

- . Un representante de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación.
- . Uno de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- . Tres representantes de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado.
- . Uno del propio Instituto designado por el Director General, que actúa como Secretario Técnico.

Asimismo, cuenta con el apoyo del Contralor General del Organismo.

La Comisión de Vigilancia tiene como atribuciones vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentos aplicables al Instituto, así como cuidar que las inversiones y recursos se destinen a los fines previstos en los presupuestos y programas aprobados.

Con base en información proporcionada por los subdirectores generales, y en análisis que desarrolla la propia Comisión de Vigilancia, ésta proporciona a la Junta Directiva o al Director General, según el caso, recomendaciones de política y medidas para elevar la eficiencia operativa, así como la calidad y oportunidad de los servicios y prestaciones que otorga el ISSSTE.

#### Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda.

La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda está integrada por miembros, o vocales, de los cuales uno es designado por la Junta Directiva, a propuesta del Director del Instituto. Los otros son nombrados por las Secretarías de:

- . Hacienda y Crédito Público.
- . Trabajo y Previsión Social y
- . Desarrollo Social (SEDESOL)

Los restantes son propuestos por la FSTSE.

La Comisión Ejecutiva tiene como función examinar los presupuestos de ingresos y egresos, los planes de labores y estados financieros para aprobarlos y presentarlos ante la Junta Directiva, así como el informe de labores presentado por el Vocal de la Comisión.

### 3.3 Modelo Médico Asistencial

#### **Estadísticas recientes y perspectivas**

El Modelo Médico Asistencial del ISSSTE, se estructura actualmente en un sistema regionalizado y escalonado por niveles de atención y complejidad, lo que permite la articulación de la red de unidades en favor de la continuidad asistencial. Dicho modelo se conforma de los tres niveles asistenciales planteados por la Organización Mundial de la Salud.

En el primer nivel, se concentran servicios básicos de medicina general y familiar, en éste se cuenta con 1,188 unidades médicas, cuya isócrona es menos de una hora y se encuentran distribuidas en 5 tipos de unidades operativas.

1. Consultorio Auxiliar.
2. Unidades de Medicina Familiar, A, B, C, D y E.
3. Unidades de Medicina Familiar con Módulo Resolutivo.
4. Clínicas de Medicina Familiar de los Estados.

## 5. Clínicas de Medicina Familiar en el Area Metropolitana.

El segundo nivel de atención incluye unidades con un tiempo de traslado menor a dos horas, donde se realizan acciones de medicina general, familiar, odontología, hospitalización en las cuatro especialidades básicas más un promedio de 13 a 16 especialidades anexas, este nivel opera con 3 tipos de unidades:

1. Hospitales Generales.
2. Clínicas Hospitalares.
3. Unidades Especiales.  
(Neuropsiquiatría, Odontología, Clínicas de Multiespecialidad).

El tercer nivel de atención, posee un tiempo de traslado máximo de cuatro horas, en éste se integran los once hospitales regionales del Instituto a nivel nacional con un catálogo superior a 25 especialidades, desarrolladas en distintos grados en cada una de estas unidades. En este nivel, se incluye la unidad de alta especialidad de concentración nacional "Centro Hospitalario 20 de Noviembre", donde, entre otros procedimientos de gran resolución se incluyen: el trasplante renal, la cirugía de mano, la unidad de quemados, el tratamiento de radioterapia a través de la Bomba de Cobalto, el acelerar lineal, cirugía estereotáxica y como una importante experiencia institucional la "cirugía de corazón".

En cuanto al esquema de regionalización, el programa vigente desde 1991, plantea ocho regiones geográficas y funcionalmente delimitadas, en un intento de lograr el autocontenido y la suficiencia resolutiva. Es importante señalar que con la finalidad de lograr la verdadera optimización y racionalidad de los recursos existentes, se ha dado mayor preponderancia a la regionalización funcional, que a la accesibilidad geográfica.

### Recursos.

De forma general, los recursos institucionales - de acuerdo al anuario estadístico de 1992 - en contacto con el derechohabiente, se constituyen por: 52,653 trabajadores, de los cuales 14,559 (28%) son médicos,

por: 52,653 trabajadores, de los cuales 14,559 (28%) son médicos, 17,515 (33%) es personal de enfermería y el restante 20,597 (39%) incluye técnicos administrativos y personal de servicios generales.

En cuanto a la capacidad física instalada básica, existen:

3,607	Consultorios
6,550	Camas censables
2,252	Camas de tránsito
238	Quirófanos
116	Salas de Expulsión
561	Peines de Laboratorio
351	Equipos de RX

Estos recursos, le otorgan a la institución una capacidad de cobertura por arriba de los índices recomendados en cuanto a consultorios por derechohabientes, porcentaje de camas de tránsito, quirófanos, salas de expulsión y equipos de rayos X y cercana al indicador en cuanto a camas censables. A continuación se describen estos índices.

CONCEPTO	1992	RECOMENDADOS
CONSULTORIOS DE 1er. NIVEL	1X 5,183 DH	1X 4,000 DH.
CAMAS CENSABLES	.762 X 1,000 DH	.850 X 1,000 DH.
CAMAS TRANSITO CENSABLES	34 % C CENSABLES	20% C CENSABLES
QUIROFANOS	136,118 DH	1 X 50,000 DH.
SALAS DE EXPULSION	1 X 56 CENSABLES	1X75 C CENSABLES
LABORATORIOS (PEINES)	1 X 15, 323 DH	1 X 4,500 DH.
RAYO X (EQUIPOS)	1 X 24,490 DH	1X40,000 DH.

Fuente: Agenda estadística, ISSSTE 1992.

Así para 1993, del total del presupuesto institucional, el asignado para el gasto de salud es de 28%; de este total, 14.3% se asigna a medicina preventiva y 69.31% para atención curativa; con una asignación del gasto per cápita del equivalente a 80 dólares estadounidenses por persona.

### Uso y Demanda de Servicios.

En respuesta al modelo asistencial así conformado, el patrón de uso y demanda de servicios observados durante algunos años muestra los siguientes aspectos relevantes:

De 1987 a 1992, el porcentaje de la población nacional amparada por los servicios médicos del ISSSTE, se mantuvo en un rango de 9.5% al 10.3% (Cuadro N° 1).

**COBERTURA NIVEL NACIONAL  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 1**

A Ñ O	P O B L A C I O N	
	AMPARADA	COBERTURA
1987	7'356,632	9.6
1988	7'415,149	9.5
1989	7'844,533	9.8
1990	8'302,425	10.2
1991	8'506,740	10.3

Fuentes: Anuarios estadísticos, ISSSTE. Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

### Gasto en Atención a la Salud.

Bajo este sistema de atención médica regionalizado y escalonado, aparentemente de una sola entrada por el primer nivel de atención, se ha intentado establecer un Modelo de Atención a la Salud, con congruencia y equidad, que responda a las necesidades que en materia de atención a la salud presenta la población derechohabiente.

De esta población para 1987, el grupo femenino representaba el 55.8% y el masculino el 44.2%, descendiendo nuevamente en el período el porcentaje de mujeres, hasta el 54.2% actual, con el concerniente incremento de hombres al 45.7% (Cuadro N<sup>o</sup> 2).

**PORCENTAJE DE POBLACION AMPARADA SEGUN SEXO  
1987 - 1991  
CUADRO N<sup>o</sup> 2**

AÑO	HOMBRES	MUJERES	POBLACION TOTAL
1987	44.2	55.8	100
1988	44.2	55.8	100
1989	44.5	55.5	100
1990	45.1	54.9	100
1991	45.7	54.2	100

Fuente: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

En cuanto al tipo de derechohabiente, el grupo de "trabajadores" decreció paulatinamente del 28.5% en 1987, al 23.7% reportado en 1991, en contraste, el porcentaje de población pensionada presentó un incremento del orden de 37%, ya que, del 1.9% en 1987, para 1991 se encuentra en 2.6% (Cuadro N<sup>o</sup> 3), esta situación, seguramente refleja el impacto de la contracción del aparato burocrático sufrida durante los últimos años y el indudable incremento de la población geriátrica que se observa en nuestro país.

**TIPO DE POBLACION AMPARADA  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 3**

AÑO	POBLACION TOTAL	TRABAJADORES	%	PENSIONADOS	%
1987	7'356,632	2'095,323	28.5	138,511	1.9
1988	7'415,149	2'090,447	28.3	166,904	2.2
1989	7'844,533	2'097,216	26.7	187,485	2.4
1990	8'302,425	2'012,104	25.4	204,344	2.5
1991	8'056,748	2'010,456	23.7	208,248	2.6

Fuente: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

Con respecto a la población usuaria de nuestros servicios, durante este período (1987-1991), el porcentaje de usuarios no rebasó el 70%, con poca variación anual en el porcentaje registrado, en un rango de entre 67% a 69% (Cuadro N° 4), en estas cifras se expresa el “traslape” de la población derechohabiente de otros servicios de seguridad social y en mínima parte el grupo que no requiere de la misma.

**POBLACION AMPARADA Y USUARIA  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 4**

AÑO	POBLACION		%
	AMPARADA	USUARIA	
1987	7,356,632	4'920,943	67
1988	7,415,149	4'960,149	67
1989	7'844,533	5'255,837	67
1990	8'032,425	5'728,673	69
1991	8'506,748	5'869,656	69

Fuentes: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

Por lo que hace a la demanda de atención solicitada en los diferentes servicios, se observa, que la consulta externa general fue demandada en un rango de el 70.1% al 71.3% y la especializada del 28.7% al 29.9%. El indicador señala 80% para la primera y el 20% para la segunda, la concentración de consultas por derechohabiente presentó en este lapso un decremento constante, de 2.3 en 1989 a 2.0 en 1991, (Cuadro N° 5) contra un índice esperado de 3 consultas por derechohabiente.

**PORCENTAJE DEL TIPO DE  
CONSULTAS OTORGADAS  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 5**

AÑO	CONSULTAS				TOTAL
	MEDICINA GENERAL		ESPECIALIDAD		
	N°	%	N°	%	
1987	11'830,554	70.2	5'026,443	29.0	16'056,997
1988	11'919,912	70.6	4'960,145	29.4	16,880,057
1989	11'299,707	71.3	4'818,521	29.9	16'118,220
1990	11'945,092	71.3	4'797,626	28.7	16'738,718
1991	11'887.887	70.4	5'003,221	29.6	16'891,108

Fuentes: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

Al analizar la demanda de consulta especializada por división, de las cuatro básicas, encontramos, que mientras Medicina Interna presenta una tendencia al ascenso con una  $r$  positiva de 0.699, Ginecología y Pediatría presentan una tendencia de disminución con  $r$  negativa de -0.783 para la primera y -0.854 para la segunda (Cuadro N°6) con una demanda de cirugía estable durante estos cinco años.

**PORCENTAJE DE CONSULTAS  
OTORGADAS POR DIVISION  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 6**

AÑO	GINECO OBSTETRICIA		PEDIATRIA		CIRUJIA		MEDICINA INTERNA		TOTAL
1987	56,083	15.9	567,516	16.1	1'385,447	39.3	1'008,110	28.6	3'521,156
1988	516,997	15.1	532,327	15.5	1'364,015	39.9	1'008,391	29.5	3'421,710
1989	514,960	15.3	475,012	14.2	1'363,996	40.6	1'006,479	29.9	3'360,447
1990	505,342	16.0	497,070	15.8	1'142,498	36.1	1'008,241	32.0	3'153,159
1991	511,874	14.8	479,316	13.8	1'042,144	41.1	1'048,144	30.2	3'564,783

Fuentes: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

Por lo que respecta a los servicios hospitalarios, el porcentaje de población que demandó egresos, disminuyó de manera discreta del 3.8% en 1987 al 3.4% en 1991 (Cuadro N° 7) comparado con el indicador institucional del 5%.

**PORCENTAJE DE LA POBLACION QUE REQUIRIO  
EGRESOS DE HOSPITALIZACION  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 7**

A Ñ O	%
1987	3.8
1988	3.7
1989	3.4
1990	3.3
1991	3.4
MODELO INSTITUCIONAL	5.0

Fuentes: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

En cuanto al tipo de derechohabientes que demandó hospitalización, llama la atención el incremento constante de egresos de población pensionada, que durante el lapso, se incrementó en un 80%, con 2.5 en 1987 y 4.5 en 1991 (Cuadro N° 8), situación seguramente atribuible al incremento de población geriátrica que ya hemos mencionado.

**PORCENTAJE DE EGRESOS POR TIPO DE POBLACION  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 8**

AÑO	TRABAJADOR	PENSIONADO	3 ER NIVEL	%
1987	42.0	2.5	55.5	100
1988	40.0	3.2	56.8	100
1989	39.8	3.6	56.6	100
1990	39.7	4.0	56.3	100
1991	40.6	4.5	54.9	100

Fuentes: Anuarios estadísticos, ISSSTE.

La distribución de egresos por nivel de atención, en estos años, ha permanecido casi constante, con el 60% para el segundo nivel de atención y 40% para el tercero, en contraste con el comportamiento esperado del 75% para el segundo y 25% para el tercero.

El análisis de regresión, de estos datos, muestra una tendencia ligeramente ascendente para los servicios de hospitalización general, con una pendiente positiva de  $r$  0.664 y el tercer nivel describe una tendencia negativa de -0.639, lo que expresa un ordenamiento paulatino en el uso y demanda de nuestros servicios, a expensas del fortalecimiento realizado en unidades de hospitalización (cuadro N° 9), al programa de regionalización y desde luego a la mayor confianza del usuario en este tipo de servicio.

**PORCENTAJE DE EGRESOS POR NIVEL DE ATENCION  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 9**

AÑO	2° NIVEL	3er NIVEL	%
1987	61.0	39.0	100
1988	60.4	39.6	100
1989	61.4	38.6	100
1990	63.2	36.8	100
1991	63.0	37.0	100
MODELO INSTITUCIONAL	75 %	25 %	100

Fuentes: Anuario estadístico 1991, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

Asimismo, el análisis de los egresos por división, muestra también datos interesantes, con algunas diversas en cuanto al modelo institucional, donde un lugar del 28%, sobre el total de egresos, esperados para ginecología, se observan en el periodo, entre el 39.6% al 40.8%; para pediatría del 18% esperado, se observó entre 14.4% y 16.6%; cirugía del

40%, esperado, fue del 25.4 al 26.9 y finalmente del 14% para medicina interna, se registró del 16.9 al 18.9% (Cuadro N° 10).

**PORCENTAJE DE EGRESOS POR DIVISION  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 10**

AÑO	GINECOBSTERICIA	PEDIATRIA	CIRUGIA	MEDICINA INTERNA	%
1987	40.8	16.6	25.4	17.2	100
1988	42.8	14.4	25.9	16.9	100
1989	41.5	15.5	26.0	17.0	100
1990	41.5	15.1	25.8	18.0	100
1991	39.6	14.6	26.9	18.9	100
MODELO INSTITUCIONAL	28%	18%	40%	14%	100

Fuentes: Anuario estadístico 1991, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

Al analizar la pendiente de estas cuatro divisiones, encontramos que existe una tendencia regresiva en las divisiones de gineco-obstetricia y pediatría con  $r = -0.533$  para la primera y la  $r = -0.388$  para la segunda, mientras que en cirugía y medicina interna, sucede lo contrario, con tendencias al ascenso y pendientes positivas de  $r = 0.680$  para la primera y  $r = 0.174$  para la segunda.

En relación a los motivos de egresos hospitalarios, durante estos cinco años, de forma constante, la atención de partos, afecciones obstétricas directas y abortos, han ocupado los tres primeros lugares, muestra un patrón acorde con la conocida transición epidemiológica, donde los procesos crónico-degenerativos y los traumatismos varios, van desplazando a las infecciones intestinales y en menor grado a las afecciones de vías respiratorias (Cuadro N° 11).

**PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 11**

CAUSA	1987	1988	1989	1990	1991
PARTO NORMAL	1°	1°	1°	1°	1°
AFECCIONES OBSTETRICAS DIRECTAS	2°	2°	2°	2°	2°
ABORTO	3°	3°	3°	5°	3°
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	4°	4°	9°	13°	6°
HERNIA DE CAVIDAD ABDOMINAL	5°	7°	5°	11°	8°
DIABETES MELLITUS	6°	8°	4°	7°	4°
FRACTURAS	7°	5°	--	10°	5°
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	8°	10°	--	12°	7°
TUMORES MALIGNOS	10°	9°	--	16°	11°
BRONQUITIS ENFISEMA Y ASMA	10°	13°	11°	17°	12°

Fuente: Breviario estadístico sectorial 1980-1990.

Mención especial, la constituye la atención de partos por parte de nuestro sistema, ya que el establecer el porcentaje atendido en relación a las derechohabientes en edad fértil observamos que de 1987 a 1991, existe un decremento del 30%, con 4.5 para el primer año y 3.2% para este último. Hecho, que nos hace reflexionar sobre el impacto del programa de planificación familiar y desde luego en la necesidad de intensificarlo.

Finalmente, con respecto a las consultas de urgencias, durante este período se observa baja en la población que demanda este servicio, donde el 21.7% que llegó a presentarse en 1988, para 1990 y 1991 desciende a 8.3% para el primero y 8.7% para el segundo, (Cuadro N° 12), muy acorde estos últimos años, con el comportamiento esperado del 10% a nivel nacional, aunque no con el modelo institucional que, estima que el 30% de la población derechohabiente demandara esos servicios.

**PORCENTAJE DE CONSULTAS DE URGENCIA  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 12**

AÑO	POBLACION		
	AMPARADA	CONSULTAS DE URGENCIA	
1987	7'356,632	1'357,156	18.3
1988	7'415,149	1'607,449	21.7
1989	7'844,533	1'544,657	19.7
1990	8'302,425	693,560	8.3
1991	8'506,748	744,740	8.7
MODELO INSTITUCIONAL			30.0

Fuentes: Anuario estadístico 1991, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE

En apoyo al comportamiento anterior, durante los últimos dos años se ha incrementado el porcentaje de pacientes hospitalizados por el área de urgencias, que para 1987 fue del 13%, para 1989 del 12% y en 1990 y 1991 fue del 27.7% y 25% respectivamente (Cuadro N° 13).

**URGENCIAS ATENDIDAS Y PACIENTES QUE  
REQUIRIERON HOSPITALIZACION  
ISSSTE 1987 - 1991  
CUADRO N° 13**

AÑO	CONSULTAS DE URGENCIA	HOSPITALIZACION	
		N°	%
1987	1'347,156	175,339	13.0
1988	1'607,449	187,826	11.7
1989	1'544,657	188,464	12.2
1990	693,560	192,465	27.7
1991	744,740	186,658	25.1

Fuentes: Anuario estadístico 1991, ISSSTE.

Indicadores de la Subdirección General Médica, ISSSTE.

Estos datos, seguramente reflejan el impacto de un proceso educativo sobre el uso y demanda de servicios, que se ha dirigido tanto al usuario como al prestador de servicios, a efecto de garantizar la atención de verdaderas urgencias.

**Conclusiones:**

Es evidente, que en su proceso evolutivo los servicios médicos de este Instituto, han afrontado la influencia de una serie de factores de índole social, cultural y de restricción financiera, producto del contexto nacional donde se encuentran inmersos; en respuesta, de manera constante, ha sido necesario establecer estrategias y organización y desarrollo, que permitan la racionalidad y congruencia de los servicios médicos que se otorgan, en la búsqueda de lograr que la red institucional se constituya en el paradigma de la atención a la salud que requiere el derechohabiente. El análisis de las principales estadísticas del uso y demanda de servicios observados durante los últimos cinco años, nos orienta con mayor

precisión, sobre el ordenamiento que requieren nuestros servicios médicos para responder con adecuación al patrón de demanda actual y al impacto que en el futuro cercano, recibirá nuestro Instituto:

1. Aproximadamente un 70% de la población adscrita al ISSSTE es usuaria de nuestros servicios.
2. Esta población usuaria genera un indicador de 2.3 consultas por derechohabiente.
3. Del total de consultas registradas, 70% son de consulta general y 30% de especialidad.
4. Aproximadamente un 3.3% a 3.8% de la población amparada demanda atención hospitalaria.
5. Del total de egresos registrados, 60% corresponden al segundo nivel y 40% al tercero.
6. El análisis de la tendencia que sigue esta demanda de egresos, muestra un discreto aumento en la demanda del segundo nivel y la consecuente disminución en la de tercero.
7. La demanda por división tanto en consulta externa como en hospitalización, muestra tendencia a la disminución en pediatría y gineco-obstetricia con tendencia al incremento en medicina interna y una tendencia mínima de incremento en cirugía.
8. Las causas de egreso hospitalario, muestran un patrón de transición epidemiológica, que incluye en sus primeros lugares la atención de partos y problemas obstétricos y a los procesos crónico-degenerativos.
9. Si bien la tasa de natalidad institucional, muestra una tendencia al descenso, el número absoluto de los mismos, seguramente continuará impactando a nuestros servicios, lo que deberá tomarse en cuenta en la organización de las áreas obstétricas.

10. La demanda de atención de urgencia, presentó durante el período de estudio un importante descenso del 21.7% al 8.3%.
11. Existe un inminente incremento de población geriátrica usuaria de nuestros servicios, de 1987 a 1991, el incremento en egresos hospitalarios por pensionados fue de 80%.

Con estos elementos, la directriz institucional deberá orientarse hacia los siguientes aspectos:

1. Continuar con el fortalecimiento de unidades de 1º y 2º nivel de atención, estableciendo programa de referencia y contrarreferencia de pacientes con mayor efectividad.
2. Establecer estrategias de optimización que permitan alcanzar el desarrollo tecnológico de vanguardia, aún en el marco de restricciones presupuestales del nivel nacional y el alto costo del equipamiento de punta, de entre ellos, la coordinación inter-institucional orientada en este sentido no deberá dejarse de lado.
3. Reorientar la distribución de los recursos existentes por división y servicios acorde con la tendencia de su demanda.
4. Intensificar las campañas de detección temprana de padecimientos crónico-degenerativos, así como fortalecer las clínicas de control y seguimiento de los mismos.
5. Reforzar los servicios de atención geriátrica, tanto preventivos como curativos, procurando extender los beneficios al usuario mediante acciones extramuros.
6. Finalmente, un aspecto fundamental en la conformación del Modelo Médico-Asistencial, lo constituye la reorientación presupuestal, que incida de manera real en acciones preventivas y de fomento de la salud, cuya consecuencia natural sea el impacto real y benéfico en la salud del trabajador al servicio del Estado.

### 3.4 Actividades Realizadas en 1992

Durante 1992, el ISSSTE avanzó en la consolidación del **Sistema de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza**, a través del cual se conocen las principales características de la población afiliada.

Al respecto, la institución amparó a 8.6 millones de derechohabientes, de los cuales 2.2 millones corresponden a trabajadores asegurados y pensionados.

Se redoblaron los esfuerzos destinados a mejorar el nivel de ingresos de la población pensionaria, por lo que en los últimos cuatro años las cuotas se incrementaron en nueve ocasiones, para el pago cabal y oportuno de 225 mil pensiones y jubilaciones.

Destacan, por su importancia, las reformas y adiciones efectuadas a la ley del ISSSTE, entre ellas la realizada al artículo 57, que permite aplicar con claridad y transparencia los aumentos a las cuotas de estos seguros.

#### **Población Atendida y Cobertura.**

El Instituto cuenta, al mes de diciembre de 1992, con 240 dependencias y entidades afiliadas. Adicionalmente, se tienen registrados 2,168,458 trabajadores asegurados y pensiones vigentes.

En total la población amparada a diciembre de 1992 asciende a 8,614,054 derechohabientes, de los cuales 30% se encuentran ubicados en el Distrito Federal y el resto en las demás entidades del país.

Adicionalmente, de la población trabajadora registrada por el Instituto 53% son hombres y el resto lo constituye la población femenina. De acuerdo con la adscripción, las dependencias agrupan a 70% de los trabajadores asegurados, los organismos 22% y el total de entidades afiliadas representan el 8% restante.

Por lo que se refiere a la modalidad de aseguramiento, 87% de los trabajadores cotizan para acceder a todos los seguros, prestaciones o servicios que otorga la institución; 12% únicamente tiene derecho a los servicios médicos institucionales, y 1% se encuentra adscrito bajo otras formas de incorporación, con exclusión de los servicios médicos.

### **Atención a la Salud.**

La expansión y el fortalecimiento de la infraestructura, de acuerdo con la política de acercar los servicios a los derechohabientes y aumentar el patrimonio de la institución permitió ampliar la red de unidades a 1,261 establecimientos, de los cuales 1,085 corresponden al primer nivel de atención, 165 al segundo y 11 al tercero. Las instalaciones de primer nivel, base de los programas de atención primaria, se conforman por 875 unidades de medicina familiar y 110 clínicas, así como 110 consultorios auxiliares.

Por su parte, los servicios hospitalarios se proporcionan a través de ocho clínicas de especialidades, 53 clínicas-hospital, 121 hospitales generales, incluidos 81 subrogados, y 11 hospitales regionales. La oferta de servicios sin considerar las instalaciones subrogadas, comprende 4.050 consultorios, 6619 camas censables, 2,777 camas en tránsito, 232 quirófanos, 112 laboratorios y 346 gabinetes radiológicos, entre los principales recursos para la atención. La operación de esta infraestructura se sustenta en el quehacer cotidiano de 7,351 médicos generales y 5,601 especialistas, 17,351 enfermeras y 4,915 paramédicos, apoyados por empleados administrativos y de servicios generales.

Durante 1992, continuaron los esfuerzos para consolidar el modelo de servicios estructurado por niveles, con énfasis en la atención primaria a la salud, a fin de elevar la eficiencia y productividad de las unidades médicas del sistema, en particular de los hospitales de segundo y tercer nivel.

En lo que atañe a la atención primaria a la salud, se formuló el programa de acción institucional en la materia, extensiva a las 35 delegaciones del Instituto, y se difundió el manual de operación respectiva. Asimismo, se

reforzaron los programas orientados a la prevención de enfermedades y el fomento de la salud en las esferas individual, familiar y comunitaria. Al respecto, sobresalen las acciones desarrolladas en los campos de vacunación, planificación familiar y educación para la salud.

Cabe señalar la significativa mejoría en la ejecución y logros del programa de planificación familiar, que se realiza en estrecha coordinación con las entidades integrantes del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Población. Por lo que respecta a la ejecución, se adoptaron estrategias de trabajo uniformes en todas las delegaciones; se llevaron a cabo visitas de supervisión y de análisis y evaluación; se propició la oferta y registro sistemático de acciones de anticoncepción en consulta externa; se intensificó la promoción educativa en riesgo reproductivo y planificación familiar, y se formaron 58 capacitadores en estos rubros. Asimismo, se impulsó la protección anticonceptiva posparto y posaborto, sobre la base de sus potenciales efectos benéficos en las condiciones de salud materno infantil, y se capacitaron a jefes de servicio de gineco-obstetricia para la aplicación de las técnicas correspondientes.

Las acciones antes mencionadas permitieron aumentar a 574 mil el total de usuarias activas derechohabientes. La calidad del programa experimentó una mejoría considerable, al aumentar en casi nueve puntos porcentuales la proporción de aceptantes de métodos de alta continuidad, como son los dispositivos intrauterinos y los quirúrgicos, con la consecuente disminución en el empleo de los hormonales. De igual forma, ante la mayor apertura del programa a población en general, aumentó de 14.7% a 17% la proporción de usuarias no derechohabientes respecto del total que recibe servicios de planificación familiar en las unidades médicas del ISSSTE.

En cuanto a las actividades de educación para la salud dirigidas a la población amparada, aumentó la difusión a 6.6 millones de mensajes educativos, y se brindó orientación a 3.4 millones de derechohabientes para coadyuvar a la creación de una cultura que estimule la prevención y el autocuidado de la salud, al transformar los hábitos y conductos que más inciden en ella, propiciar un uso más adecuado de la infraestructura y lograr una mayor difusión de los programas y servicios médicos que desarrolla y otorga este organismo. También se proporcionó capacitación

a maestros de la Secretaría de Educación Pública, a fin de contribuir a una mejor educación para la salud de los alumnos.

En lo que se refiere a los demás programas de carácter preventivo, se incrementó el número de consultas para la prevención y control oportuno de las enfermedades transmisibles. Adicionalmente, se promovió la terapia de hidratación oral como prevención y apoyo para la atención de enfermedades diarréicas y ante la posible presencia del cólera, por lo que aumentó la distribución de sales hidratantes.

Con objeto de detectar oportunamente padecimientos crónico-degenerativos en la población derechohabiente y disminuir las complicaciones y mortalidad a ellos asociadas, se efectuaron 3.7 millones de pruebas de selección.

Asimismo, se llevaron a cabo programas preventivos de detección oportuna para atención a la niñez en el área metropolitana de la Ciudad de México, entre los que destacan los de donación altruista de sangre, diagnóstico temprano de cáncer, y de agudeza visual y/o anomalías visuales. Además, en coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud y la UNICEF, se continuó con la ejecución del **Programa Hospital Amigo del Niño y la Madre**.

Con el propósito de contribuir a mejorar el estado nutricional de la población infantil de menos de seis meses de edad y de mujeres embarazadas y en el período de lactancia, se aumentó el programa de distribución de latas de leche.

En observancia a lineamientos básicos de medicina preventiva, se reforzaron las acciones de salud mental con énfasis en la prevención, detección y control de la farmacodependencia, en alcoholismo y el tabaquismo. Se promovió el establecimiento de escuelas para padres de familia; se formuló una guía de salud mental y un instructivo para la notificación de los trastornos respectivos, y se realizaron seminarios y talleres dirigidos al personal del programa, además de elaborarse material de difusión y de apoyo didáctico.

Se prosiguió con el desarrollo de acciones para la prevención de padecimientos bucodentales, como resultado de una vigorosa política de

dotación de insumos y equipamiento de este servicio.

Por lo que respecta a las actividades tendientes a la reorganización y modernización administrativa de la infraestructura de salud, se consolidó el programa de regionalización orientada a modificar los patrones de uso y demanda de servicios de la población derechohabiente, lo que ha contribuido a incrementar la capacidad resolutive de las unidades hospitalarias, y racionalizar los servicios que se prestan en el tercer nivel de atención. Para ello, durante 1992 se avanzó en la sistematización de la referencia de pacientes conforme al escalonamiento establecido en ocho regiones del país; se instrumentó el modelo de organización de los servicios de oncología en los hospitales regionales 20 de Noviembre, Primero de Octubre, licenciado Adolfo López Mateos y general Ignacio Zaragoza, y se precisó el escalonamiento de procedimientos médico-quirúrgicos para facilitar dicha referencia.

Adicionalmente, se motivó al personal médico para que observe la contrarreferencia, se inició la revisión de los índices de ocupación hospitalaria para determinar la redistribución o ajuste en el número de camas censables, y se efectuaron visitas de supervisión y asesoría a subdelegaciones médicas y hospitales.

Entre los principales resultados obtenidos con la nueva regionalización resaltan la disminución del envío inadecuado de pacientes a los hospitales regionales del área metropolitana; la reducción de la referencia de casos procedentes de la mayoría de los hospitales cabecera de delegación, y el menor diferimiento de la atención en varias especialidades, aunque persiste este problema en algunos servicios de mayor demanda.

De igual forma, se fortalecieron los mecanismos de supervisión para contribuir a la operación eficiente de la infraestructura médica en sus respectivos niveles de atención.

La mejoría en la atención se apoya también en un mayor conocimiento de la percepción que tienen los derechohabientes y los trabajadores de la salud con respecto a la calidad y oportunidad de los servicios. Por ello, por segundo año consecutivo se efectuó, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la encuesta de opinión entre usuarios y prestadores de servicios médicos del ISSSTE.

El análisis comparativo de los resultados en relación a los obtenidos un año antes, revela una evaluación más favorable de los derechohabientes en cuanto a la asistencia de médicos y enfermeras; mayor calidad en los servicios de hospitalización en el área metropolitana de la Ciudad de México, y una opinión altamente positiva en lo referente a los servicios de laboratorio y radiología.

Adicionalmente, el pasado mes de diciembre funcionarios del Instituto realizaron un sondeo de opinión en 10 Estados de la República y el Distrito Federal, con el propósito de evaluar el funcionamiento de las unidades médicas de primer nivel construidas y puestas en operación durante esta administración. Los datos captados confirman la percepción favorable de los derechohabientes sobre los servicios respectivos.

Racionalizar y optimizar los recursos ha sido una constante dentro del proceso de modernización institucional. Por ello, en el mes de junio de 1992 se inició el Programa para el ejercicio desconcentrado de la fuerza de trabajo, cuya ejecución implicó la instalación de un sistema computarizado en todas las unidades médicas, y que tiene como base de operación una plantilla que especifica el personal necesario para el funcionamiento de cada unidad.

En el transcurso de 1992 se reforzaron los programas de garantía de calidad total de los servicios médicos, de formación y desarrollo de personal profesional y técnico, a fin de contribuir al aumento de los niveles de eficiencia y productividad de los servicios médicos, y de asegurar a la derechohabiente la disponibilidad de recursos humanos con elevada capacidad científica, técnica y humanitaria.

Dentro de las acciones para elevar la calidad de la atención, sobresalen las orientadas al mejoramiento de la relación de los trabajadores de la salud con el derechohabiente. De acuerdo con los lineamientos para orientar la investigación y el desarrollo científico conforme a las necesidades y prioridades institucionales, se realizaron investigaciones básicas, tanto en el área de salud pública como en la de carácter clínico.

La disponibilidad de una infraestructura de servicios acorde con la demanda de los derechohabientes, exige el reforzamiento de la capacidad de respuesta de las unidades existentes, a través de la dotación de equipo

e instrumental, y el desarrollo de un programa de obras orientado a atenuar y eliminar desequilibrios regionales, e incrementar la cobertura de atención.

Por lo que respecta a equipamiento, se distribuyeron 2,949 estuches de instrumental quirúrgico en beneficio de 432 establecimientos de salud, y se equiparon, conforme el programa de obras, 16 clínicas de medicina familiar, dos clínicas de especialidades, ocho clínicas hospital y 13 hospitales generales.

En lo referente al programa de obra pública, se construyeron y entraron en operación 16 unidades de medicina familiar en 10 entidades federativas, y la clínica hospital de San Luis Río Colorado, Sonora. Asimismo, se concluyeron los trabajos de ampliación y remodelación en 25 establecimientos que comprenden: 16 unidades y una clínica de medicina familiar.

De esta manera, de 1989 a la fecha se construyeron , ampliaron, remodelaron y equiparon 356 unidades médicas, de las cuales 72% corresponde al primer nivel de atención, 23% al segundo y 5% al tercero. Adicionalmente se destinaron recursos al **Programa Nacional de Solidaridad** para el proyecto **Hospital Digno**.

Cabe mencionar que se autorizaron ocho planes de reordenamiento que contienen especificaciones técnicas para mejorar el diseño, la capacidad y la distribución de las instalaciones médicas en operación. También fueron aprobados 57 proyectos arquitectónicos, tanto para obras nuevas como ampliaciones y remodelaciones.

Las mejoras en el esquema de regionalización, el reforzamiento de la capacidad de resolución y la elevación de los niveles de eficiencia y productividad de los trabajadores, permitieron otorgar 11.5 millones de consultas de atención médica general y 3.9 millones en lo relativo a la atención proporcionada por especialistas durante 1992.

En cuanto a la atención médico quirúrgica especializada, disminuyeron en un 5% los egresos hospitalarios, debido a la extensión del Programa de Cirugía Ambulatoria y de Corta Estancia a las 35 delegaciones del sistema, lo que posibilitó un incremento del 41% de intervenciones

quirúrgicas bajo estas modalidades. Este tipo de atención permite reducir sensiblemente, los períodos de espera. Asimismo, cabe mencionar que se efectuaron 63 trasplantes, de los cuales 33 fueron de riñón, 25 de córnea, cuatro de médula ósea y uno de corazón. Se llevaron a cabo, además cinco campañas que permitieron fortalecer el sistema metropolitano de bancos de sangre y alcanzar la autosuficiencia en este renglón en el área de la Ciudad de México.

Ante la mayor demanda de servicios de medicina física y rehabilitación, y como resultado de un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada, aumentó el número de sesiones.

En lo que respecta a normatividad, se fortaleció el acervo de las subdelegaciones y unidades médicas al terminarse varios documentos normativos, orientados principalmente al primer nivel de atención, la subrogación de servicios y la expedición de licencias médicas. Igualmente, se elaboraron diversos manuales entre los que destacan los relacionados con procedimientos para el otorgamiento de certificados de defunción y traslado oficial de cadáveres, la actualización de criterios y calificaciones de los riesgos de trabajo y estados de invalidez o incapacidad física o mental de beneficiarios, el control de la adquisición, consumo y gasto de medicamentos y material de curación, y el control de la subrogación de estos insumos dentro y fuera del cuadro básico, este último será difundido y aplicado en 1993.

Por lo que se refiere al Sistema Integral de Información Médica, se llevó a cabo su implantación en 168 unidades de salud y en las 35 delegaciones, y se proporcionó capacitación. También, se concluyó la instalación del equipo de cómputo necesario para implantar el Sistema de Administración Hospitalaria en el hospital regional licenciado Adolfo López Mateos, donde ya operan los cuatro primeros módulos del mismo. De igual forma, se extendió el sistema de control de dietas, cuya aplicación abarca 10 hospitales del área metropolitana de la Ciudad de México.

Con objeto de propiciar un mayor aprovechamiento de la infraestructura médica de que disponen las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud, se suscribió un convenio con el Instituto Nacional de Transfusión Sanguínea y se ratificó el correspondiente con el Instituto Nacional de Cancerología. Asimismo, se mantuvo estrecha colaboración, a través del desarrollo de reuniones de trabajo, con la

Comisión Consultiva de Normas Técnicas en Materia de Salubridad General; la Comisión Interinstitucional de Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud; del Consejo de Salubridad General; el Consejo Directivo de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos; el Comité Interinstitucional de Bancos de Sangre y Comités de Bancos de CONASIDA, y el Comité de Material de Referencia y Metrología. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones en el ámbito de los grupos interinstitucionales de Atención Médica y Asistencia Social, y de Salud Bucal.

En lo que atañe a la atención primaria a la salud, se formuló el programa de acción institucional en la materia, extensivo a las 35 delegaciones del Instituto, y se difundió el manual de operación respectivo. Asimismo, se reforzaron los programas orientados a la prevención de enfermedades y el fomento de la salud en las esferas individual, familiar y comunitaria. Sobresalen las acciones desarrolladas en los campos de vacunación, planificación familiar y educación para la salud.

Respecto al programa institucional de vacunación universal, destaca la participación del Instituto al atender a 8% de la población objetivo que corresponde a los niños menores de cinco años de edad, mediante la aplicación de 4.2 millones de dosis. Con ello, se redujo considerablemente el número de casos de tosferina, sarampión, tétanos y tuberculosis meningea, y por sexto año consecutivo no se presentó ningún caso de poliomielitis ni de difteria.

#### **Prestaciones Económicas.**

Congruente con dichos ordenamientos, durante el año de 1992 se cubrieron 225,192 pensiones, es decir, 7% más que el año anterior. Del total, 212,214 se refieren a pensiones ordinarias, cifra superior en 43% a la consignada en 1991, y en 299% a la registrada en 1988. Por lo que respecta a la distribución de las pensiones ordinarias, las de jubilación y de retiro por edad y tiempo de servicios engloban 72% de las pensiones en curso de pago y representan 77% del costo total de la nómina pensionaria.

Al mes de diciembre de 1992 la institución atendió el 100% de las solicitudes de indemnización global presentadas conforme la Ley. Por este concepto se cubrieron 13,800 casos y 5,708 gastos de funeral. De acuerdo con estas cifras, se puede constatar una disminución de 19% en el número de indemnizaciones globales y un incremento de 4% en los gastos de funeral, en relación con los datos registrados en 1991.

- A partir de mayo de 1992 se autorizó un incremento de 14% en beneficio de 50,384 maestros jubilados y pensionados de educación básica.
- En el mes de julio se destinaron recursos para cubrir a 214,223 pensionistas seis días adicionales de su cuota pensionaria, por ajuste en el calendario anual de pagos.
- A partir del 1º de agosto se autorizó un incremento de 6.1% a la cuantía de las pensiones, exceptuando las que fueron beneficiadas en mayo.
- En apoyo a la economía de la población pensionaria, el Honorable Congreso de la Unión aprobó, a partir del 1º de agosto, la modificación al artículo 25 del ISSSTE, con objeto de exentar a los pensionistas del pago de la cuota de servicio médico.
- El 1º de diciembre de 1992, se incrementó la cuantía de las pensiones y prestaciones adicionales de 217,164 pensionistas de la siguiente manera:
  - . 7% a las pensiones,
  - . 7% al bono de despensa y a la prevención social múltiple.

Particular importancia revisten las reformas y adiciones efectuadas a la Ley del ISSSTE, mismas que fueron aprobadas por el Honorable Congreso de la Unión a iniciativa del Ejecutivo Federal, en las que destaca lo relativo a los artículos 16, 21, 22 y 57, sobre aspectos que la Ley anterior no precisaba con claridad.

En el caso del artículo 22, en forma específica, ahora se determina el

plazo, forma y término en que deben cumplir las dependencias el entero de las cuotas y aportaciones al Instituto. En lo que al artículo 57 se refiere, se determina con claridad, transparencia y sin ninguna discrecionalidad, que en el futuro se apliquen de manera automática los incrementos a las pensiones, conforme se establezcan los aumentos a los salarios mínimos generales en el Distrito Federal.

Por lo que concierne a los artículos 16 y 21, se redistribuyen las primas que previamente autorizó la H. Junta Directiva, lo que permitirá impulsar el fortalecimiento de los fondos correspondientes a servicios médicos y pensiones.

#### **Seguridad e higiene en el trabajo.**

La protección y la seguridad e higiene de los trabajadores en el desempeño de sus actividades constituye uno de los compromisos institucionales de la más alta importancia. En estricto apego a lo establecido por la Ley del ISSSTE, se cumplió de manera total y oportuna con el pago de las pensiones por accidentes y enfermedades de trabajo, lo cual significó un incremento de 5% en relación a las que se pagaron durante el año anterior y representó un 40% más de lo erogado en el ejercicio previo.

En adición a lo anterior, se otorgaron 35% más de subsidios por enfermedades no profesionales. Por lo que respecta a los accidentes y enfermedades de trabajo, las incidencias disminuyeron en casi una tercera parte respecto de las que tuvieron lugar en el mismo período del año precedente.

#### **Créditos personales.**

Por lo que se refiere al renglón de créditos personales, y de conformidad con el marco jurídico y presupuestal, se ha avanzado en el objetivo establecido en el **Programa Institucional 1989-1994**, de otorgar en forma eficiente, oportuna y proporcional préstamos a corto y mediano plazos a la población demandante, con base en una eficaz y sistemática recuperación.

En materia de otorgamiento los resultados alcanzados se consideran positivos, ya que su número se incrementó en 59% durante los últimos cuatro años. En lo que se refiere a su monto, en el presente ejercicio una cifra superior en 314% respecto al año de 1988 y 355% en relación a 1991.

Respecto a los préstamos de corto plazo su número se incrementó en 20% y su monto en 31% respecto a 1991.

En cuanto a los préstamos de mediano plazo, los porcentajes también son positivos al mostrar incrementos de 10% y 12% en número y monto, respectivamente, frente a lo alcanzado en el ejercicio anterior.

Con objeto de elevar la suficiencia de esta prestación y apoyar la economía de los trabajadores, en los últimos cuatro años han sido autorizados cinco incrementos a los montos de estos préstamos, de tal manera que los de corto plazo se han incrementado en 248% y los de mediano plazo en 86%. En particular, en 1992 se autorizó un aumento de 20% en el monto individual de créditos a corto plazo, a partir de diciembre de 1991.

En atención al objetivo de beneficiar prioritariamente a los trabajadores con mayor antigüedad y menores ingresos, y de acuerdo con la estadística vigente, un 52% de estos créditos son concedidos a los trabajadores con un nivel de ingresos entre 1.5 y 2.5 salarios mínimos, con énfasis en aquellos servidores públicos que tienen más de 20 años de cotizar en el Instituto, por lo que esta prestación beneficia principalmente a los trabajadores de base del sector público federal.

Un sector de la población derechohabiente al que se brinda especial atención es el de los pensionistas, al que se ha respondido positivamente en el 100% de los créditos solicitados, de tal manera que en la actualidad 60% disfruta ya de esta prestación.

Como resultado del cambio estructural en el manejo presupuestal de los créditos personales, se profundizó la desconcentración a las delegaciones del manejo total de los recursos destinados a este rubro, ello con el propósito de alcanzar una mayor eficiencia y oportunidad en el

otorgamiento de la prestación. Destaca que en 1988 el presupuesto ejercido era operado en 51% desde las oficinas centrales y a diciembre de 1992 la tendencia ha sido revertida, por lo que las delegaciones operan 95% de los recursos destinados a esta prestación.

Durante el presente año se consolidaron tres aspectos que merecen mención especial en el ámbito de la recuperación de préstamos personales. Por un lado, se efectuó una adecuación al sistema integral de crédito con el propósito de dar entrada a un campo adicional para el manejo del impuesto al valor agregado sobre los intereses generados por los préstamos personales vigentes. Esta actividad significó regularizar más de 800 mil créditos emitiendo un tanto igual de órdenes de descuento con 10% de IVA ya indizado.

Por otra parte, para fortalecer la recuperación de préstamos de automóvil se efectuó una emisión masiva de estados de cuenta, con lo que se logró la restauración, por primera vez en el Instituto, del procedimiento automatizado para el cálculo de intereses a una tasa variable, con lo que se da congruencia al convenio que regula el financiamiento de automóviles. En tercer lugar, se generaron acciones de cobranza inmediata en contra de acreditados que muestran atraso en el pago de obligaciones.

### **Créditos Hipotecarios y Financiamiento de Vivienda.**

El Fondo de la Vivienda del ISSSTE inició desde 1989 un proceso de cambio como organismo financiero de vivienda, conforme a las estrategias de modernización y fortalecimiento de la entidad, todo ello con el propósito de coadyuvar al cumplimiento del precepto constitucional de brindar a cada trabajador al servicio del Estado y su familia, un hogar digno y decoroso.

A la fecha, el Fondo ha avanzado en la consolidación de su carácter de entidad financiera y en el reforzamiento de sus sistemas de control.

De acuerdo con estimaciones recientes basadas en el **Sistema de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del ISSSTE** y el **XI Censo General de Población y Vivienda 1990**, la cobertura acumulada de atención a la población derechohabiente que no gozaba de una

vivienda propia es de 28% en comparación al 15% de 1988, y al 6% de 1980.

Cabe destacar que la asignación de crédito se concentra fundamentalmente en el interior del país y en menor medida en la Ciudad de México y su área metropolitana. Concede además, en un marco de distribución equitativa de los recursos disponibles, prioridad a los trabajadores de menores ingresos y mayor antigüedad en el servicio público.

En lo que se refiere a la canalización de recursos financieros a los trabajadores, destaca la operación de nuevos esquemas crediticios tales como las de grupos de autogestión, créditos compartidos entre FOVISSSTE y los de fideicomisos de vivienda del Departamento del Distrito Federal, BANOBRAS, FOVI, Banco de México y la banca comercial.

En el Programa de autogestión FOVISSSTE - BANOBRAS se contó con la participación entusiasta y organizada de grupos de trabajadores constituidos en asociaciones civiles. A través de fideicomisos administrados por comités técnicos, se sumaron apoyos de las Instituciones Estatales de Vivienda y Crédito de BANOBRAS y FOVISSSTE para contribuir al bienestar de los derechohabientes afiliados al Instituto.

Cabe destacar que, en este año, se llevó a cabo una reestructuración administrativa en el FOVISSSTE, tanto a nivel central como en las unidades administrativas en el interior del país, con el propósito de atender en forma ágil y oportuna la demanda en el lugar donde se origina, así como para establecer una adecuada coordinación entre las subdelegaciones y las oficinas centrales, lo que redundó en beneficio de los trabajadores y familiares afiliados al Instituto.

### **Protección al Salario.**

El sistema comercial del Instituto revirtió el estado crítico que lo caracterizaba en el año de 1988, a través de una significativa transformación en el abasto; mayor control en el mejoramiento de la operación de subdelegaciones y unidades comerciales; menor nivel de sobreinversión; incremento de la productividad; simplificación de la

normatividad, y el consistente sancamiento de la situación financiera. Ello permitió un flujo de productos cada vez mayor, más variado, con calidad y precios bajos; propició una afluencia creciente de derechohabientes y usuarios a las unidades comerciales, y elevó en forma sostenida los niveles de ventas.

Para lograr lo anterior, se creó en 1989 el Comité de Compras y Proveedores del Sistema de Tiendas y Farmacias ISSSTE, que es el órgano encargado de analizar y tomar decisiones sobre el padrón de proveedores, productos, precios, plazos de pago, descuentos, coberturas y otros aspectos referentes al abasto.

En apoyo al trabajo que a nivel central realiza el Comité, se ha impulsado la creación y operación de comités locales de abasto en las entidades federativas, con el fin de mejorar la variedad de productos, facilitar el abasto en zonas alejadas de los distribuidores nacionales y disponer de productos locales o regionales de elevado consumo.

Como resultado de las acciones desarrolladas en todo el sistema comercial, las ventas de las 344 unidades se elevaron. También se incrementó el número de clientes, sin que el número de unidades se haya modificado significativamente y con una baja moderada en el total de trabajadores. Cabe agregar que no obstante que en 1989 había un mayor número de unidades comerciales, la productividad por trabajador prácticamente se triplicó en 1992.

Con respecto al nivel de existencias, en febrero de 1989 el sistema comercial consignó sobreinventarios equivalentes a 127% del valor de sus ventas, además de carencias o desabasto de productos importantes, por lo que se desplegaron acciones que permitieron que en 1992, este promedio se redujera a 25%.

Por este aspecto de la operación, un asunto al que pueden asociarse desviaciones en compras y afectaciones a la estabilidad financiera del sistema, se le dedicó una atención especial y permanente, a través de la supervisión operativa y normativa. Con estas acciones se busca inducir a las gerencias de las unidades a comprar de manera cuidadosa y con referencia a desplazamientos reales, para evitar la dañina acumulación de mercancías.

Cabe destacar el incremento en la disponibilidad del flujo de caja, situación que garantiza más de seis semanas de pago a proveedores y una posición importante frente a los mismos, al convertirse en una institución reconocida por su puntualidad y cumplimiento de sus compromisos.

Los recursos derivados de los significativos niveles de ventas permitieron consolidar una relación provechosa para el Instituto con los proveedores más importantes del país, ya que el sistema comercial ISSSTE es ahora uno de sus principales clientes. A su vez, la generación de recursos propios, aunque todavía insuficiente, ha permitido hacer frente a una reorientación institucional de los montos del presupuesto federal originalmente destinados al fondo de protección al salario.

Entre los resultados alcanzados, también sobresale el logro del punto de equilibrio en la operación del sistema en 1990, situación que se mantuvo por tercer año consecutivo en 1992, en virtud de la obtención de mayores niveles de ventas, así como del eficiente manejo de tesorería.

En el área contable se han continuado los avances en la implantación de la contabilidad detallista, que actualmente opera en todas las unidades comerciales y, a través de las subdelegaciones se consolida en oficinas centrales con procesos de telecomunicación.

Se adquirió equipo de computación, lo que ha permitido avanzar en la implantación de sistemas de cómputo en el marco del **Sistema Integral de Información y Control (SIIC)**, tanto en oficinas centrales como en subdelegaciones y unidades comerciales.

Un aspecto que destaca dentro de la estrategia del sistema comercial ISSSTE es la capacitación del personal. En este ámbito se impulsó la realización de múltiples cursos orientados a diferentes niveles y a diversos perfiles de puestos.

## **Servicios Sociales y Culturales.**

### Servicios Sociales.

Las acciones realizadas en 1992 tuvieron por objeto consolidar la operación de los programas de servicios sociales y culturales, para

beneficio de un número cada vez mayor de derechohabientes, promoviendo al mismo tiempo su participación.

En este marco, se fortaleció el servicio de estancias de bienestar y desarrollo infantil, a través de la ampliación de la infraestructura y por tanto de la cobertura de atención. Se concluyeron las obras de ampliación y remodelación de cinco unidades y se terminó la construcción de otras cinco estancias, con lo cual el sistema de atención a la infancia registró 123 unidades en operación.

Por otra parte, se consolidó el **Programa Integral Educativo**, con la conclusión de la fase piloto y la elaboración de varios documentos normativos que incorporan temas pedagógicos, de orientación y apoyo a padres de familia, de psicología, salud y nutrición, entre otros. Este programa se puso en marcha a nivel nacional en el último cuatrimestre del año.

En lo que corresponde a servicios funerarios, en el año anterior se prestaron servicios en los seis velatorios, tres centros de incineración y el cementerio Parque Memorial, instalaciones que forman parte del patrimonio institucional. Con el fin de ampliar la cobertura del servicio y como parte de la estrategia de concertación, se establecieron convenios con agencias oficiales y particulares de 24 entidades del país.

Respecto a la atención a pensionados y jubilados, importante núcleo de la derechohabiencia, se ha procurado alentar su integración a nuevas actividades a través de talleres de terapia ocupacional.

#### Acción Cultural.

Durante 1992, las actividades culturales se orientaron a promover las raíces de la cultura popular, local y regional mediante el impulso de eventos artísticos que al mismo tiempo estimulan el desarrollo individual y familiar de la derechohabiencia.

En lo que se refiere a la colaboración interinstitucional, destacó la formalización de convenios con instituciones de educación superior en los Estados de Campeche, Nuevo León y Querétaro, con lo que se

refuerzan los acuerdos suscritos y se mantiene la colaboración con otros sectores tanto de la administración pública, como de la iniciativa privada.

Cabe señalar que también se conjuntaron esfuerzos con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, con el objeto de rescatar y apoyar la tradición teatral del país.

#### Fomento Deportivo.

A pesar de que se llevó a cabo un ajuste y racionalización en el ejercicio del gasto, se continuó con la ejecución de las políticas institucionales y se programaron acciones dirigidas a fortalecer la integración social y familiar de los derechohabientes, por medio de actividades recreativas que inciden de manera importante en la conservación de la salud y ocupación positiva del tiempo libre.

Con el propósito de optimizar el uso de los recursos disponibles, se llevaron a cabo acuerdos de colaboración con instituciones del deporte, dependencias de la administración pública, gobiernos estatales, municipales, sindicatos y organismos del sector privado y social. Destaca la formalización de convenios y el trabajo realizado en coordinación con la Comisión Nacional del Deporte.

#### Servicios Turísticos.

En 1992, para cumplir el compromiso de fomentar el turismo social se ampliaron los servicios que en este rubro ofrece el ISSSTE, con visitas dominicales guiadas, excursiones y paquetes turísticos que incluyen servicios dentro y fuera del país.

Asimismo, se diversificó la programación de paquetes turísticos así como los destinos, ofreciendo más alternativas de recreación a la derechohabiencia. Se firmaron convenios preferenciales con un mayor número de hoteles para reforzar la promoción de dichos paquetes. Finalmente, se otorgaron créditos para los trabajadores, lo que permite fomentar el desarrollo de esta actividad.

### **Administración.**

En apego a los lineamientos establecidos por el Ejecutivo Federal, a partir de mayo de 1992, el Instituto puso en operación el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), que tiene como objetivo fomentar el ahorro a largo plazo y mejorar la situación económica de los trabajadores al momento de dejar el servicio activo.

En apoyo al desarrollo profesional y técnico del personal del Instituto y de los servicios públicos en general, se impartieron cursos. El 67% de estos cubrieron aspectos de capacitación para el trabajo, 25% de manualidades y 8% correspondió a servicios educativos.

Igualmente se impartieron cursos para mejorar la calidez en el trato de los trabajadores de la salud con el derechohabiente, en 1992 se registraron poco más de 29 mil trabajadores participantes en sesiones de adiestramiento, para alcanzar su formación integral y difundir la metodología de sensibilización humana hasta unidades de medicina familiar. De esta manera, desde el inicio del programa en 1989 han participado 17,883 trabajadores en el módulo básico del área médica.

Cabe mencionar que se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), con el propósito de estructurar un programa de capacitación dirigido a los subdirectores administrativos de clínicas y hospitales, se suscribió, además, un convenio con el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), para intensificar la preparación técnica que requiere el personal operativo del ISSSTE.

Adicionalmente, se dio continuidad al programa de reconversión de habilidades, principalmente en áreas de mantenimiento.

Por otra parte, se actualizó el Programa Institucional de Desarrollo Informático y se fortaleció el enlace nacional de procesamiento de datos a través de la red de teleproceso, con objeto de avanzar en la consolidación de los sistemas operativos y de información. Asimismo, se logró mantener un avanzado nivel tecnológico, tanto en el equipo de cómputo como en el nivel de estandarización en el uso de sistemas operativos de arquitectura abierta y de manejadores de bases de datos; instrumentos

con los que las áreas médica, de protección al salario y de finanzas han desarrollado sus sistemas de información en aplicaciones de consolidación central.

En apoyo a la función de informática delegacional, se sustituyeron equipos de comunicación (modem) por otros de tecnología moderna, a fin de mejorar la calidad de la transmisión de datos; se incrementó la velocidad de los equipos de comunicación a su máxima capacidad, para disminuir el tiempo de respuesta de los sistemas interactivos, y se reforzó la estructura organizacional mediante la creación de oficinas de teleproceso y de administración de sistemas.

De igual forma, se brindó apoyo informático a las áreas del Instituto, lo que permitió, entre otros logros, la liberación de la segunda versión del sistema que permite efectuar la adscripción de los trabajadores y pensionados a sus clínicas, de manera inmediata a la incorporación de sus avisos afiliatorios.

Por su parte, se concluyó la instalación del equipo de procesamiento de datos indispensable para la operación del Sistema de Administración Hospitalaria en el hospital regional "Adolfo López Mateos", y se extendió la aplicación del Sistema de control de alimentos (dieta) que abarca 10 hospitales del área metropolitana de la Ciudad de México. También, se logró la transferencia de información del sistema contable de las subdelegaciones de protección al salario para su consolidación a nivel central, a través de la red de teleproceso, y se instalaron modem internos para el monitoreo de las oficinas centrales, por medio de líneas telefónicas conmutadas.

### **Finanzas.**

Las actividades desarrolladas en 1992 se orientaron a fortalecer los procesos de programación, presupuestación, contables y financieros, en apoyo a las áreas substantivas del Instituto.

En 1992 se inició la implantación del nuevo **Sistema Contable Institucional (SICONI)** el cual se integra de doce módulos que comprenden la totalidad de las operaciones de este tipo realizadas por el Instituto. Mediante este sistema se mejora el registro contable de los

ingresos por cuotas y aportaciones, utilizando una estimación de adeudo que posteriormente se valida por parte de las entidades, dependencias y organismos afiliados.

En el mismo sentido, se realizaron adecuaciones al **Sistema Integral de Control de Ingresos (SICI)** a fin de integrar el registro de otras percepciones distintas a las referidas anteriormente. Este esquema automatizado está en funcionamiento a nivel central, y en las delegaciones del Instituto se encuentra en etapa de implantación.

Como resultado del programa de verificación y confronta de nóminas y pagos que realizan las dependencias y entidades incorporadas y controladas a nivel central, durante 1992, se recuperó una suma importante de dinero, misma que no había sido enterada en su oportunidad por éstas, en virtud de errores u omisiones en la elaboración de sus liquidaciones de pago que por concepto de aportaciones, cuotas y prestaciones deben enterar quincenalmente al Instituto.

A nivel delegacional, se regularizaron adeudos que gobiernos estatales y organismos desconcentrados tenían con el ISSSTE.

Una actividad relevante fue la actualización de la distribución de ingresos por cuotas y aportaciones. Para ello, la H. Junta Directiva aprobó una redistribución del monto porcentual asignado a los distintos seguros, servicios y prestaciones, de tal forma que sin aumentar las cuotas de los trabajadores ni las aportaciones de las dependencias y entidades, se destinan mayores recursos a los renglones de pensiones y servicios médicos, lo que permitirá elevar la calidad de la atención proporcionada en áreas prioritarias.

En lo que se refiere al sistema de programación-presupuestación, se consolidó el seguimiento de los avances físico- financieros de las delegaciones y centros de trabajo, mediante la operación del **Sistema desconcentrado de evaluación programática** y los reportes del **Sistema desconcentrado del programa presupuesto**, los cuales han permitido llevar a cabo un seguimiento adecuado del cumplimiento de los compromisos programáticos y presupuestales del Instituto.

También se avanzó en la consolidación del sistema de información para

la programación y evaluación.

#### **Abastecimientos.**

Establecer un sistema de abasto eficiente y adecuado a la operación ha sido un esfuerzo permanente, por lo que las principales actividades se orientaron a la adquisición y suministro de insumos y equipos; la consolidación del Sistema nacional para el control de almacenes; la actualización de la normatividad que rige los procesos de distribución y puesta en operación del equipo médico; el reforzamiento de la infraestructura de almacenamiento; la desconcentración de la compra y distribución de alimentos, y la capacitación de personal operativo.

La compra de medicamentos y material de curación para el año de 1992, se realizó mediante licitaciones públicas nacionales e internacionales en forma independiente.

#### **Obras y Mantenimiento.**

Durante 1992, se prosiguió con el esfuerzo para consolidar y ampliar la infraestructura de servicios, con objeto de atender las necesidades de la derechohabencia. En consecuencia, se destinaron recursos para concluir obras en proceso o bien iniciar aquéllas de carácter prioritario como unidades médicas, determinadas instalaciones para servicios sociales y culturales, y establecimientos comerciales.

Cabe mencionar que se continuó la actualización permanente del Programa de inversiones 1990-1994, con base en los resultados del Sistema de afiliación, vigencia de derechos y cobranza.

Se formularon proyectos para el desarrollo tanto de obras nuevas, como adaptaciones, ampliaciones y remodelaciones, revisiones estructurales, refuerzo y supervisiones arquitectónicas. De acuerdo con las prioridades asignadas en el programa de obras, 74% de dichas acciones se relacionaron con unidades médicas, particularmente hospitales de segundo y tercer niveles de atención.

En particular, el programa de 1992 comprendió la construcción de 30 obras nuevas, 32 ampliaciones y remodelaciones, y en equipamiento de

39 instalaciones. En apego a las prioridades institucionales, 81 obras corresponden a unidades médicas, 11 a estancias de bienestar y desarrollo infantil, siete a establecimientos comerciales y las dos restantes a edificaciones administrativas.

Por lo que respecta a la infraestructura médica, se terminó la construcción de 16 unidades de medicina familiar y una clínica hospital, y se concluyeron los trabajos de ampliación y remodelación en 16 unidades y una clínica de medicina familiar, dos clínicas hospital, tres hospitales generales y tres regionales; también se equiparon 16 instalaciones de primer nivel y 23 de segunda, incluidas dos clínicas de especialidades.

En cuanto a servicios sociales y culturales, se construyeron seis nuevas estancias de bienestar y desarrollo infantil, y se ampliaron y remodelaron cinco más. Por otra parte, se incorporaron cuatro tiendas y dos farmacias al sistema comercial del ISSSTE. En lo referente a las edificaciones administrativas, se terminó la construcción de una instalación delegacional y la remodelación de la explanada cívica en oficinas centrales.

En lo que se refiere al patrimonio inmobiliario, al finalizar 1992, la institución incrementó su reserva territorial en 36,130 metros cuadrados.

Al igual que en años anteriores, se continuó con la instrumentación del **Programa anual de operación de conservación**, que contempla acciones prioritarias para garantizar el funcionamiento de los diferentes establecimientos, con base en las características y necesidades de cada uno de ellos.

Dentro del programa de sustitución de equipo médico, se pusieron a disposición para su uso y operación alrededor de 37 mil equipos.

#### **Area Jurídica.**

Cabe destacar que durante este año, se coordinó e integró el proyecto de iniciativa del decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la **Ley del ISSSTE**, mismo que se publicó en enero de 1993 en el Diario Oficial de la Federación.

Por otra parte, entre los convenios recientemente suscritos por el Instituto, destacan el de instrumentación bancaria para el **Sistema de Ahorro para el Retiro**; el de colaboración entre la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el ISSSTE para la creación de la especialidad en medicina familiar; y el de la afiliación parcial con el Instituto Federal Electoral. También se elaboraron los proyectos de convenio que sirvieron de marco para la instrumentación de la incorporación de diputados y senadores al régimen del ISSSTE, asimismo se formalizó la continuación del convenio de incorporación parcial de trabajadores que laboran en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Se elaboraron los documentos: Estudio comparativo de la Ley del ISSSTE y la Ley del IMSS: Los servidores públicos, responsabilidades y sanciones; y el Estudio comparativo en materia de seguridad social.

En el ámbito internacional, el Instituto participo activamente en la celebración, en Acapulco, Gro., de la XXIV Asamblea de la **Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)**, que significó diversas distinciones para México y reunió a más de 850 delegados de 110 países. En este evento, se analizaron los derechos pensionarios de los trabajadores, el financiamiento de las pensiones y se reflexionó con rigor sobre las consecuencias del aumento en la edad jubilatoria; asimismo, se llevó a cabo una revisión de las estrategias y las técnicas más avanzadas en la prevención de enfermedades profesionales y en la readaptación de las personas minusválidas.

En esta reunión el ISSSTE resultó electo para ocupar la Tesorería General de la AISS, hecho sin precedente, ya que por primera vez en la historia del organismo internacional especializado se confiere dicho cargo a una institución latinoamericana.

Durante 1992 se concertaron nuevos mecanismos de cooperación con instituciones afines como son el Fondo de Pensiones de Rusia; el Instituto Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo de Italia, Hospital Hermann de la Universidad de Texas y con la Organización Panamericana de la Salud. Además se coordinaron una serie de visitas de intercambio entre profesionales del Instituto, y funcionarios y expertos de Alemania y Honduras; visitas de personal especializado del ISSSTE

al Reino Unido, España, Austria, Países Bajos, Canadá y Estados Unidos.

Actualmente el Subdirector Jurídico del ISSSTE funge como Presidente de la Comisión Americana Jurídico Social, órgano técnico de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

### **Presupuesto.**

El gasto ejercido por el Instituto en el año de 1992 ascendió a 6,577 millones de nuevos pesos, lo que supera en 12% a lo ejercido en 1991. La estructura del gasto por fondo se orientó, básicamente, a los rubros de prestaciones económicas y atención a la salud, con participación de 42% y 28% respectivamente. Cabe señalar que en el primer caso, el porcentaje incluye el pago de las pensiones a la población afiliada. Por su parte, 30% de los egresos restantes se refirieron a regularización y apoyo, vivienda, servicios sociales y culturales y protección al salario.

De los recursos de inversión, excluyendo los de carácter financiero, 48% se destinaron a vivienda; 30% al área médica, 11% a protección al salario, 8% a servicios sociales y culturales y 3% a regulación y apoyo.

### **Perspectivas .**

Continuar en la línea de lograr la modernización del Instituto en lo que atañe a la operación y otorgamiento de los diversos seguros, prestaciones y servicios. Para ello, se considera prioritario impulsar las siguientes acciones:

En lo que se refiere a los servicios médicos, se destinarán mayores recursos para consolidar la modernización integral del sistema institucional de salud; se efectuarán nuevas encuestas de opinión que contribuyan a mejorar la calidad y calidez de la atención; se continuará con el programa de regionalización de los servicios, y se proseguirán las acciones de capacitación de servidores públicos del área médica.

Se otorgará especial énfasis a las actividades de planificación familiar y de control de la diarrea aguda; asimismo, se reforzará la vigilancia

epidemiológica en lo referente al cólera y demás enfermedades prevenibles por vacunación. Además, con la finalidad de apoyar el desarrollo de los programas de atención primaria, se impulsará la especialización en medicina familiar para médicos familiares.

En cumplimiento de lo establecido por ley del ISSSTE, se cubrirán mensualmente las pensiones vigentes y se atenderá la totalidad de solicitudes de nuevas pensiones y jubilaciones por tiempo de servicios, así como las indemnizaciones globales y los gastos de funeral.

El sistema crediticio del Instituto, por su parte, continuará con el otorgamiento de préstamos de corto y mediano plazo y con los créditos para automóviles.

Por otra parte, al consolidarse el FOVISSSTE, como organismo financiero, se proseguirá la instrumentación, evaluación y control de los programas de financiamiento con una clara orientación social.

En el ámbito de la protección al salario, se buscará mantener la competitividad del sistema en el mercado, con proveedores y productos líderes; se procurará garantizar el abasto regular y oportuno para obtener mayores ventas. Se continuará el proceso de modernización de la operación y administración, así como el esfuerzo de mecanismos de control y vigilancia.

Para la ejecución del programa de servicios sociales y culturales de este año, se ampliará la infraestructura física del sistema de atención a la infancia a través del incremento en el número de estancias infantiles. Adicionalmente, se multiplicarán esfuerzos para ofrecer más y mejores actividades culturales, deportivas y turísticas que cubran los requerimientos de diversión y sano esparcimiento de los servidores públicos y sus familias.

A corto plazo se terminará la construcción, ampliación, remodelación y equipamiento de 126 instalaciones, lo que contribuirá al fortalecimiento y expansión de la infraestructura de salud, la red de estancias de bienestar y desarrollo infantil y la cadena comercial del Instituto, así como el sistema de abasto en el rubro de almacenamiento. Asimismo, se reforzará la supervisión de los programas anuales de conservación y mantenimiento.

En el aspecto jurídico, se continuará la regularización jurídica de los bienes inmuebles que forman parte del patrimonio institucional. También se atenderán las solicitudes de incorporación voluntaria a la institución por parte de diversos organismos, y se fortalecerán y ampliarán los convenios tanto con instituciones o dependencias nacionales como del extranjero. En lo que se refiere a las relaciones internacionales, se reforzará la estrategia de cooperación e intercambio con entidades afines.

En el ámbito de la comunicación, se continuará la modernización de los servicios; la consolidación y fortalecimiento de las unidades delegacionales; la difusión de los programas prioritarios del Instituto; además de la promoción de mecanismos eficaces de consulta para los afiliados y una mayor coordinación infrainstitucional.

En materia de informática, se llevarán a cabo las actividades conducentes para implantar cinco módulos que complementan el Sistema integral de información médica, e incluir los créditos del FOVISSSTE en los procesos de actualización de saldos del Sistema integral de crédito.

En resumen, las actividades del Instituto se orientarán a favorecer la prestación de los seguros y servicios que demanda la población derechohabiente, con énfasis en el otorgamiento de servicios médicos oportunos, con calidad y trato humano. Se atenderá de manera especial a la población pensionaria y a los derechohabientes con mayor antigüedad y menores ingresos que soliciten préstamos personales y créditos hipotecarios. Paralelamente, se redoblarán los esfuerzos para ampliar la cobertura de atención en estancias infantiles, en apoyo a las madres trabajadoras, y se consolidará el proceso de modernización de las unidades comerciales del Instituto. Todo ello contribuirá a elevar los niveles de salud, seguridad y bienestar que merecen los trabajadores, pensionados y sus familiares amparados por el ISSSTE.

4

**PRESTACIONES SOCIALES,  
EVOLUCION Y PROPOSITOS**

La seguridad social se fue perfilando en México a partir del ideario, las manifestaciones y las aspiraciones que surgen de su idiosincrasia de acuerdo con sus requerimientos y necesidades, dándole expresión y fundamento en una estructura legal y en un conjunto de instituciones, mismas que en el devenir histórico han cobrado vigencia y proyección.

Las transformaciones económicas, sociales y culturales ocurridas en la década de los años cuarenta en la sociedad mexicana, presentan una rápida dinámica de cambio; de ahí que la política social, desde su inicio hasta la actualidad, se ajuste y modifique de acuerdo con cada contexto específico. En este marco, la seguridad social mexicana rompe con los esquemas tradicionales de los seguros sociales y anticipa en la práctica lo que posteriormente vendrían a constituir los modelos conceptuales e ideológicos de la seguridad social integral.

Paralelamente a estas acciones, en el ámbito internacional diversos organismos y mecanismos de consulta impulsaron la ampliación de los servicios, la cobertura y redefinición conceptual y política de los seguros sociales.

En la Declaración de Santiago de Chile, elaborada durante la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en 1942, se señalaron los principios de la seguridad social y económica. Se perfiló y concretó su contenido dos años más tarde, en la llamada Carta de Filadelfia, como un concepto específico y distinto del seguro social clásico y de asistencia social.

En la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en 1960 en la Ciudad de México, surgió la Declaración de México que en su punto número 17 establece:

“Ampliar en la medida en que lo permitan las circunstancias políticas, económicas y jurídicas, el radio de acción de los seguros sociales hacia una concepción integral y de seguridad general, alentando los nuevos factores de bienestar que sea dable realizar en un ambiente de paz social que permita avances constantes a un fortalecimiento de la justicia social”, y puntualizaba que se “debían iniciar, desarrollar y ampliar las prestaciones familiares y sociales en favor del progreso individual, familiar y de la comunidad de que se forma parte”.

Se daba forma así a un largo proceso de definición conceptual que culminaba en la aceptación internacional de la seguridad social integral, que no es otra cosa que la incorporación a la concepción original del seguro social de tres procesos: de servicios sociales, de solidaridad social y de ampliación de la cobertura a la población no derechohabiente. Principios conceptuales que trece años después se incorporarían a la Ley del seguro social en México.

De manera consecuente con las demandas de los sindicatos, y ampliada por las acciones institucionales emprendidas como resultado de los contrastes y las desigualdades sociales que generaba un desequilibrado desarrollo económico con incipientes signos de deterioro, en 1973 se expidió una nueva Ley del Seguro Social, que establece como finalidades de la seguridad social los siguientes postulados: “Fomentar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo” y puntualiza que “con fundamento en la solidaridad social, el régimen del seguro social, además de ofrecer las prestaciones inherentes a sus finalidades, podría proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo, que comprenden las prestaciones sociales y los servicios de solidaridad social”.

Este programa se inició con las Unidades Médicas de Campo y Solidaridad Social, cuyo financiamiento fue cubierto con fondos adicionales que otorgó el gobierno federal. Por medio de este programa se proporcionó atención médica, farmacéutica y hospitalaria, y se consideró necesario cumplir también con lo establecido en 1962 en la Ley Federal del Trabajo, relativo a los servicios de guarderías infantiles para las mujeres trabajadoras, y la ampliación de programas de prestaciones sociales relacionados con la construcción y el funcionamiento de Centros Vacacionales y de Readaptación para el Trabajo. Además, se inició el establecimiento y la administración de servicios de velatorios y otros similares.

En cuanto a los trabajadores al servicio del Estado, en la primera Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, de 1925, el sistema de protección que en ella se establecía no cubría los importantes campos de la atención a la salud y de la protección al salario, sino que se circunscribía a fijar las bases del retiro del trabajador y las pensiones para el mismo y sus

descendientes, y como caja de pensiones, su reglamento autorizaba préstamos en efectivo de corto plazo y préstamos hipotecarios.

En 1959, con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), se incorporaron prestaciones y ámbitos de seguridad social que el resto de los trabajadores del país habían conquistado en 1943 con la creación del IMSS, manteniéndose y ampliándose el rubro de las prestaciones económicas.

A principios de la década de los años setentas se consolidaron la organización y el funcionamiento de la acción de vivienda a partir de las modificaciones del rubro del capítulo VI de la Ley correspondiente, creándose por decreto del 28 de diciembre de 1972 el Fondo de Vivienda de los Trabajadores al Servicio del Estado con el propósito de ampliar la solución del problema de la vivienda con mejores bases.

Asimismo, se institucionalizaron el programa de atención a la infancia por medio de las Estancias de Bienestar Infantil y los programas de mejoramiento administrativo, cultural y profesional, creándose la Subdirección Cultural y el Centro Nacional de Capacitación Administrativa.

En las reformas a la Ley del ISSSTE en 1986 se ampliaron las prestaciones económicas al incorporarse al Instituto el Sistema de Tiendas, operado anteriormente por diversas instituciones, para atender los requerimientos de consumo básico y proteger el salario del trabajador. En esta reforma, en cuanto a las prestaciones sociales se exponía que “El Instituto procurará atender las necesidades básicas del servidor público y su familia mediante la prestación de servicios asistenciales que amplían las prestaciones que buscan contribuir a mejorar el nivel de vida”. Para tal efecto, se crearían por ley “comedores, centros turísticos y servicios funerarios, enfatizando especialmente el desarrollo de las estancias de bienestar infantil. El Instituto proporcionaría, además “servicios culturales, recreativos y deportivos tendientes a cuidar y fortalecer la salud mental, y procurar la integración familiar y social del trabajador”.

La redefinición en la práctica, observada por la seguridad social mexicana al incorporar en sus respectivas legislaciones una nueva concepción, fue en esencia la inclusión de las prestaciones sociales o complementarias.

Esto permitió a ambas instituciones convertirse en factores de bienestar de la población en general, al rebasar los moldes clásicos de los seguros sociales. Esta acción permitió al Estado mexicano ampliar su capacidad de respuesta a las demandas generadas por las disparidades sociales, cubriendo espacios de política social en una acción institucional para mejorar el nivel de vida de la colectividad. De esta manera, tanto el IMSS como el ISSSTE otorgan estas prestaciones a la población abierta, con excepción de los servicios obligatorios de protección infantil, por medio de las estancias.

El efecto sociopolítico de los servicios que generaron las prestaciones sociales señaladas, rebasa su cuestionamiento. Si bien no todas tienen carácter de obligatoriedad y sus alcances son discrecionales, su acción permitió crear una infraestructura de servicios culturales, deportivos, recreativos y de protección al salario suficientes para aumentar los niveles de bienestar de la población de los centros urbanos más importantes a lo largo de todo el país. La organización y el funcionamiento de los organismos de seguridad social muestran en sus diversas fases, el significado y la trascendencia de las prestaciones sociales, que concede un régimen de seguridad social cuyo desarrollo se inspira en principios ya sancionados por organismos internacionales y que buscan la aplicación de una concepción integral de la seguridad social.

Así, las prestaciones sociales fueron producto de tres circunstancias: la necesidad de elevar las condiciones de vida de los asegurados y sus familias; la eficacia alcanzada por otros servicios sociales, que fue el caso del ámbito educativo, y la adopción en México de la concepción universal respecto a la salud, no sólo como ausencia de enfermedad, dolencia o invalidez, sino como el goce pleno del bienestar físico, mental y social.

Por otra parte, esta nueva concepción solidaria que rigió a las **prestaciones sociales del IMSS** no fue producto del azar, sino que estuvo fincada en los lineamientos que, en materia laboral, dictó el Ejecutivo Federal al pronunciarse por la expedición de una nueva Ley Federal del Trabajo, cuya exposición de motivos fue firmada el 9 de diciembre de 1968 y su puesta en vigor tuvo lugar el primero de mayo de 1970.

Además de beneficiar en casi todos los sentidos a la clase trabajadora, la nueva Ley Federal del Trabajo resultó trascendental para la vida del Instituto, en tanto que determinó la importante reforma que se le hizo a su Ley del Seguro Social que entraría en vigor a partir del 12 de marzo de 1973.

Por lo que toca a la reforma de 1970, cabe decir que en ella se estipuló por primera vez, como materia de ley, la práctica de la solidaridad mediante la extensión de las prestaciones sociales a la población en general, pues según el entonces Presidente Luis Echeverría Álvarez, las modificaciones propuestas para el Artículo Primero de la Ley del Seguro Social, tenían por objeto fijar de manera precisa el contenido del régimen del Seguro Social obligatorio al indicar que se establece para garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, tesis que México ha sostenido de manera constante y reiterada y que culminó con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, documento que fue suscrito y ratificado por nuestro país.

En resumen, las finalidades básicas de las **prestaciones sociales** en México, que conforman el concepto de seguridad social integral, se proponen:

- i) bienestar general de la familia, por medio de la elevación de niveles de vida;
- ii) formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental;
- iii) aplicación adecuada del presupuesto familiar: alimentación, vivienda, vestido, etcétera;
- iv) protección del salario del asegurado mediante tiendas, farmacias y velatorios a precios bajos;
- v) principios y prácticas relacionadas con el desarrollo de la educación del niño;

- vi) interés por la recreación y la correcta utilización del tiempo libre;
- vii) práctica deportiva, como parte de la medicina preventiva;
- viii) extensión cultural y desarrollo de la capacidad creadora, el disfrute de las bellas artes y el fomento del ocio recreativo;
- ix) la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en actividades lucrativas;
- x) proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva dirigida al bienestar social, y
- xi) solidaridad y promoción de la seguridad social en relación con el bienestar de la comunidad.

**ANEXO. Cuadros:**

**1. Infraestructura existente en prestaciones sociales en el IMSS y el ISSSTE.**

**2. Cobertura de atención en los programas de prestaciones sociales 1991.**

## APEENDICE 1. Infraestructura

ORGANISMO	NUMERO DE ESTANCIAS	CENTROS DE SEGURIDAD SOCIAL	AGENCIAS TURISTICAS	TEATROS	TIENDAS
IMSS	351 A	145 B		77	145
ISSSTE	116	135 C	31	1	255
	FARMACIAS	CENTROS VACACIONALES	VELATORIOS	CENTROS DE EXTENSION DE CONOCIMIENTO	
IMSS		4	18	2025	
ISSSTE	88	1	9 D		

FUENTE: Memoria 1990, IMSS, pp. 222 y 236; Memoria 1991, IMSS, p. 112; Agenda estadística 1991, ISSSTE, p. 56; Anuario estadístico 1991, Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales.

- a) 208 participativas, 135 del esquema ordinario y 8 del esquema madres-IMSS.
- b) Incluye dos centros de seguridad social participativa, tres de artesanías, un centro cultural y 23 centros deportivos.
- c) Considera 71 centros culturales, 58 bibliotecas y cuatro centros deportivos.
- d) Incluye seis velatorios y tres centros de incineración.

## APENDICE 2

Instituto Mexicano del Seguro Social. Cobertura de atención en los programas de prestaciones sociales, 1991	
Personas	29 657 870
Grupos	4 949
Acciones	599
Campañas	650
Eventos	28 260
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Cobertura de atención en los programas de prestaciones sociales, 1991	
Personas	7 801 359
Paquete funerario	8 886
Tiendas, farmacias y centros comerciales	90 000 000

Fuente: Idem

a) Clientes contabilizados por asistencia.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DE LAS FUERZAS ARMADAS**

### 5.1 Orígenes del ISSFAM

- A. El Artículo 123 de la Constitución General de la República, en el aspecto relacionado con derechos y obligaciones de trabajadores y patrones, estableció la seguridad social a que tiene derecho toda persona desde su nacimiento hasta su muerte.
- B. En 1926 se publicó la Ley de retiros y Pensiones del Ejército y Armada nacionales, modificándose en 1940, por haber sido agregados nuevos beneficios para los militares y sus derechohabientes.
- C. En 1955 se promulga la Ley de Retiros y Pensiones y se crea la dirección de Retiros y Pensiones, la cual inicia sus actividades el 15 de enero de 1956 efectuando trámites de haberes de retiro, pensiones, compensaciones, préstamos hipotecarios a corto plazo, enajenación de terrenos, casas y arrendamientos.
- D. El 28 de diciembre de 1961, el Congreso de Unión promulga la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que se publica en el Diario Oficial de la Federación el 29 de Junio de 1976, entrando en vigor a partir del 29 de junio del mismo año, por lo que se abrogaron todas las disposiciones anteriores.

### 5.2 Disposiciones jurídicas que respaldan la existencia y regulan las actividades del Instituto, (ISSFAM).

- A. Leyes.
  - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; del 5 de febrero de 1917.
  - Orgánica de la Administración Pública Federal; 29 de diciembre de 1976.
  - Del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; 30 de febrero de

- 1959.
  - Federal de los trabajadores al Servicio del estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional; 28 de diciembre de 1963.
  - Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos; 16 de marzo de 1971.
  - Orgánica de la Armada de México; 26 de diciembre de 1984.
  - Para el control por parte del Gobierno Federal de la organismos descentralizados y empresas de participación estatal; 31 de diciembre de 1976.
  - Para la comprobación, ajuste y cómputo de servicios en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos; 11 de diciembre de 1976.
  - Orgánica del banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, S.A.; 28 de diciembre de 1978.
  - De Obras Públicas; 1º de enero de 1981.
  - Sobre Adquisiciones, Arrendamientos y Almacenes de la Administración Pública Federal; 31 de diciembre de 1979.
  - Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; 30 de diciembre de 1982.
- B. Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal; 1º de septiembre de 1932.
- C. Reglamento Interior del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; 12 de febrero de 1979.
- D. Condiciones Generales de Trabajo del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.
- E. Decretos:
- Por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica del ejército y Fuerza Aérea Mexicana; Diario

- Oficial (D.O.), 12 de mayo de 1975.
- Por el que se reforma y adiciona la Ley de Comprobación, Ajuste y Cómputo de Servicios en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicana; 18 de diciembre de 1975.
- Por el que se reforma y adiciona la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; D.O., 12 de mayo de 1978.
- Por el que se reforma y adiciona la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; D.O., 5 de enero de 1981.

F. Acuerdos:

- De la H. Junta directiva; 12 de febrero de 1976. Por el que las dependencias y entidades de la administración Pública federal adecuarán sus planes, sistemas, estructuras y procedimientos conforme al proceso permanente, programado y participativo de reforma administrativa; D.O. 24 de abril de 1979.
- De la H. Junta directiva; 1º de octubre de 1979. Por el que se crea con carácter permanente la Comisión Intersecretarial de Planeación, Programación y Financiamiento de la Vivienda, D.O. 30 de agosto de 1979.
- Por el que se faculta a la Secretaría de Programación y Presupuesto y al Departamento del Distrito Federal, para realizar gestiones necesarias a fin de contratar un seguro colectivo de retiro en la Aseguradora Hidalgo, S.A., institución nacional de seguros en beneficio de los trabajadores al Servicio del Estado, D.O. 2 de enero de 1981.
- Por el que las Entidades de la Administración Pública Paraestatal se agruparán por sectores a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Federal, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables se realicen a través de las

Secretarías de Estado o Departamento Administrativo como se indica. Este acuerdo abrogó los anteriores datos sobre la materia; D.O. 1º de abril de 1981.

- G. Bases y normas Generales para la Contratación y Ejecución de Obras Públicas aplicables a todos los proyectos y obras que realicen las dependencias a que se refiere la Ley de Inspección de Contratos y Obras Públicas, D.O. 26 de enero de 1970.
- H. Aviso sobre el Procedimiento de Enajenación de Bienes Muebles de la Administración Pública Federal; D.O. 20 de febrero de 1978.
- I. Entidades de la Administración Pública Paraestatal sujetas a control y vigilancia del Ejecutivo Federal; D.O. 11 de octubre de 1979.

### 5.3 Organización y Funciones.

- A. Organización.
  - a. Junta Directiva.
  - b. Dirección General.
    - 1. Coordinación de Asesores.
    - 2. Contraloría Interna.
    - 3. Comisión Interna de Administración y Programación.
    - 4. Comité de Control y Auditoría.
    - 5. Coordinación de Planeación e Informática.
    - 6. Dirección Jurídica.
  - c. Subdirección General.
    - 1. Dirección de Vigencia de Derechos y Control de Pago.
    - 2. Dirección de Prestaciones.
    - 3. Dirección Médica.

4. Dirección de Construcciones.
5. Dirección de Finanzas.
6. Dirección Administrativa.

B. Funciones Generales.

- a. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la Ley del Instituto les encomienda.
- b. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado en la misma Ley.
- c. Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos.
- d. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del Activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para:
  1. La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio.
  2. La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones.
  3. El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.
- e. Coordinar y financiar los recursos del fondo de la Vivienda, programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada.
- f. Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos.
- g. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de la Ley del Instituto.
- h. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.
- i. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.

- j. Expedir los reglamentos para la debida prestación de servicios y para su organización interna.
- k. Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social.
- l. Las demás que le confieran las leyes y reglamentos.

#### 5.4 Tipo de Prestaciones que se otorgan.

- A. Haberes de retiro.
- B. Pensiones.
- C. Compensaciones.
- D. Pagas de defunción.
- E. Ayuda para gastos de sepelio.
- F. Fondo de trabajo (A cargo del Banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, S.N.C.)
- G. Fondo de ahorro ) (A cargo del Banco Nacional del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, S.N.C.)
- H. Seguro de vida.
- I. Venta y arrendamiento de casas, }.
- J. Préstamos hipotecarios a corto plazo.
- K. Tiendas, granjas y centros de servicio.
- L. Hoteles en tránsito (En fase inicial).
- M. Casas hogar para retirados (Proyectos en revisión).
- N. Centros de bienestar infantil (Proyectos en revisión).
- O. Escuelas o internados.
- P. Centros de alfabetización.
- Q. Centros de adiestramiento y superación para esposas e hijas de militares.
- R. Centros deportivos y de recreo.
- S. Orientación social.
- T. Servicio médico integral.
- U. Servicio médico subrogado de farmacias económicas.

#### 5.5 El servicio médico para militares y derechohabientes se proporciona como sigue:

- a. A personal militar en el activo del Ejército y Fuerza Aérea, a cargo de la Secretaría de la Defensa nacional en sus propias instalaciones.
- b. En virtud de que el ISSFAM carece de capacidad instalada, tiene celebrados convenios con la Secretaría de la Defensa Nacional y con la Secretaría de Marina, para que en las instalaciones de dichas secretarías, se proporcione el servicio médico integral subrogado que comprende asistencia:
  1. Médica quirúrgica.
  2. Obstétrica.
  3. Farmacéutica.
  4. Hospitalaria.
  5. Aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios a los familiares del personal en activo, al personal militar en situación de retiro, a los familiares derechohabientes de este personal en retiro y a los pensionistas.

El ISSFAM carece de infraestructura médica, sin embargo proporciona servicios médicos subrogados en instalaciones de la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Secretaría de la Marina.

5.6 En el lapso del 20 de agosto al 20 de septiembre de 1993, el ISSFAM efectuó trámites para proporcionar diversas prestaciones y cubrió las cantidades mensuales correspondientes a los rubros siguientes

A.	Haberes de retiro	31,042
B.	Pensiones	22,289
C.	Compensaciones	589
D.	Pensiones alimenticias	867
E.	Pago adicional a pensionistas por 40 o más años de servicios	36
F.	Pago adicional a personal en retiro por 40 a 44 años de servicio	1,272

G.	Pagas de defunción	57
H.	Ayuda para gastos de sepelio	31
I.	Seguro colectivo de retiro	200
J.	Devolución del fondo de la vivienda	1,193
K.	Pago del seguro de vida militar potestativo	55
L.	Pago del seguro de vida militar obligatorio	39
M.	Créditos hipotecarios a la fecha	9,310
N.	Se efectúan supervisiones de obras, reparaciones mayores y mantenimiento a las unidades habitacionales del área metropolitana como a las diversas ciudades de la República.	

Las cantidades que se expresan fluctúan mensualmente en un pequeño porcentaje al alza o la baja, según el caso.

6

**SISTEMA NACIONAL PARA EL  
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**

### 6.1 Orígenes del DIF

En la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, vigente a partir del 10 de enero de 1986, se define a la asistencia social como “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”.

La asistencia social, de hoy, que apoya los fines del Estado Mexicano de alcanzar el desarrollo nacional con justicia social, encuentra sus antecedentes en distintas etapas de la historia del país.

Desde tiempo de los aztecas se mantenía una asistencia social integral, que cubría las necesidades del hombre desde su nacimiento hasta su muerte.

Con la conquista se destruye el sistema político social existente; las primeras concepciones de asistencia a la población necesitada se dan a través de los religiosos mediante el concepto de obras de caridad. En esa época Vasco de Quiroga funda los primeros hospitales de indios; Fernando Ortiz Cortés, instala la primera casa de cuna y el Virrey Conde de Bucareli, inaugura en 1771 el asilo de pobres o Casa de la Misericordia.

En la época de la reforma durante el gobierno del presidente Benito Juárez, se conceptualiza a la beneficencia pública y se oficializan los primeros actos de la hasta entonces considerada caridad cristiana.

En 1861 el Presidente Juárez crea la Dirección General de Fondos de Beneficencia y exceptúa de toda contribución los bienes afectos al propio fondo, poniendo en vigor el reglamento interior aprobado por el supremo gobierno.

El Presidente Porfirio Díaz decreta las primeras leyes relacionadas con la beneficencia privada y es hasta 1920 cuando el gobierno reorganiza la beneficencia pública, asignándole en su totalidad los productos económicos de la Lotería Nacional.

Con fecha 24 de enero de 1929, se constituyó la Asociación de Protección a la Infancia, para prestar asistencia, brindar protección y amparo a los niños de escasos recursos de nuestro país.

El 31 de diciembre de 1937, Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública, absorbiendo a todos los establecimientos que correspondían a la beneficencia pública; ésta se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad y Asistencia, cuyos objetivos eran cuidar a la niñez, disminuir la mortalidad y lograr mejores generaciones para México.

En enero de 1961, se crea por Decreto Presidencial el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), el 15 de julio de 1968, se constituye un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con el fin de contribuir a resolver los problemas de abandono y explotación de los menores.

En octubre de 1974, se modifican las atribuciones del Instituto Nacional de Protección a la Infancia, creándose posteriormente el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia en diciembre de 1975.

El 10 de enero de 1977 se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez.

En diciembre de 1982, por decretos del Ejecutivo Federal, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se integró al sector salud y se le encomendó la realización de los programas de asistencia social del gobierno de la República, por lo que se adecuaron sus objetivos y se pusieron a su disposición los bienes muebles e inmuebles y los recursos que la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, venía destinando a servicios de asistencia social y de rehabilitación, de carácter no hospitalario.

En febrero de 1984, se promulga la Ley General de Salud, dándole a la asistencia social el carácter de servicio básico de salud y se le agrupa por primera vez en la historia de la legislación sanitaria mexicana, entre las materias de salubridad general.

El 30 de marzo del mismo año, para la optimización y aprovechamiento

común de recursos, se constituyó el Subsector de Asistencia Social, compuesto por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que tiene el carácter de coordinador, los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de la Senectud.

En diciembre de 1985, se aprueba por el Congreso de la Unión la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que se publica en el Diario Oficial de la Federación en enero de 1986, ordenamiento que establece las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia Social, que promueve la prestación de los servicios en este campo y que garantiza la concurrencia y colaboración de la federación, estados, municipios y sectores social y privado.

A partir de la promulgación de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, en las 31 entidades federativas se emitieron ordenamientos estatales en esta materia.

En diciembre de 1982, el Sistema Nacional DIF consolida su estructura orgánica en el marco del Sistema Nacional de Salud, para operar de manera eficiente los programas de asistencia social, bajo la orientación normativa de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Así se lee en el Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de dicho año que le señala por objetivos:

- A) Promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- B) Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad.
- C) Fomentar la educación para la integración social;
- D) Impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez;
- E) Proponer a la dependencia que administre el patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;

- F) Atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada que le confie la dependencia competente;
- G) Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de minusválidos.
- H) Realizar estudios e investigaciones sobre los problemas de la familia, de los menores, ancianos y minusválidos;
- I) Prestar servicios de asistencia jurídica y orientación social a los menores, ancianos y minusválidos;
- J) Intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores que corresponda al Estado en los términos de la Ley respectiva.
- K) Auxiliar al Ministerio Público en la protección de incapaces y a los procedimientos civiles que les afecten de acuerdo con la Ley.

El mencionado Decreto indica que los Institutos Nacionales de Pediatría y Perinatología fundados y operados en años anteriores por el DIF Nacional, se constituirían a partir del 22 de diciembre de 1982, en organismos públicos descentralizados, con los mismos recursos que el DIF destinaba a sus actividades, programas y funciones.

Asimismo, los Hospitales del Niño DIF del Noroeste y de Traumatología y Urgencias, en Sonora y Guerrero respectivamente, pasarían a depender de los gobiernos de esas entidades, con base en los programas de descentralización de la Administración Pública hacia las entidades federativas.

Para 1988, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuenta con 31 Sistemas Estatales DIF, y 1,838 DIF Municipales. De esta manera los beneficios se extienden a un mayor número de mexicanos en el medio rural y en las áreas marginadas urbanas.

En este mismo año la infraestructura del DIF en sus niveles Federal,

Estatal y Municipal, consta de aproximadamente 4,310 instalaciones, conformadas por: Centros de Desarrollo Comunitario, Familiares, de Salud Comunitaria, de Bienestar Social Urbano, de Rehabilitación y Educación Especial e instituciones de investigación y otras destinadas a la prestación de servicios asistenciales. Tan solo en el Distrito Federal existían 300 instalaciones de este tipo.

En la actualidad la asistencia social tiene carácter institucional y las leyes nacional y estatales en materia, norman esta actividad prioritaria en el desarrollo del país; los organismos encargados de instrumentar dichos programas, han consolidado y modernizado su estructura y han iniciado el camino para alcanzar nuevos horizontes en la asistencia a la población con estricto respeto a la dignidad humana.

Paralelo al desarrollo de la asistencia social como una disciplina humanística, avanzan las instituciones responsables de planear, programar y ejecutar las acciones en este rubro de la administración pública.

Asimismo, los Hospitales del Niño DIF del Noroeste y de Traumatología y Urgencias, en Sonora y Guerrero respectivamente, pasarían a depender de los gobiernos de esas entidades, con base en los programas de descentralización de la Administración Pública hacia las entidades federativas.

Las acciones que distinguieron al Sistema durante 1983-1988 estuvieron orientadas en favor de los niños, los ancianos desprotegidos y los niños minusválidos.

“Los niños son el mayor tesoro de las naciones, fieles representantes de las esperanzas de la patria, por ello, los programas que ha de instrumentar el Sistema, deben considerar primordial el sano desarrollo físico y mental de la niñez”. Palabras de la entonces presidenta del Patronato del DIF, señora Paloma de la Madrid.

Durante este período se instrumentaron nueve programas:

-Integración Social y Familiar, dirigido a las familias de zonas marginadas rurales y urbanas, con el objetivo de aportar beneficios a través de pláticas de orientación familiar, aplicación racional del ingreso y atención a los aspectos que procuran la plena integración de la familia.

-Asistencia Social a Desamparados, con el propósito de coadyuvar a la solución de la problemática generada por la insalubridad, la desnutrición, la ignorancia y la pobreza, que repercuten negativamente en las aspiraciones para alcanzar niveles superiores de vida.

-El programa de Asistencia Educacional, fue instrumentado para atender a la población marginal que carece de servicios de educación y operado por medio de modelos de atención, de la participación comunitaria en la educación formal o escolarizada así como en la no formal.

-Programa de Rehabilitación, la prevención, en primera instancia, de la invalidez y acciones médicas, educativas, psicológicas y sociales para detectar y atender las causas que la generan.

-Programa de Asistencia Social Alimentaria con el propósito de mejorar la dieta familiar, al enriquecer la alimentación de los preescolares, lactantes, mujeres embarazadas, minusválidos y ancianos de las comunidades rurales urbanas marginadas.

-Programa de Promoción del Desarrollo Comunitario, a fin de disminuir la marginación por medio de la participación popular, de la asistencia técnica, de los recursos institucionales y poblacionales para resolver los problemas generados en las comunidades. Las acciones de este programa se canalizaron por medio de más de 5,000 Comités de Desarrollo Comunitario existentes en ese año en el área metropolitana de D.F.

-El programa de Asistencia Jurídica, con el objetivo de prestar permanentemente servicios a menores y familias, ancianos y minusválidos en estado de abandono, por medio de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, órgano especializado del DIF.

-Programa de Desarrollo Cívico, Artístico y Cultural, para fortalecer la vida cívica y cultural con la participación de la comunidad y de las familias, en el conocimiento de la cultura mexicana. En este programa

se integraron las actividades deportivas.

-Programa de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación. Propugna por la capacitación y formación de técnicos y profesionales.

La formación de recursos humanos, considera además de la consolidación y fortalecimiento de las actividades que sobre el particular realizan los Institutos Nacionales de Salud Mental y de Ciencia y Tecnología de la Salud, la instrumentación de programas relativos a la capacitación y desarrollo de personal.

## 6.2 Estatuto Orgánico y Funciones

Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuenta con la siguiente estructura orgánica:

- Patronato
- Junta de Gobierno
- Dirección General
- Subdirección General de Operación
- Subdirección General de Asistencia y Concertación
- Oficialía Mayor
- Contraloría Interna
- Instituto Nacional de Salud Mental
- Dirección de Asistencia Jurídica
- Unidad de Comunicación Social
- Dirección de Asistencia Alimentaria
- Dirección de Promoción y Desarrollo Social
- Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social
- Dirección de Concertación y Apoyo a Programas
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales
- Dirección de Programación, Organización y Presupuesto

Atribuciones del Patronato:

El patronato está integrado por 11 miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República, por conducto del Secretario de Salud. El titular de dicha Secretaría y el director general del organismo representan a la Junta de Gobierno ante el patronato.

Corresponde al Patronato fundamentalmente, entre otros, la competencia de los siguientes asuntos:

- Emitir opinión y recomendaciones sobre los planes de trabajo, presupuestos, informes y estados financieros anuales del organismo;
- Apoyar las actividades del organismo y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;
- Contribuir a la obtención de recursos que permitan el incremento del patrimonio del organismo y el cumplimiento cabal de su objeto;
- Designar a su presidente y al secretario de sesiones, y
- Los demás que sean necesarios para el ejercicio de las atribuciones anteriores.

El Patronato celebrará dos sesiones ordinarias al año y las extraordinarias que se requieran.

#### Atribuciones de la Junta de Gobierno.

La Junta de Gobierno está integrada por el Secretario de Salud, quién la presidirá, por los titulares de las secretarías de Gobernación, de Hacienda y Crédito Público, de Educación Pública, del Trabajo y Previsión Social, del Departamento del Distrito Federal, y de los Directores Generales de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, de Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública y del propio organismo.

Corresponde a la Junta de gobierno, entre otros, la competencia de los

siguientes asuntos:

- Representar al organismo con las facultades que establezcan las leyes, para actos de dominio, de administración, y para pliegos y cobranzas;
- Aprobar los planes de trabajo, presupuesto, informes de actividades y estados financieros anuales;
- Aprobar el estatuto orgánico y el manual general de organización;
- Designar y remover, a propuesta del Director General del Organismo, a los Subdirectores Generales, así como al Oficial Mayor y al Contralor Interno;
- Conocer los informes, dictámenes y recomendaciones del Comisario y del auditor externo;
- Aprobar la aceptación de herencias, legados, donaciones y demás libertades;
- Estudiar y aprobar los proyectos de inversión;
- Conocer los convenios de coordinación que se hayan celebrado con dependencias, entidades públicas y privadas, así como de convenios de colaboración con organismos internacionales;
- Aprobar los programas de mediano plazo a que quedaron sujetos los servicios de salud en materia de asistencia social que preste el organismo, con base en las prioridades, políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo y en los Programas Sectoriales;

La Junta de Gobierno celebrará sesiones ordinarias trimestrales y las extraordinarias que se requieran.

#### Atribuciones del Director General.

Corresponde al Director General, entre otros la competencia de los siguientes asuntos:

- Ejecutar los acuerdos y disposiciones de la junta de gobierno;
- Presentar a la junta de gobierno las propuestas, proyectos e informes que requiera para su eficaz desempeño;
- Presentar a la junta de gobierno informes y estados financieros trimestrales.

- Presentar al conocimiento y aprobación de la junta de gobierno los planes de trabajo, presupuestos, informes de actividades y estados financieros anuales del organismos.
- Proponer a la junta de gobierno la designación y remoción de los subdirectores generales, del oficial mayor, del contralor interno, así como designar y remover libremente a los demás servidores públicos del organismo;
- Autorizar los nombramientos del personal y dictar los lineamientos de las relaciones laborales, de acuerdo con las disposiciones legales;
- Planear, dirigir y controlar el funcionamiento del organismo con sujeción a las instrucciones de la junta de gobierno;
- Informar a la junta de gobierno de los convenios de coordinación que celebre la institución con dependencias, instituciones públicas y privadas, así como con organismos internacionales.
- Celebrar acuerdos y concertar acciones con los sectores público, social y privado de las entidades federativas en materia de asistencia social;
- En el marco de los convenios únicos de desarrollo, podrá pactar con los gobiernos de las entidades federativas y a través de éstos con los municipios, las acciones que tengan por objeto promover e impulsar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social;
- Celebrar los convenios, contratos y demás actos jurídicos que sean indispensables para el cumplimiento de los objetivos del organismo;
- Presentar al patronato, para su opinión y recomendaciones, el programa institucional anual del organismo;

A continuación se describen las funciones de cada una de las instancias administrativas del DIF:

#### **Subdirección General de Operación:**

- Administrar la implantación de los programas de las Direcciones de Apoyo a Programas Estatales, Promoción y Desarrollo Social,

Rehabilitación y Asistencia Social y Asistencia Alimentaria.

**Dirección de Concertación y Apoyo a Programas:**

- Promover, implantar y controlar los programas establecidos en los estados a través de los Sistemas Estatales, coadyuvando al bienestar y desarrollo de la comunidad rural.

**Dirección de Promoción y Desarrollo Social:**

- Promover el desarrollo, bienestar, y salud de la población marginada del Distrito Federal, a través de una adecuada implantación de programas.

**Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social:**

- Proporcionar servicios de Rehabilitación y Asistencia Social en el Distrito Federal. Y normar su aplicación a nivel nacional, contribuyendo a la integración social del minusválido y personas sujetas a Asistencia Social.

**Dirección de Asistencia Alimentaria:**

- Mejorar la nutrición familiar, mediante actividades de carácter alimentario, dirigidos principalmente a la población de escasos recursos y grupos sociales marginados.

**Oficialía Mayor:**

- Administrar la función de los Recursos Humanos, Financieros y Materiales, proporcionando los servicios de apoyo administrativos necesarios para el logro de los objetivos del Sistema.

**Dirección de Programación, Organización y Presupuesto:**

- Elaborar los Programas Institucionales y Presupuestales, vigilar

los Recursos Financieros de acuerdo a los programas establecidos.

**Dirección de Recursos Humanos:**

- Proporcionar a la Institución los Recursos Humanos necesarios en calidad, cantidad y oportunidad, así como la administración integral de estos.

**Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales:**

- Dirigir y proporcionar el oportuno apoyo administrativo en Adquisiciones, Almacenes, Servicios Generales, Obras y Conservación, que requiere el Sistema.

**Dirección de Asistencia Jurídica:**

- Asesorar y responder jurídicamente al DIF, administrar la prestación permanente de los servicios de Asistencia Jurídica y de Integración Social a los menores y familias a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

**Contraloría Interna:**

- Controlar y vigilar el manejo de los Recursos Financieros del Sistema, verificar el cumplimiento de los objetivos de los Programas Institucionales.

**Instituto Nacional de Salud Mental DIF (INSAME):**

- Administrar los Programas encaminados a detectar las causas de alteraciones en la salud mental de la niñez, ancianos e inválidos, coordinando la valoración y tratamientos que prevengan las enfermedades.

**Unidad de Comunicación Social:**

- Difundir los Programas Institucionales informando a la población las actividades realizadas.

### 6.3 Programas de Trabajo 1988-1994

Como antes se mencionó el DIF es un organismo público, perteneciente al Sector Salud que, por ley, encabeza al subsector de asistencia social y opera en todo el territorio nacional, en cada entidad federativa, y en más de dos mil municipios de la República Mexicana. A él le corresponde la ejecución de las políticas gubernamentales de asistencia social, por medio de programas específicos dirigidos a la población marginada que brindan:

- . Atención y mejoramiento nutricional.
- . Promoción del Desarrollo Familiar y Comunitario.
- . Protección y Asistencia a los Desamparados.
- . Asistencia a minusválidos.

Para cumplir eficientemente con las funciones que la ley le ha encomendado, el DIF opera con un patronato, cuya composición y funciones fueron señaladas anteriormente, que preside la esposa del presidente de la República, actualmente le corresponde a la señora Cecilia Occelli de Salinas.

La toma de decisiones está a cargo de su Junta de Gobierno y la responsabilidad administrativa recae en una Dirección General, quien tiene a su cargo la ejecución de los programas institucionales.

El DIF realiza sus acciones en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994, y suma su acción al Programa Nacional de Solidaridad, para acudir en apoyo de los desvalidos. En el Plan Nacional de Desarrollo, se establece como objetivo primordial mejorar substancialmente las condiciones económicas, sociales y políticas de los sectores urbanos y rurales más desprotegidos del país.

Para lograrlo, fortalece las formas de organización social de la población, aprovecha los recursos existentes en las zonas marginadas del país y fomenta la participación comunitaria.

Sostiene que sólo en la medida en que los grupos de hombres, mujeres y

jóvenes se organicen y participen, pueden actuar como agentes de cambio y modificar sus condiciones de vida.

Una de las tesis rectoras del DIF se fundamenta en la convención sobre derechos del niño suscrita por México, y aprobada por Decreto Publicado en el Diario Oficial de la Federación en julio de 1990.

La Convención de Derechos del Niño asume el gran reto de asegurar la supervivencia, desarrollo y protección del niño, con acciones decisivas que, en el curso de la presente década, pretenden reducir drásticamente las tasas de mortalidad infantil y desnutrición de los menores, erradicando las enfermedades evitables y curables, mejorando el medio ambiente y fortaleciendo a la familia.

Porque todo niño tiene derecho intrínseco a la vida y debe garantizársele el pleno bienestar, con las acciones directas que velan por su salud e impiden toda forma de violencia física o mental, lesión o abuso, abandono o descuido, maltrato o explotación. En el exigente compromiso, firmemente asumido por México, que impone la Convención sobre los Derechos del Niño, el DIF, tiene un señalado papel que cumplir.

Hoy, desarrolla la Institución a través de sus programas, acciones eficaces dirigidas a proteger al menor y contribuye a su integración social y familiar, proporcionándole albergue, alimentación, vestuario, atención médica integral, educación, recreación y deporte. Profundizar esas acciones es la responsabilidad de hoy del DIF.

En consecuencia los programas del DIF, en apoyo a la integración social y familiar, tienen como destinatarios finales a los niños desprotegidos del país, que constituyen su primera prioridad. Funciona mediante convenios de coordinación con los distintos estados de la República.

Es una institución que refleja un federalismo real y pone de manifiesto la eficacia de los procesos de desconcentración y descentralización que promueve el Gobierno Federal. Así, los programas institucionales se canalizan a través de los sistemas estatales y municipales DIF con los que se mantiene interacción constante.

En el quehacer cotidiano de servir a la población marginada, se fomentan

mejores relaciones, se elaboran en conjunto lineamientos de trabajo, se brinda permanente apoyo técnico, se capacita a los recursos humanos, se fortalece el programa de desarrollo comunitario con promotoras de la Red Móvil Nacional, se manejan los campamentos recreativos y se coordinan acciones con el Programa Nacional de Solidaridad.

Enfasis especial merece la creación y existencia de los DIF municipales porque se entiende que con ello, además de fomentarse la municipalización, la asistencia social entrega sus mayores beneficios. Por este medio, la atención se proporciona en el lugar mismo en que se generan las necesidades de la población, a la vez que se promueve la organización comunitaria y la participación activa y comprometida de todos en la solución de los problemas comunes.

El DIF para desarrollar eficazmente sus actividades cuenta con el apoyo y la interacción de otras instituciones: federales, estatales, municipales. Por ello, permanentemente se coordina a nivel nacional con dependencias y organismos públicos y privados para llevar a cabo programas de orientación sexual y planificación familiar, prevención de la farmacodependencia, menores en situación extraordinaria, asistencia social alimentaria, tequio y desarrollo.

### **Programas en desarrollo**

Actualmente el DIF instrumenta los siguientes programas y subprogramas:

#### I. Atención y mejoramiento nutricional.

Objetivo: Establecer normas en materia de asistencia alimentaria para fortalecer el nivel de alimentación y apoyar el gasto familiar de la población con mayor índice de marginación, con énfasis en los grupos de alto riesgo, a través de la ayuda alimentaria directa, la orientación alimentaria y el fomento de la producción de alimentos para autoconsumo.

Subprogramas:

### 1. Apoyo alimentario en Centros Asistenciales

### 2. Apoyo alimentario a familias

A través de sus Programas Alimentarios el DIF contribuye a resolver el dramático problema del hambre y la desnutrición favoreciendo con ellos a la población marginada.

Con la Asistencia Social Alimentaria, la Institución cumple su tarea fundamental de servir a quienes más lo necesitan, a través de acciones que tienen como objetivo mejorar la dieta familiar y enriquecer la alimentación de los niños, las mujeres embarazadas, lactantes y los minusválidos y ancianos marginados, así como apoyar la producción de alimentos en granjas y huertos familiares.

## II. Promoción del Desarrollo Familiar y Comunitario.

Objetivo: Elevar la calidad de vida de familias y comunidades marginadas a través de su participación activa en programas de asistencia social que les permitan alcanzar su desarrollo integral.

Subprogramas:

1. Atención a familias y comunidades en el D.F.
2. Atención a familias y comunidades en los estados
3. Desarrollo integral del adolescente
4. Cocinas populares y unidades de servicios integrales
5. Micro empresas familiares

A través de 56 centros en el Distrito Federal se llevan a cabo la mayoría de las acciones asistenciales fomentando la participación activa de la población mediante la organización de Comités de Desarrollo Comunitario.

Se fomenta activamente la educación, prestándose servicios a menores en guarderías y jardines infantiles. En coordinación con la Secretaría de

Educación Pública, se atienden escuelas asistenciales, primaria y secundaria abierta y telesecundarias, así como educación no formal, en centros comunitarios de atención preescolar.

Igualmente, se imparten cursos de capacitación tecnológica con la finalidad de vincular la acción educativa al empleo y la producción, propiciándose el mejoramiento del ingreso económico de las familias.

Se estimula la creación de microempresas para mejorar los ingresos de la población, fomentar la capacidad de autogestión y contribuir a la generación de empleos.

Se organizan los Consejos de Ancianos para promover medidas integrales de preservación de su salud física y mental, y su incorporación a una vida productiva.

La Red Móvil Nacional, es un Programa que tiende a impulsar las acciones que mejoren las condiciones socioeconómicas de los grupos humanos de las comunidades marginadas, que invita a la participación consciente, comprometida y solidaria de todos.

Esta Red Móvil opera a través de un grupo de promotoras que trabajan directamente con los miembros de las comunidades rurales para lograr, con una metodología preestablecida y en coordinación con otros programas de gobierno, el bienestar familiar y el desarrollo de la comunidad.

Opera en comunidades rurales marginadas del país, con menos de 1,500 habitantes, que carecen de servicios públicos básicos y a las que no llega la acción social del gobierno.

El Programa promueve la participación activa de la población marginada para que, por medio de la autogestión, mejore sus condiciones de vida y se incorpore al proceso productivo.

Las promotoras de la Red, actúan dando orientación sobre cuestiones tan importantes como hábitos higiénicos y alimentarios; planificación familiar; cuidado de la salud; producción de alimentos para autoconsumo y comercialización; saneamiento ambiental; mejoramiento de vivienda;

construcción de aulas, letrinas y parques rústicos; y, reforestación.

La señora Cecilia Occelli de Salinas, Presidenta del Patronato del DIF, consciente de la atención que debe darse a los jóvenes, inició una cruzada a nivel nacional con el Programa para el Desarrollo Integral del Adolescente. Este programa está dirigido a jóvenes de 12 a 19 años y tiene como objeto mejorar las condiciones del adolescente mediante acciones institucionales, derivadas de la investigación, que permitan el conocimiento y la intervención adecuada de la situación.

El programa difunde en padres, maestros y jóvenes, información sobre el adolescente y sus cambios físicos y psicológicos, su dinámica social, el marco legal que los protege y las medidas necesarias para preservar la salud.

La operación del Programa se centra en dos vertientes: la primera, dirigida a la población cautiva en centros escolares; la segunda, a la población abierta, a través de unidades operativas. Se pretende con ello que el adolescente funcione como un factor de cambio hacia sí mismo, su familia, su comunidad y su país, ya que en esta etapa es el momento en que se construye, se integra y se consolida el concepto de identificación. Las actividades fundamentales del Programa Desarrollo Integral del Adolescente son:

- La instrumentación de un paquete informativo-formativo por medio de pláticas que dan antecedentes sobre aspectos básicos de su desarrollo
- La aplicación de una encuesta que, mediante investigación, permitirá conocer las necesidades, intereses y costumbres de los jóvenes.
- La realización de actividades recreativas, deportivas, culturales y de apoyo escolar, con los jóvenes que participan en el Programa.
- La creación de talleres de capacitación que les den oportunidad de adquirir una formación para ser autosuficientes.

El Programa Desarrollo Integral del Adolescente, coordina las acciones con la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Departamento del Distrito Federal, la Procuraduría General de la Justicia del Distrito Federal y el Patronato Nacional de Promotoras Voluntarias.

Para el DIF, el combate contra la desnutrición constituye una de sus altas prioridades. Con este propósito, y en consonancia con el Programa Nacional de Solidaridad, puso en marcha el Programa de Cocinas Populares y Unidades de Servicios Integrales, COPUSI, como una alternativa para enfrentar la desnutrición, y otros problemas que afectan el bienestar de la familia como son el deterioro de la salud, los bajos niveles de escolaridad, y de capacitación para el trabajo, la insatisfacción de necesidades básicas, la falta de espacios para la expresión y desarrollo de actividades culturales, recreativas y deportivas.

De esta manera mediante la concertación institucional, este programa encauza acciones en el campo de la alimentación que coadyuvan a mejorar el estado nutricional de los grupos de población más vulnerable. Coordina sus acciones con la Secretaría de Salud, la Secretaría de Programación y Presupuesto, la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, CONASUPO, el Departamento del Distrito Federal y el Instituto Nacional Indigenista.

La Cocina Popular procura beneficiar a toda la familia dando acceso a desayunos y si se requiere comidas o cenas: nutritivas, variadas y a bajo precio a niños menores de cinco años, mujeres embarazadas, madres en período de lactancia, minusválidos y ancianos, que por sus características biológicas son quienes mayores riesgos tienen en cuanto a desnutrición y salud en general.

La COPUSI tiene como propósito fundamental lograr el desarrollo social de familias y comunidades de escasos recursos económicos, presentando servicios básicos, con el apoyo y participación activa de las familias beneficiarias, por ello se considera como un centro de solidaridad comunitaria.

Para el funcionamiento de la cocina las familias participantes conforman un Comité, mismo que en asamblea se constituye como la máxima

autoridad, el cual por voto mayoritario elegirá a la Mesa Directiva cuyos miembros serán cambiados de manera periódica a efecto de que todos los integrantes del comité compartan la responsabilidad como en su momento los beneficios.

El establecimiento de una COPUSI requiere la existencia de una comunidad organizada a fin de que proporcione un local y apoyo en la instalación de la cocina, participando posteriormente en actividades inherentes a su funcionamiento, correspondiendo al DIF, proporcionar despensas, equipamiento, asesoría técnica, capacitación y orientación nutricional, así como una despensa básica para la elaboración de los desayunos, que al ser vendidos a los participantes constituirá un fondo que le permite ser autosuficiente.

La Cocina Popular al contemplar una atención integral, genera grandes beneficios entre los que destacan:

- La disminución del gasto familiar a través de la compra colectiva y la preparación conjunta de alimentos.
- Vigilancia del nivel nutricional y de la salud familiar en general.
- Educación y capacitación para el trabajo.
- Libera el tiempo doméstico de la mujer, que puede invertirlo en otros servicios integrados a la cocina, como son: el autocuidado de la salud familiar, las actividades de desarrollo integral del niño, proyectos generadores de ingresos y la participación en actividades recreativas, culturales y deportivas que ayudan a la formación y superación de los diferentes grupos de población desde los niños hasta los ancianos.

A la vez, intenta ser un punto de partida para el desarrollo social, al incorporarse a otras áreas de necesidad como la protección de la salud, el desarrollo infantil y la capacitación para el trabajo. Todo ello, en el marco de la organización y participación comunitaria, piedra angular del Plan Nacional de Desarrollo.

La cocina popular se concibe como un centro de solidaridad comunitaria

que efectúa actividades y presta servicios básicos para el desarrollo social, partiendo de la organización de grupos de familias.

El hambre y la deficiente nutrición siguen siendo problemas. La explosión demográfica contribuye a agudizarlos. En esta dramática lucha, México tiene una fecunda tradición asistencial. Los programas alimentarios asistenciales nacieron en el país hace más de sesenta años. En la actualidad, con ellos se favorece a millones de mexicanos marginados.

Cuatro son las acciones básicas, interdependientes y complementarias, que desarrolla el DIF en materia de asistencia alimentaria:

1. La orientación nutricional, para que la población conozca las bases de una alimentación equilibrada y balanceada a menor costo.
2. El fomento a la producción de alimentos para el autoconsumo en huertos familiares y granjas de especies menores.
3. La ayuda alimentaria directa, para coadyuvar al desarrollo integral y autogestivo de la comunidad.
4. Y, el tradicional reparto de raciones escolares con que se beneficia diariamente a centenares de miles de niños en el área metropolitana y estados circunvecinos.

El DIF, como organismo del gobierno federal encargado de coordinar las acciones de los programas de asistencia social, tendientes a elevar el nivel de vida de los grupos marginados, ha adoptado, además de las acciones tradicionales de protección, una nueva vertiente de modernización asistencial, con criterios de selectividad, temporalidad y productividad, apoyando la realización de actividades de capacitación vinculadas al empleo y la producción. Con base en ello, una de sus estrategias consiste en impulsar el desarrollo de micro empresas familiares por ser un factor importante para el desarrollo económico al coadyuvar, a corto plazo, en los esfuerzos de reactivación del crecimiento, la producción, el empleo y el desarrollo regional.

El programa de microempresas familiares tiene como objetivo general propiciar el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias y comunidades marginadas por medio de su participación activa y solidaria en microempresas familiares con carácter autogestivo.

Como objetivos específicos:

- Promover la organización de grupos comunitarios, autogestivos para la formación de microempresas familiares.
- Lograr que las familias que integren microempresas se constituyan como unidades de acción en favor del desarrollo integral de su comunidad.
- Brindar capacitación y asesoría administrativa sobre aspectos microempresariales.
- Facilitar a los microempresarios el acceso al crédito preferencial por parte del fondo de la familia y otros organismos.

En esta forma el DIF amplía sus horizontes funcionando como promotor y concertador de nuevos programas enfocados a la formación de una conciencia solidaria, en la medida en que cada familia desee incorporarse en forma activa a los procesos de desarrollo económico y social como unidad básica de su comunidad.

### III. Protección y Asistencia a Población en Desamparo

Objetivo: Promover y operar centros especializados para la atención de niños, indigentes, ancianos y en general aquellos establecimientos de la institución en que se contribuya a superar la problemática social y prestar permanentemente servicios de asistencia jurídica, además de normar su aplicación en instituciones de asistencia social pública y privada.

Subprogramas:

### 1. Protección y Atención a Desamparados

### 2. Atención Jurídica y Asistencia a Población en Centros DIF

Dentro de su Programa de Protección y Asistencia Social a Población en Desamparo, el DIF, procura modificar las circunstancias adversas que inciden negativamente en el bienestar de los ancianos, indigentes y menores brindándoles una relación más armónica con su ambiente físico, económico y cultural.

El Programa, reflejo de una concepción solidaria, altruista y fraternal, brinda asistencia a menores, indigentes y ancianos que se encuentran parcial o totalmente en estado de abandono, con el objeto de contribuir a su integración social, familiar y laboral.

Con el Programa, se otorga albergue, alimentación, vestuario, atención médica integral, educación y recreación, capacitación laboral y subsidios temporales.

Con el programa de Protección y Asistencia Social a Población en Desamparo, el DIF, proporciona atención a ancianos mayores de 60 años cuya situación familiar o laboral los coloca parcial o totalmente en estado de abandono o rechazo familiar, maltrato, carencia de recursos económicos o estado de desamparo.

Para tal efecto, la Institución cuenta con Casas Hogar, a la vez que da atención diurna a ancianos de la comunidad para evitar la separación del individuo de su núcleo familiar. La protección a indigentes se otorga mediante la distribución diaria de raciones alimenticias, ayudas económicas, subsidios familiares y bolsa de trabajo.

Este Programa, asimismo, ofrece Casas Cuna a menores de seis años cuya situación familiar los coloca parcial o totalmente en estado de abandono u orfandad de uno o ambos padres. Las Casas Hogar están destinadas para albergar a niños de seis a dieciocho años, también en situación de orfandad o abandono por carencia, rechazo familiar o maltrato. En determinados caso, el DIF, promueve la apertura de Hogares Sustitutos para la asistencia de menores en su mismo domicilio.

El Programa de Protección y Asistencia a los ancianos ofrece, igualmente, alimentación, vestuario, atención médica integral, educación y recreación, capacitación laboral y subsidios temporales. Otorga servicios de prevención de invalidez y rehabilitación integral, como:

- Consulta médica especializada.
- Estudios de gabinete.
- Consulta paramédica de Psicología, Pedagogía y Trabajo Social.
- Tratamiento de rehabilitación y terapias correspondientes.
- Adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales.
- Evaluación de aptitudes y desarrollo de habilidades, con colocación selectiva de empleos.

Al mismo tiempo, el DIF desarrolla trabajo directo en comunidades para detectar con oportunidad riesgos potenciales de invalidez, dando terapia y capacitación individual. También, proporciona asistencia a menores, indigentes y ancianos que se encuentren parcial o totalmente en estado de abandono, con:

- Instalaciones para menores adolescentes, donde se otorgan servicios temporales de albergue, alimentación, atención médica integral, apoyo pedagógico, actividades recreativas, culturales y deportivas, así como el establecimiento en hogares sustitutos.
- La protección a indigentes mediante la distribución diaria de raciones de alimentos, ayudas económicas, subsidios familiares y Bolsa de Trabajo.

La enfermedad mental es tanto grave problema que postra e incapacita a quienes la padecen y aleja al enfermo de los suyos, de su familia, de sus amigos, de la vida, es también materia de preocupación e instrumentación

de acciones del DIF.

La atención de las alteraciones en la Salud Mental requiere de instituciones asistenciales de vanguardia que dirijan sus acciones tanto al individuo como a la familia de que forman parte. Así lo entiende el DIF, que para el cumplimiento de esta noble tarea cuenta con el Instituto de Salud Mental, INSAME-DIF.

Con una concepción global de la salud mental y sus alteraciones, el INSAME-DIF, depende de la Dirección General del DIF, y realiza sus actividades a través de tres Departamentos Especializados: Consulta Externa, Enseñanza e Investigación. A través de ellos, investiga, previene, trata y promueve programas de Salud Mental entre la población objetivo del Sistema. El INSAME-DIF extiende su acción al D.F., y a los 31 Estados de la República.

En el Departamento de Investigación se realizan proyectos para conocer las causas de las alteraciones de la Salud Mental. Tiene en desarrollo más de cincuenta proyectos sobre farmacodependencia, psicopatología, familias, ancianos, adolescencia, repercusiones de la contaminación ambiental en los niños, etc. La investigación clínica, sociomédica y biomédica son sus principales líneas de acción.

El Departamento de Consulta Externa, ofrece atención a niños, adolescentes, ancianos, familias y minusválidos que presentan trastornos de conducta, aprendizaje, psicosis, neurosis, crisis convulsivas, maltrato infantil, problemas familiares y trastornos de adaptación en ancianos, entre otros.

El Departamento de Enseñanza, imparte cursos para la formación de especialistas en las diversas áreas de Salud Mental. Ofrece atención a niños, adolescentes, ancianos, para trastornos de conducta, aprendizaje, psicosis, neurosis, maltrato infantil, problemas familiares y demencias, entre otros.

Para el público en general dispone de la "Escuela para Padres" con un curso que es modelo para otras instituciones, dirigido a padres, futuros padres o público en general. Además, se imparten cursos sobre prevención de la farmacodependencia y cursos de capacitación y actualización

dirigidos a especialistas de las diversas áreas de la Salud Mental.

El Programa de Información Comunitaria sobre aspectos jurídicos, a través de pláticas, conferencias y cursos: mantiene un servicio permanente de consultas legales, resolviendo o canalizando los problemas a las autoridades correspondientes; brinda patrocinio, asesoría y representación en juicio a menores, ancianos, minusválidos y en general a personas de escasos recursos supervisando también las funciones de tutores designados.

Con su Programa de Asistencia Jurídica, el DIF, otorga atención legal y gratuita en la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Este organismo cuenta con tres oficinas, que se localizan al norte, centro y sur de la Ciudad de México, y proporciona asesoría y patrocinio; a población abierta en juicio sobre Derecho Familiar que comprende entre otros:

- Pensiones alimenticias.
- Adopciones.
- Rectificaciones de Actas del Registro Civil.
- Custodia de menores.
- Patria protestad.
- Juicios sucesorios.
- Divorcios.

En beneficio del menor y la familia, el Departamento de Asistencia Social de la Institución, realiza actividades sobre prevención de:

- Maltrato al menor.
- Libertad vigilada a menores infractores.
- Integración familiar y social.
- Coordinación de internados.
- Bolsas de trabajo.
- Prevención y orientación psicológica.

De esta manera toda una red de profesionales del derecho, un sistema sensible a las necesidades de la comunidad, programas bien estructurados y una larga experiencia en la atención de los problemas que requieren de apoyo asistencial, son la base de los servicios gratuitos que presta el DIF.

Por su parte, los Centros de Desarrollo de la Comunidad del DIF en todo el país realizan lo propio en cada una de sus jurisdicciones, en beneficio del menor y la familia.

#### IV. Asistencia a Minusválidos

Objetivo: Proporcionar servicios de rehabilitación no hospitalaria, operando los centros que para este fin tiene el Sistema; normar su aplicación a nivel nacional, así como la formación de profesionales en materia; llevando a cabo las actividades de salud que determine la ley de Asistencia Social; además de establecer coordinación con otras instituciones, promover mejores niveles de salud en comunidades desprotegidas y en la incorporación del minusválido al proceso productivo.

Subprogramas:

1. Rehabilitación no hospitalaria y promoción de la salud en el D.F.
2. Rehabilitación no hospitalaria y promoción de la salud en los estados.
3. Desarrollo de investigación científica y tecnológica.

Los minusválidos son una preocupación permanente para el DIF. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, apoya a su inalienable derecho y participa en su incorporación digna y productiva al seno de la sociedad.

El Programa de Asistencia a Minusválidos de DIF, se desarrolla coordinadamente con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud y realiza diversas acciones de rehabilitación para que sus beneficiarios se integren, en el menor tiempo posible, al quehacer social con absoluta igualdad de oportunidades.

Mediante el Programa de Asistencia a Minusválidos, el DIF, ofrece diversos servicios de rehabilitación integral tales como consulta médica

especializada, atención paramédica de psicología, trabajo social y pedagogía; estudios complementarios de gabinete; tratamientos de terapia física, ocupacional y de lenguaje; dotación y adaptación de prótesis y órtesis; evaluación de aptitudes, desarrollo de habilidades para el trabajo y colocación selectiva en empleos.

Asimismo, presta servicios de prevención de invalidez detectando con oportunidad e informando directamente en las comunidades acerca de los riesgos de padecer problemas invalidantes.

En el Distrito Federal y en los Estados, el DIF, ofrece servicios de rehabilitación integral a los minusválidos mediante atención especializada de alteraciones del sistema neuro-musculoso-esquelético, la visión, la audición, voz y lenguaje.

Desde hace casi 20 años se realizan los Juegos Nacionales sobre Silla de Ruedas para atletas minusválidos, como una manera de propiciar su participación social y estimular su esfuerzo. Han alcanzado resonancia internacional con triunfos altamente significativos en Corea, Inglaterra y Venezuela.

## EPILOGO

A manera de epílogo quisiera concluir la presente monografía con las palabras que el licenciado Genaro Borrego, Director General del IMSS y Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social pronunció en la Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social, realizada en la Ciudad de México, en agosto de 1993:

Podemos afirmar que México cuenta con un avanzado sistema, que se ha constituido en uno de los pilares fundamentales de su política social, por su capacidad redistributiva del ingreso a través de prestaciones que cubren riesgos de trabajo, enfermedad general, maternidad, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte además de otras prestaciones sociales.

Los mexicanos de hoy difícilmente podemos imaginar una sociedad sin acceso a la protección que otorgan las instituciones de seguridad social como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la seguridad social estatal presente en algunas entidades federativas, los servicios de Petróleos Mexicanos y el Instituto que se responsabiliza de cubrir a los miembros de las fuerzas armadas y el DIF vehículo de la asistencia social.

Actualmente, la población amparada por estos servicios asciende aproximadamente a 50 millones de derechohabientes, lo que representa un 60% de los habitantes del país.

Esta cifra aunada a los 11 millones de personas protegidas actualmente por los servicios del Programa IMSS-Solidaridad, hacen que alrededor del 70% de la población esté cubierta en cuanto a atención médica.

El Sistema de Seguridad Social de México conjunta 6,471 unidades médicas, 39,586 camas censables, 20,736 consultorios, 1,279 quirófanos, otro tanto de gabinetes de radio diagnóstico y 630 laboratorios clínicos.

Toda la infraestructura labora cotidianamente. Tan sólo para 1990, se otorgaron alrededor de 100 millones de consultas, se contabilizaron 2.2 millones de egresos hospitalarios, se realizaron 1.3 millones de intervenciones quirúrgicas y se atendieron al 34% de los nacimientos del

país, por dar algunos ejemplos.

Es posible prever que la cobertura seguirá ampliándose en los próximos años y que en este sentido las tasas de crecimiento económico con justicia social, determinarán el ritmo con el que se podrá avanzar. México se transforma paulatinamente y una más de sus múltiples expresiones en este proceso está en íntima correspondencia con las que se dan en otras latitudes, condicionadas por la emergencia de nuevos bloques, la apertura de las economías, la transformación y adecuación de sistemas políticos y sociales, entre otras.

Los sistemas de atención a la salud dentro de la seguridad social no son ajenos a estos cambios, por el contrario, son sensibles y dependientes de los mismos por lo que deben llevar a nuestras instituciones a la revisión constante de sus programas. Es preciso tomar en cuenta que en lo que va del siglo, México al igual que el mundo entero, modificó el tamaño y estructura de su población, producto de los efectos del control sanitario y las medidas de salud pública. Actualmente, existe un descenso paulatino de la mortalidad y un incremento significativo en la esperanza de vida.

Lo anterior ha propiciado que la población en el país llegara casi a duplicarse en las dos últimas décadas resaltando el hecho de que el 50% de la población total son menores de 20 años. Las acciones de planificación familiar, emprendidas por nuestras instituciones, inciden en la fecundidad y con ello se traduce en más población que demanda satisfactores básicos como vivienda, educación y atención a la salud; así como la necesidad creciente de empleo.

El proceso de urbanización de las últimas décadas, propiciado por el éxodo rural-urbano, principalmente de las familias jóvenes, ha traído como consecuencia que más de las dos terceras partes de la población radique en zonas urbanas. El otro segmento de la población lo constituyen las 155 mil localidades con menos de 2,500 habitantes. Lo anterior determina la importancia de configurar estrategias que atiendan las necesidades generales de la población y particularmente en salud.

Para 1990, los países en desarrollo como el nuestro reportaron una tasa de mortalidad infantil seis veces mayor a la de Estados Unidos y Canadá. Esto implica un rezago importante que debe obligarnos a mejorar los

programas de salud reproductiva e infantil, lograr un control adecuado de la fecundidad y abatimiento de las enfermedades infecto contagiosas y la desnutrición.

En la actualidad, la posibilidad de sobrevivir al nacimiento es considerablemente mayor que a principio del siglo, habiéndose logrado una notable mejoría en la esperanza de vida en las entidades federativas más ricas de nuestro país en donde se ha llegado a 71 años de edad.

Este incremento, por un lado muy positivo, incide negativamente como una carga en las instituciones de seguridad social, ya que las enfermedades que afectan a la población de edad avanzada: las cardiopatías, los tumores malignos, las afecciones cerebro vasculares, la diabetes y la hipertensión reclaman atención especializada con recursos humanos y tecnología costosa.

Insuficientes ingresos y altos costos de producción y prestaciones de servicios han sido grandes problemas en nuestras instituciones que requieren ser abordados con firmeza para cubrir los gastos de la atención médica, las pensiones y las incapacidades.

Además, existen otros problemas de salud, cuya etiología está determinada por las condiciones socioeconómicas, de las que sólo deseo señalar los accidentes y las violencias que afectan a la población joven y aquellas que creíamos controladas, como la tuberculosis o el cólera y la emergencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida de tan difícil control.

Es urgente reconocer frente al cambio que hoy se vive, lo importante en la oportunidad y eficaz atención de nuestros servicios administrativos y médicos. No debemos dejar de comprender que la atención a la salud es un servicio vulnerable y que frente a una salud quebrantada no existe una garantía absoluta de satisfacción; sin embargo, frente a tradicionales y nuevos problemas de diferente naturaleza, las instituciones deben reforzar sus acciones para garantizar un mejor acceso a servicios de la mejor calidad posible, a través de mecanismos más eficientes de producción.

En un contexto más amplio y de gran actualidad, la seguridad social mexicana no puede ni debe ignorar los efectos de la política económica internacional.

**BIBLIOGRAFIA  
Y NOTAS**



- Arce Gómez, Antonio. Antecedentes de la seguridad social en México y la actual ley que la rige. Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México 1955.
- Blanco Garrido, Margarita del. Indicadores estadísticos y datos históricos de la evolución del seguro social 1943-1977 (En: Boletín Informativo de Seguridad Social. México. Año 1 N° 6, nov.-dic. 1978).
- Cárdenas de la Peña, Enrique. Proyección de la seguridad social de las fuerzas armadas de México. México 1955.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. Sexta Reunión, México 1960. Seguridad Social Americana. Discurso de Inauguración del Presidente. México, CISS, 1960.
- DIF. Memoria 1983-1988. México 1988
- DIF. Para que México sonría al futuro. México
- DIF. Manual de inducción. México,
- DIF. Folletos. México
- DIF. Informe de actividades 1992.
- García Cruz Miguel. La seguridad social en México. Bases evolución, importancia económica social, política y cultural. México. abril 1972.
- Gerard Bertrand, Alejandro. Manual del Seguro Social. Tematizado. Mex. ed. Limusa y Noruega Editores 1987.
- González Oropeza, Manuel. **Aspectos jurídicos de la seguridad social**. En: La seguridad social y el Estado moderno. FCE, IMSS, ISSSTE. México, 1992.

- ISSSTE. Informe Anual de Actividades 1992, Programa de trabajo 1993.
- ISSSTE. México 1992.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México. Memoria de 25 años de actividades, 1925-1950 de la Dirección de Pensiones Civiles. México. 1950.
- ISSSTE: En transformación con el México moderno 1992. ISSSTE
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Seis años de proyección social. 1965-70. Mex. 1970.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. La incorporación de los estudiantes del nivel medio superior y superior al Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento elaborado por el IMSS. 1988
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 1943-1983. 40 años de historia. IMSS. Mex. México, 1983.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervención del Licenciado Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la LXXIII Asamblea General. Agosto de 1993.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Las prestaciones sociales en la seguridad social integral. México, Jefatura de Servicios de Prestaciones Sociales, 1967.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. El Seguro Social en cifras, 1963-1972. México, 1973.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Administrativa. Oficina de estadística. 1993

- **IMSS. Una historia compartida 1943-1993.** Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1993
- Instituto de seguridad social de las fuerzas armadas mexicanas. Documento elaborado por la Dirección General del ISSFAM.
- Lombera Pallares, E. (coordinador). La seguridad social en el proceso de cambio institucional. IMSS. México 1980.
- Moreno Cueto, Enrique. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. IMSS. México. 1982.
- Narro, José y (compiladores). La seguridad social y el Estado moderno. IMSS, ISSSTE, FCE. México, 1992
- Netter, Francis. La seguridad social y sus principios. IMSS. México. 1982.
- Novelo Von Glumer, Gastón. Importancia de la seguridad social en el desarrollo socio-económico de México. México CPISS 1970.
- Ramírez Iram, Tena. **Es realmente el modelo teórico-médico del ISSSTE el paradigma de la realidad institucional.** Memoria de la Reunión subregional de la Comisión Americana Médico Social. México, 1993.
- Ríos Zertuche, Rodolfo. La seguridad social en México (E: STPS, Revista Mexicana del Trabajo. épc. 6. N° 1 marzo 1970) p.64.83.
- Riva Palacio, Carlos. Informe 1979-1980. 55 años de estar presente. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México.
- Ruiz Naufal, V. Constitución Seguridad Social y solidaridad. IMSS, México, 1992.

- Sánchez Mireles, Rómulo. La seguridad social y el ISSSTE producto de la rev. mex. Un balance de realizaciones 1925-69. México, ISSSTE. 1969.
- Viscarra Cinfuentes, José Luis. Génesis y evolución del IMSS en el contexto socioeconómico. En: Planeación y programa, organización y métodos. México.
- Zertuche Núñez, F. (Coordinador). Historia del IMSS. Los primeros años. IMSS. México 1980

**NOTAS**

1) Zertuche Muñoz, Fernando (coordinador). **Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944.** IMSS. México 1980. pp.1-12

2) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917. Fracción XXIX del artículo 123.

3) “Aprobación del proyecto de Ley del Seguro Social Mexicano por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, septiembre 4 de 1942, México en la CISS. Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 1942, pp.17-21.

4) Excélsior, 21 de agosto de 1943

5) Excélsior, enero de 1944.

6) Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervención del Licenciado Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la LXXIII Asamblea General. Agosto de 1993.

7) Arce Gómez, Antonio. **Antecedentes de la seguridad social en México y la actual ley que la rige.** Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México 1955.

**El capítulo 2, relativo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fue elaborado en base a la síntesis de los siguientes textos:**

Ruiz Naufal, Victor. **Constitución, seguridad social y solidaridad.** IMSS. México 1980.

Revista Mexicana, Cuestión Social. IMSS. Enero de 1993

Zertuche Muñoz, Fernando (coordinador). **Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944.** IMSS. México 1980.

La incorporación de los estudiantes del nivel medio superior y superior al Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento elaborado por el IMSS. 1988

Gallaga García, Roberto. **El concepto integral de seguridad social.** En: *La seguridad social y el Estado moderno.* FCE, IMSS, ISSSTE. México 1992.

González Tiburcio, Enrique y Cordera Campos, Rolando. **Economía Política y Seguridad Social en México.** op. cit.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General de Administración, Oficina General de estadística. 1993

Intervención del Licenciado Genaro Borrego Estrada, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la LXXIII Asamblea General. Agosto de 1993.

Velazquez Díaz Georgina. El Programa IMSS - Solidaridad En: *Revista Mexicana de Seguridad Social, Cuestión Social.* México. IMSS. Enero de 1993.

**El capítulo 3, sobre el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, ISSSTE, se elaboró a partir de resumir los siguientes documentos:**

ISSSTE: En transformación con el México moderno 1992. ISSSTE

Gallaga García Roberto. **El concepto integral de seguridad social y las prestaciones sociales o complementarias.** En: *La Seguridad social...* op. cit.

ISSSTE .Informe Anual de Actividades 1992. Programa de trabajo 1993. ISSSTE. México 1992.

Ramírez Iram, Tena. **Es realmente el modelo teórico-médico del ISSSTE el paradigma de la realidad institucional.** Memoria de la Reunión subregional de la Comisión Americana Médico Social. México, 1993.

**Respecto al capítulo 4, de Prestaciones sociales, se resumió el artículo de:**

Gallaga García, Roberto, op. cit.

**En cuanto al capítulo 5, sobre el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, se elaboró en base al Documento realizado por el ISSFAM.** México, 1993

**Para el capítulo 6, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se resumieron los siguientes documentos:**

DIF. Memoria 1983-1988. México 1988

DIF. Para que México sonría al futuro. México

DIF. Manual de inducción. México,

DIF. Folletos

DIF. Informe de actividades 1992.

**Respecto al epílogo, se retomaron párrafos de la intervención del Licenciado Genaro Borrego Estrada en la Reunión Subregional de la Comisión Americana Médico Social.** México, agosto de 1993.

## **ANEXOS**

Variables determinantes de la organización

Cuadro 1

Concepto/año a	1946	1952	1958	1964	1966	1970
Director General del IMSS	Ignacio García Tellez	Antonio Díaz Lombardo	Antonio Ortíz Mena	Benito Coquet	Saeltiel Alatríste	Ignacio Morones Prieto
Presidente Constitucional de la República	Manuel Avila Camacho	Miguel Alemán Velasco	Adolfo Ruíz Cortines	Adolfo López Mateos	Gustavo Díaz Ordaz	Gustavo Díaz Ordaz
Nº de órganos hasta tercer nivel	16	30	30	30	55	35
Nº de miembros del consejo técnico	6	12	12	12	12	12
Ambito geográfico (nº de municipios)	19	46	115	471	477	533
Población derechohabiente total (miles)	631.10	1,154.50	2,514.40	6,347.10	7,175.40	9,772.50
Asegurados	246.50	434.60	899.50	2,609.50	2,315.10	3,120.80
Beneficiarios	384.60	706.20	1,569.50	4,159.20	4,702.40	6,375.60
Pensionados y familiares	--	13.70	45.40	118.40	157.90	276.10
Recursos Humanos	5,317	11,919	20,502	48,036	53,737	65,063
Población derechohabiente/recursos humanos	11.87	9.69	12.26	13.21	13.35	15.02
Concepto/año a	1974	1976	1982	1990	1992	1993
Director General del IMSS	Carlos Galvez Betancourt	Jesús Reyes Heroies	Arsenio Farell Cubillas	Ricardo García Sainz	Emilio Gamboa Patrón	Genaro Borrego Estrada
Presidente Constitucional de la República	Luis Echeverría Alvarez	Luis Echeverría Alvarez	José López Portillo	Carlos Salinas de Gortari	Carlos Salinas de Gortari	Carlos Salinas de Gortari
Nº de órganos hasta tercer nivel	41	43	45	57	48	39
Nº de miembros del consejo técnico	12	12	12	12	12	12
Ambito geográfico (nº de municipios)	665	782	1,410	1,540	1,543	1,545
Población derechohabiente total (miles)	14,306.40	16,551.60	26,884.80	38,573.10	38,953.40	37,400.57
Asegurados	4,019.90	4,337.90	7,036.50	10,764.00	11,333.50	11,409.26
Beneficiarios	9,909.10	11,718.70	18,940.70	25,671.90	25,392.40	24,204.29
Pensionados y familiares	337.40	495.00	907.60	2,137.20	2,227.50	2,438.18
Recursos Humanos	98,605	121,156	202,863	329,432	337,711	328,470
Población derechohabiente/recursos humanos	14.51	13.66	13.25	11.71	11.53	11.52

FUENTE IMSS, Subdirección general administrativa, Evolución orgánica del IMSS 1943-1984, México, 1985; IMSS, subdirección de finanzas, Ambito Geográfico del IMSS, 1990, México, 1991; IMSS, subdirección general de finanzas, Informe mensual. Población derechohabiente, diciembre de 1991, México, 1992; IMSS, Subdirección general de finanzas, Memoria estadística 1990, Mexico, marzo 1991; IMSS, Subdirección general de finanzas, Informe mensual. Población derechohabiente, diciembre de 1991, México, 1992; IMSS, Subdirección general de finanzas, Memoria estadística 1990, México, marzo de 1991.

a Último año de gestión.

Datos a junio de 1993.

## Leyes, cobertura, fondos y condiciones de elegibilidad

Fechas de las leyes fundamentales y tipos de programas	Cobertura	Procedencia de los fondos	Condiciones de elegibilidad
<p>Vejez, invalidez, muerte Primera ley: 1943. Ley vigente: 1973. Programa de seguro social</p>	<p>Los asalariados y los miembros de cooperativas de producción, agrícolas y de crédito. La cobertura se está extendiendo gradualmente a las zonas rurales. La cobertura se extenderá por decreto a los trabajadores agrícolas, los pequeños agricultores, los pequeños comerciantes, las comunidades campesinas, los trabajadores forestales, las cooperativas industriales o comerciales, los trabajadores independientes, los miembros de la familia ocupados en empresas familiares y el personal doméstico. Todas las personas no cubiertas pueden afiliarse. Existen regímenes especiales para los trabajadores petroleros, los empleados públicos y el personal militar.</p>	<p>Asegurados: 1.5% del promedio de los ingresos. Empleadores: 4.2% de la planilla. Gobierno: 0.30% de la planilla. (Para los trabajadores afiliados por intermedio de cooperativas de producción o de crédito agrícola, la cooperativa paga 50% y el gobierno federal el 50% restante del total de aportes del empleador-empleado.) Ingresos máximos para fines de aportaciones y prestaciones: 10 veces el salario mínimo en el Distrito Federal. Mínimo: un salario mínimo regional. Tasas de aportación especiales para los afiliados voluntarios. (El salario mínimo en el Distrito Federal era de 259 mil pesos el 1° de enero de 1989.)</p>	<p>Pensiones por vejez: edad de 65 años (75 a 95% de la pensión íntegra a la edad de 60-64, en caso de desempleo involuntario), 500 semanas de aportaciones. No se requiere el cese de actividad cubierto si el trabajo nuevo es por otro empleador, después de un período de espera de 6 meses. Pagadoras en el extranjero por sólo dos años salvo que exista convenio recíproco. Pensiones por invalidez: 50% de reducción de la capacidad de ganancia habitual, 150 semanas de aportaciones. Se permite ejercer otra profesión. Pensiones a los sobrevivientes: la persona era pensionada o tenía 150 semanas de aportaciones en el momento de fallecer. Subsidio de sepelio: 12 semanas de aportaciones en los últimos 9 meses o si al fallecer era pensionada.</p>
<p>Enfermedad y maternidad Primera ley: 1943. Ley vigente: 1973. Programa de seguro social (prestaciones monetarias y médicas).</p>	<p>Véase pensiones por vejez (arriba). Se continúa la cobertura hasta 6 1/2 meses para los trabajadores desempleados.</p>	<p>Asegurados: 3% de los ingresos. Empleadores: 8.4% de la planilla. Gobierno: 0.6% de la planilla. Ingresos máximos para fines de aportaciones y prestaciones: 10 veces el salario mínimo en el Distrito Federal. Ingresos mínimos: un salario mínimo de la región.</p>	<p>Prestaciones monetarias por enfermedad: 4 semanas de aportaciones inmediatamente antes de la enfermedad. Trabajadores ocasionales: 6 semanas de aportaciones durante los últimos meses. Prestaciones monetarias por maternidad: 30 semanas de aportaciones por la asegurada durante los últimos 12 meses. Prestaciones médicas: actualmente asegurado o pensionado.</p>

(... continuación cuadro 2)

<p>Accidentes de trabajo Primera ley: 1931. Ley vigente: 1973. Programa de seguro social.</p>	<p>Véase pensiones por vejez (arriba).</p>	<p>Asegurados: ninguna. Empleadores: 0.877 a 8.75% de la planilla, según el riesgo de la empresa; tasa media 1.94% de la planilla. Gobierno: ninguna. Ingresos máximos para fines de aportaciones y prestaciones: 10 veces el salario mínimo en el Distrito Federal. Mínimo: un salario mínimo regional. Sistema especial de aportaciones y prestaciones respecto a los trabajadores independientes.</p>	<p>Prestaciones por accidentes de trabajo: no se exige periodo mínimo de calificación.</p>
<p>Desempleo (El Código de Trabajo requiere que los empleadores paguen a los trabajadores despedidos una suma global de 3 meses de ingresos, más 20 días de ingresos por cada año de servicio.)</p>			
<p>Asignaciones familiares (El empleador paga 1% de la planilla hasta un tope de 10 veces el salario mínimo, en el Distrito Federal, por hijo en el programa de guarderías de niños.) Cubre también un subsidio de matrimonio que se provee al novio bajo el seguro por invalidez: 25% de la pensión por invalidez a la cual tendría derecho, hasta 6 mil pesos. Se requiere 150 semanas de aportaciones.</p>			

FUENTE: Carmelo Mesa-Lago, "La seguridad en América Latina", Progreso económico y social en América Latina, Informe 1991, BID.

**DERECHOAHABIENTES TOTAL DEL PAIS**  
Diciembre 1992 - Julio 1993

Cuadro 3

CONCEPTO	1992			1993			VARIACIONES			
	DICIEMBRE	JUNIO	JULIO	JUL-93/	DIC-92	JUL-93/	JUN-93			
				ABSOLUTA	RELATIVAS	ABSOLUTAS	RELATIVAS			
TOTAL DERECHOAHABIENTES	37,464,560	37,401,958	37,366,947	(97,613)	-0.26%	(35,011)	-0.09%			
1.- ASEGURADOS	11,368,526	11,361,948	11,343,454	(25,072)	-0.22%	(18,494)	-0.16%			
2.- FAMILIARES ASEGURADOS	23,754,831	23,598,278	23,564,254	(190,577)	-0.80%	(34,024)	-0.14%			
3.- PENSIONADOS Y FAMILIARES	2,341,203	2,441,732	2,459,239	118,036	5.04%	17,507	0.72%			
1.1.- ASEGURADOS PERMANENTES	1,264,221	10,088,344	10,037,305	(67,000)	-0.66%	(51,039)	-0.51%			
a).- Urbano	1,090,810	9,771,019	9,721,255	(61,290)	-0.63%	(49,764)	-0.51%			
b).- Campo	173,411	317,325	316,050	(5,710)	-1.77%	(1,275)	-0.40%			
1.2.- ASEGURADOS EVENTUALES	1,264,221	1,273,634	1,306,149	41,928	3.32%	32,545	2.56%			
a).- Urbano	1,090,810	1,082,255	1,114,291	23,481	2.15%	32,066	2.96%			
b).- Campo	173,411	191,379	191,858	18,447	10.64%	479	0.25%			
2.1.- FAM. DE ASEGURADOS PERMANENTES	20,799,921	20,640,119	20,545,067	(254,854)	-1.23%	(95,052)	-0.46%			
a).- Urbano	20,036,577	19,888,495	19,796,507	(240,070)	-1.20%	(91,988)	-0.46%			
b).- Campo	763,344	751,624	748,560	(14,784)	-1.94%	(3,064)	-0.41%			
2.1.- FAM. DE ASEGURADOS EVENTUALES	2,954,910	2,958,159	3,019,187	64,277	2.18%	61,028	2.06%			
a).- Urbano	2,549,589	2,509,751	2,577,338	27,749	1.09%	67,587	2.69%			
b).- Campo	405,321	448,408	441,849	36,528	9.01%	(6,559)	-1.46%			
3.1.- PENSIONADOS	1,258,616	1,309,950	1,318,799	60,183	4.78%	8,849	0.68%			
3.2.- FAM. DE PENSIONADOS	1,082,587	1,131,782	1,140,440	57,853	5.34%	8,658	0.76%			

FUENTE: JEFATURA DE SERVICIOS DE AFILIACION

JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES EN DINERO.

DELEGACIONES REGIONALES, ESTATALES Y DEL DISTRITO FEDERAL.

ELABORO: CONTRALORIA GENERAL.- SUBJEFATURA DE PLANEACION FINANCIERA.- DEPTO. DE INFORMACION DIRECTIVA

- OFICINA DE ESTADISTICA

ASEGURADOS PERMANENTES POR MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO. TOTAL DEL PAIS  
DICIEMBRE 1992 - JUNIO 1993

Cuadro 4

MODULO	CONCEPTO	1992							1993							VARIACIONES			
		DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JUN-93/ ABSOLUTAS	DIC-92/ RELATIVAS	JUN-93/ ABSOLUTAS	MAY-93/ RELATIVAS							
	TOTAL	10,104,305	9,937,108	9,999,363	10,084,468	10,117,615	10,095,708	10,088,344	(15,691)	-0.16%	(7,364)	-0.07%							
	URBANO	9,782,545	9,618,976	9,680,073	9,764,567	9,795,481	9,781,822	9,771,019	(11,526)	-0.12%	(10,803)	-0.11%							
	ESQUEMA INTEGRAL	8,409,504	8,233,850	8,292,268	8,346,267	8,372,197	8,353,271	8,332,100	(77,404)	-0.92%	(21,171)	-0.25%							
10	ORDINARID URBANO	8,190,360	8,018,343	8,072,938	8,127,086	8,153,590	8,136,061	8,113,073	(77,287)	-0.94%	(22,988)	-0.28%							
17	REVERSIDN DE CUOTAS POR SUBROGACION DE SERVICIOS	219,144	215,507	219,330	219,181	218,607	217,210	219,027	(117)	-0.05%	1,817	0.84%							
	ESQUEMA MODIFICADO	1,373,041	1,385,126	1,387,805	1,418,300	1,423,284	1,428,551	1,438,919	65,878	4.80%	10,638	0.73%							
16	CDNT. VOLUNTARIA (2 RAMAS)	142,494	143,797	144,045	145,642	146,317	147,244	147,803	5,309	3.73%	559	0.38%							
20	CONT. VOLUNTARIA (E. Y M)	43,917	44,149	44,083	44,015	43,947	43,698	43,821	(96)	-0.22%	123	0.28%							
21	CONT. VOLUNTARIA (I.V.C.M.)	6,859	6,861	6,867	6,987	7,111	7,076	7,122	263	3.83%	46	0.65%							
27	LOTERIA NACIONAL	4,069	4,047	4,082	4,084	4,092	4,117	4,073	4	0.10%	(44)	-1.07%							
28	TRABAJADORES TAXISTAS	577	577	569	510	494	490	452	(125)	-21.66%	(38)	-7.76%							
29	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	7,463	7,438	7,292	7,108	6,937	6,677	6,656	(807)	-10.81%	(21)	-0.31%							
32	SEGURO FACULTATIVO	993,039	1,004,687	1,007,150	1,034,279	1,837,239	1,041,193	1,049,763	56,724	5.71%	8,570	0.81%							
34	TRABAJADORES DOMESTICOS	235	236	234	234	233	232	231	(4)	-1.70%	(1)	0.43%							
35	PATRONES PERSONAS FISICAS																		
	CON TRAB. A SU SERVICIO	11,850	11,504	11,481	11,867	11,930	11,652	11,601	(249)	-2.10%	(51)	-0.44%							
36	TRAB. SERV. DE EDOS. Y MPIO.	162,538	161,830	162,002	163,574	164,984	166,172	167,397	4,859	2.99%	1,255	0.74%							
	CAMPO	321,760	318,132	319,290	319,901	322,134	313,886	317,325	(4,435)	-1.38%	3,439	1.10%							
	ESQUEMA INTEGRAL:	263,049	263,628	263,665	264,983	266,273	267,070	267,223	4,174	1.59%	153	0.06%							
11	SOCIEDAD DE CREDITO EJIDAL	52,263	52,559	52,540	52,794	52,701	53,301	53,298	1,035	1.98%	(3)	-0.01%							
12	SOCIEDAD DE CREDITO AGRICOLA	3,668	3,707	3,712	3,703	3,702	3,708	3,695	27	0.74%	(13)	-0.35%							
13	ASALARLADOS DEL CAMPO	57,344	56,876	57,056	57,824	57,810	57,551	56,820	(524)	-0.91%	(731)	-1.27%							
15	PEQ. PROPIETARIDS AGRICOLAS	14,101	14,090	12,563	11,256	11,610	11,772	11,813	(2,288)	-16.23%	41	0.35%							
30	PROD. DE CAÑA DE AZUCAR	135,673	136,396	137,794	139,406	140,450	140,738	141,597	5,924	4.37%	859	0.61%							
31	ESQUEMA MODIFICADO: (1)	58,711	54,504	55,625	54,918	55,861	46,816	50,102	(8,609)	-14.66%	3,286	7.02%							

(1) Incluye a Grupos de Ejidatarios incorporados mediante decretos del Poder Ejecutivo Federal y convenios entre dichos grupos y el Instituto.

Fuente: Jefatura de Servicios de Afiliación.

Delegaciones Regionales, Estatutos y del Distrito Federal.

Elaboró: Contraloría General.- Subjefatura de Planeación Finonciera.- Departamento de Información Directiva.- Oficina de Estadística.

## CENTROS DE PRESTACIONES SOCIALES, 1965-1992

AÑOS	TOTAL	DE SEGURIDAD SOCIAL	DE SEGURIDAD SOCIAL PARTICIPATIVOS	CAPACITACION TECNICA	CAPACITACION INDUSTRIAL HOTELERA	DE ARTESANIAS	CULTURALES	CAPACITACION CAMPESINA	TEORICO PRACTICOS PARA EJIDATARIOS	DEPORTIVOS	CENTROS IMSS SOLIDARIDAD
1965	119	95		24							
1966	120	96		24							
1967	119	99		20							
1968	121	101		20							
1969	124	102		22							
1970	126	104		22							
1971	132	105		27							
1972	133	105		28							
1973	143	106		22		6			9		
1974	156	109		27		9			11		
1975	164	112		28		10		1	13		
1976	175	115		33		11		1	15		
1977	128	111		8		8		1	(1)		
1978	132	115		8		8		1			
1979	135	117		7		7	3	1			
1980	139	117		6		4	3	1		8	
1981	138	117		8		(2)	3	1		9	
1982	137	118		7			3	(3)		9	
1983	137	117		7			3			10	
1984	137	117		7			3			10	
1985	133	115		7			3			8	
1986	131	113		7			3			8	
1987	125	113		(4)			3			9	
1988	125	112					3			10	
1989	126	112	1				3			10	
1990	132	116	2 (5)				3	1 (6)		10	
1991	140	118	8				3	1		10	
1992	138	115	8				3	1		11	41 (7)

(1) No operan a partir de 1977

(2) No operan a partir de 1981

(3) No operan a partir de 1982

(4) No operan a partir de 1987

(5) Operan en las delegaciones de Aguascalientes y Zaeatecas

(6) Funciona a partir del 28 de noviembre de 1990

(7) En 1992 se crearon los centros IMSS-SOLIDARIDAD

Fuente: Secretaria General, Jefatura de Prestaciones Sociales.

## TOTAL DE GUARDERIAS POR TIPO Y DELEGACION 1992

Cuadro 6

DELEGACIONES	TOTAL	GUARDERIAS		
		PARA HIJOS DE ASEGURADAS	PARTICIPATIVAS PARA HIJOS DE ASEGURADAS	PARA HIJOS DE TRABAJADORAS DEL IMSS
TOTAL	384	136	248	8
DISTRITO FEDERAL	52	45		7
NO. 1 NOROESTE	14	12		2
NO. 2 NOROESTE	14	13		1
NO. 3 SUROESTE	16	12		4
ND. 4 SURESTE	8	8		
REGIONALES Y ESTATA	332	91	240	1
AGUASCALIENTES	3	1	2	
BAJA CALIFORNIA	24	3	21	
BAJA CALIFORNIA SUR	5	1	4	
CAMPECHE	5	1	4	
COAHUILA	12	6	6	
CP.O.A	8	1	7	
CHIAPAS	7	2	5	
CHIHUAHUA	27	8	19	
DURANGO	6	2	4	
GUANAJUATO	9	5	4	
GUERRERO	9	3	6	
HIDALGO	10	2	8	
JALISCO	21	7	14	
MEXICO-TOLUCA	15	7	7	1
MICHOACAN	12	3	9	
MORELOS	6	2	4	
NAYARIT	4	1	3	
NUEVO LEON	12	6	6	
OAXACA	6	1	5	
PUEBLA	8	4	4	
QUERETARO	9	1	8	
QUINTANA ROO	8	1	7	
SAN LUIS POTOSI	8	2	6	
SINALOA	15	2	13	
SONORA	21	7	14	
TABASCO	5	1	4	
TAMAULIPAS	14	5	9	
TLAXCALA	8	1	7	
VERACRUZ NORTE	18	3	7	
VERACRUZ SUR	11		11	
YUCATAN	9	1	8	
ZACATECAS	5	1	4	

FUENTE: JEFATURA DE SERVICIOS DE GUARDERIAS, DEPARTAMENTO DE PLANEACION Y EXPANSION DEL SERVICIO

GUARDERIAS EN SERVICIO PARA HIJOS DE ASEGURADAS Y NIÑOS INSCRITOS 1983-1992

Cuadro 7

CONCEPTOS	1983	1984	1985	1986 (1)	1987	1988 (2)	1989	1990	1991	1992
<b>TOTAL</b>										
Guarderías	79	111	124	127	128	131	133	135	135	0
Niños inscritos	23,025	27,096	29,057	29,824	29,828	31,206	32,036	32,378	32,062	0
<b>DISTRITO FEDERAL (3)</b>										
Guarderías	42	47	43	45	41	40	43	45	45	45
Niños inscritos	11,681	12,684	11,951	12,069	10,850	11,364	11,320	11,676	11,248	11,185
<b>REGIONALES Y ESTATALES</b>										
Guarderías	37	64	81	82	87	91	90	90	90	91
Niños inscritos	11,344	14,412	17,106	17,755	18,978	19,842	20,716	20,702	20,814	20,600

(1) En Valle de Mexico no se incluyen las Guarderías 06=51 y 048, que dejaron de prestar servicio en febrero y mayo respectivamente. En Delegaciones Regionales y estatales, Dejo de prestar servicio en marzo, el anexo de la guardería 001 de Acapulco, Gro.

(2) No incluye la guardería 042 del D.F., porque dejo de prestar servicio en el mes de julio

(3) De 1983 a 1986 se denominaba Valle de Mexico. A partir de 1987, por la re zonificación, pasa a ser Distrito Federal; razon por la cual se modifica el numero de Guarderías.

Fuente: Jefatura de Servicios de Guarderías, Departamento de Planeación y Expansión del Servicio

**POBLACION Y SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS. 1987 - 1992**  
**PROGRAMA IMSS- SOLIDARIDAD**

Cuadro 8

1ª PARTE

CONCEPTO	POBLACION Y SERVICIOS OTORGADOS																		
	TOTAL						SOLIDARIDAD SOCIAL						IMSS - SOLIDARIDAD						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
Población adscrita a la Unidad	10,085,072	9,964,687	9,807,272	10,086,228	10,358,332	10,954,739	1,595,680	1,539,981	1,526,756	1,482,052	1,432,002	1,479,748	8,489,392	8,424,706	8,280,516	8,604,176	9,106,330	9,474,991	
Cansultas Otorgadas (Total)	5,699,999	5,300,144	4,704,071	5,173,819	6,141,478	6,979,816	1,120,869	1,006,414	913,190	924,219	977,563	1,070,412	4,579,130	4,293,730	3,790,881	4,249,600	5,163,915	5,909,404	
- Medicina Familiar y Dental	5,302,227	4,925,643	4,309,032	4,728,400	5,660,741	6,436,312	928,334	830,435	742,486	732,321	770,732	841,973	4,373,893	4,095,208	3,566,546	3,996,079	4,890,009	5,594,339	
. Medicina Familiar	5,128,235	4,736,575	4,122,361	4,530,325	5,450,025	6,192,487	850,898	761,209	674,151	656,464	692,500	752,017	4,277,337	3,975,366	3,448,210	3,873,861	4,757,525	5,440,470	
. Dental	173,992	189,068	186,671	198,075	210,716	243,825	77,436	69,226	68,335	75,857	78,232	89,956	96,556	119,042	118,336	122,218	132,484	153,869	
- Urgencias y Especialidades	397,772	374,501	395,039	445,419	480,737	543,504	192,535	175,979	170,704	191,898	206,831	228,439	205,237	198,522	224,335	253,521	273,906	315,065	
. Urgencias	252,959	240,342	251,018	274,714	296,819	339,403	127,025	117,040	113,604	125,266	136,544	151,861	125,934	123,302	137,414	149,448	160,275	187,542	
. Especialidades	144,813	134,159	144,021	170,705	183,918	204,101	65,510	58,939	57,100	66,632	70,287	76,578	79,303	75,220	86,921	104,073	113,631	127,523	
Recetas Expedidas	4,966,233	4,647,067	3,999,997	4,383,462	5,241,004	5,754,163	870,573	776,148	695,248	711,271	744,696	791,408	4,095,660	3,870,919	3,304,749	3,672,191	4,496,308	4,962,755	
Hospitalización																			
Ingresos	109,450	107,396	109,118	115,710	122,988	141,341	50,763	47,747	44,880	47,256	48,732	54,947	58,687	59,649	64,238	68,454	74,256	86,394	
Egresos	109,260	107,245	108,903	115,464	122,608	141,038	50,725	47,645	44,820	47,334	48,591	54,844	58,535	59,600	64,083	68,130	74,017	86,194	
Días paciente	367,172	364,281	360,045	379,211	385,350	412,841	159,954	153,155	140,842	147,008	146,730	156,611	207,218	211,126	219,203	232,203	238,620	256,230	
Días cama	474,729	500,496	532,597	548,872	564,296	584,951	223,065	222,400	223,526	226,407	334,647	226,416	2,516,664	278,096	309,071	322,465	339,649	358,535	
Intervenciones quirúrgicas	49,897	49,497	49,452	49,382	56,028	65,717	21,536	21,137	18,333	18,727	20,446	22,728	28,361	28,360	31,119	30,655	35,582	42,989	
Defunciones	2,681	2,686	2,586	2,692	2,444	2,380	1,147	1,114	947	983	857	818	1,534	1,572	1,639	1,709	1,587	1,562	
Partos (institucionales)	65,412	62,233	64,035	69,996	79,826	93,025	22,934	21,168	21,292	22,801	24,496	27,646	42,478	41,065	42,743	47,195	55,330	65,379	
Abortos	5,176	4,976	5,104	5,085	5,487	6,098	2,491	2,240	2,107	2,210	2,251	2,416	2,685	2,736	2,997	2,875	3,236	3,682	
Laboratorio Clínico																			
Personas atendidas	301,781	300,550	304,188	344,706	382,817	408,106	136,474	131,053	128,801	139,216	151,232	158,580	165,307	169,497	175,387	205,490	231,585	249,526	
Estudios realizados	956,966	951,592	978,785	1,266,130	1,420,706	1,586,529	436,943	419,161	417,577	510,351	548,126	587,115	520,023	532,431	561,208	755,779	872,580	999,414	
Radiodiagnóstico																			
Personas atendidas	160,247	184,001	156,304	168,475	181,024	198,673	76,802	67,493	68,065	69,273	73,105	79,476	83,445	80,508	88,239	99,202	107,919	119,197	
Estudios realizados	193,412	182,628	196,639	212,634	227,644	250,640	94,384	84,794	87,687	88,552	89,595	98,056	99,028	97,834	108,952	124,082	138,049	152,584	
Servicios complementarios																			
Curaciones	1,535,176	1,468,385	1,421,698	1,553,713	1,718,177	1,893,844	192,677	170,003	170,350	179,518	174,865	180,521	1,342,499	1,298,382	1,251,348	1,374,195	1,543,312	1,713,323	
Inyecciones	3,266,173	3,062,578	2,837,670	3,267,583	3,744,304	3,949,692	356,011	315,260	288,359	328,518	321,215	317,089	2,910,162	2,747,318	2,549,311	2,939,065	3,423,089	3,632,603	
Venoclisis	171,472	168,223	165,752	184,460	209,874	242,784	52,414	51,051	46,449	52,514	48,726	57,463	119,058	117,172	119,303	131,946	161,148	185,321	
Productos biológicos (Total)	7,007,919	5,329,546	6,031,935	7,519,433	8,061,432	9,148,840	948,566	644,931	743,354	850,764	832,834	944,774	6,059,353	4,684,615	5,288,581	6,668,669	7,228,598	8,204,066	
Antipoliomelítica	3,036,119	2,623,265	2,746,907	2,942,637	3,259,527	4,102,556	411,907	324,406	329,546	342,756	337,797	412,506	2,624,212	2,298,859	2,417,361	2,599,881	2,921,730	3,690,050	
D.P.T.	1,374,795	957,816	904,952	1,532,309	1,258,310	1,339,264	177,384	109,693	100,423	161,348	127,634	144,716	1,197,411	848,123	804,529	1,370,961	1,130,676	1,194,548	
Antisarampión	502,297	278,866	501,641	875,049	970,655	1,103,871	66,757	34,587	55,087	96,738	106,541	99,667	435,540	244,279	446,554	778,311	864,114	1,004,204	
B.C.G.	516,865	190,045	268,337	214,777	671,767	551,179	73,823	24,746	36,596	30,343	66,100	62,682	443,042	165,299	231,741	184,434	605,667	488,497	
Toxoides tetánico	1,531,275	1,007,307	1,208,412	1,812,541	1,808,536	1,997,844	211,944	119,896	171,476	203,268	181,327	217,845	1,319,331	887,411	1,036,936	1,609,273	1,627,209	1,779,999	
Antioftoídica	24,888	256,533	390,961	130,698	79,878	38,249	2,593	28,401	48,031	13,961	7,392	4,837	22,295	228,132	342,930	116,737	72,486	33,412	
Antirrobica	11,988	11,178	6,073	6,431	5,276	3,091	2,171	1,879	768	1,117	1,631	542	9,817	9,299	5,305	5,314	3,645	2,549	
Otros	9,692	4,536	4,652	4,991	7,483	12,786	1,987	1,323	1,427	1,233	4,412	1,979	7,705	3,213	3,225	3,758	3,071	10,807	

POBLACION Y SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS. 1987 - 1992  
PROGRAMA IMSS - SOLIDARIDAD

Cuadro 8  
2ª PARTE

CONCEPTO	POBLACION Y SERVICIOS OTORGADOS																		
	T D T A L						SOLIDARIDAD SOCIAL						IMSS - SOLIDARIDAD						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
Estado nutricional en 5 años																			
Detecciones (total)	998,998	862,641	815,029	1,088,130	1,304,241	1,394,856	141,898	118,992	108,378	126,499	138,711	145,475	857,100	743,649	706,651	961,631	1,165,530	1,249,381	
- Sin desnutrición	732,069	644,145	625,077	857,302	1,094,650	1,234,208	113,453	95,279	86,950	105,442	120,840	130,387	618,616	548,866	538,127	751,860	973,810	1,103,821	
- Con desnutrición	266,929	218,496	189,952	230,828	209,591	160,648	28,445	23,713	21,428	21,057	17,871	15,088	238,484	194,783	168,524	209,771	191,720	145,560	
. Leve	192,142	148,700	126,551	149,162	138,141	108,944	20,833	16,611	14,496	14,256	12,019	10,275	171,309	132,089	112,055	134,906	126,122	98,669	
. Maderada	61,818	55,852	49,477	61,411	54,787	41,044	5,969	5,759	5,348	5,139	4,633	3,841	55,849	50,093	44,129	56,272	50,154	37,203	
. Severa	12,969	13,944	13,924	20,255	16,663	10,660	1,643	1,343	1,584	1,662	1,219	972	11,326	12,601	12,340	18,593	15,444	9,688	
Desnutridos recuperados	65,839	45,292	36,196	45,158	53,841	51,133	6,852	5,252	4,610	5,229	4,467	4,581	58,987	40,040	31,586	39,929	49,374	46,552	
Mujeres capacitadas	362,809	295,726	329,088	427,367	619,833	921,321	53,779	42,457	51,367	53,676	64,614	89,343	309,030	253,269	277,721	373,691	555,219	831,978	
Hidratación oral en 5 años																			
Tratamientos (Total)	260,015	189,250	148,587	179,796	201,826	183,668	37,619	29,041	24,050	25,240	24,941	20,600	222,396	160,209	124,537	154,556	176,885	163,068	
- Preventiva	244,108	179,395	140,146	171,584	193,083	178,218	35,329	27,232	22,228	23,653	23,604	19,646	208,779	152,163	117,918	147,931	169,479	158,572	
- Curativo	15,907	9,855	8,441	8,212	8,743	5,450	2,290	1,809	1,822	1,587	1,337	954	13,617	8,046	6,619	6,625	7,406	4,496	
Deshidratados recuperados	14,779	9,251	7,875	8,045	8,674	5,820	2,159	1,552	1,730	1,508	1,304	1,020	12,620	7,699	6,145	6,537	7,370	4,800	
Detecciones realizadas (Total)	4,659,789	4,263,896	3,983,857	5,133,795	6,876,532	7,973,993	722,632	692,714	639,576	706,715	815,273	809,215	3,937,157	3,571,182	3,344,281	4,427,080	6,061,259	7,047,733	
Tuberculosis	32,861	44,017	43,652	43,831	47,800	51,647	9,365	10,743	10,108	11,781	11,190	13,093	23,496	33,274	33,544	32,050	36,610	38,554	
Fiebre reumática	921,067	852,587	782,411	1,005,839	1,367,214	1,556,096	118,002	117,685	108,418	110,644	123,902	140,579	803,065	734,902	673,993	895,195	1,243,312	1,415,517	
Sífilis	32,614	33,889	34,078	42,842	45,106	55,188	13,309	13,934	14,522	16,141	16,349	21,161	19,305	19,955	19,556	26,701	28,757	34,027	
Diabetes	221,426	224,184	215,371	363,090	665,469	877,809	44,160	51,538	44,612	63,899	90,354	114,215	177,266	172,646	170,759	299,191	575,115	763,594	
Cáncer cervicouterino	36,630	36,622	33,787	37,548	39,290	43,835	16,126	18,792	14,461	15,584	16,291	17,340	20,504	17,830	19,326	21,964	22,999	26,495	
Cáncer mamario	180,134	100,855	86,011	106,884	116,334	130,715	35,172	39,622	33,855	41,842	43,480	42,978	64,962	61,233	52,156	65,042	72,854	87,737	
Hipertensión arterial	1,699,334	1,459,224	1,330,004	1,595,430	2,111,524	2,434,119	260,329	230,342	207,790	218,028	255,365	290,878	1,439,005	1,228,882	1,122,214	1,377,402	1,856,159	2,143,241	
Cardiopatía reumática	616,725	649,877	643,514	850,201	1,179,554	1,429,728	84,271	91,066	97,432	102,297	119,631	23,496	532,454	558,811	546,082	747,904	1,059,923	1,289,187	
Nutrición	998,998	862,641	815,029	1,088,130	1,304,241	1,394,856	141,898	118,992	108,378	126,499	138,711	145,475	857,100	743,649	706,651	961,631	1,165,530	1,249,381	
Afección de vías urinarias	N. D.	23,079	35,153	47,058	65,506	63,497	N. D.	10,152	13,374	17,224	26,257	23,815	N. D.	12,927	21,779	29,834	39,249	39,682	
Paludismo (Muestras gata gruesa)	83,099	84,299	85,432	75,315	109,675	89,078	5,300	4,699	4,786	3,874	5,188	4,350	77,799	79,600	80,646	71,441	104,487	84,728	
Odontología preventiva																			
Personas atendidas	840,518	857,605	968,021	1,112,989	1,311,022	1,453,301	255,682	238,898	227,327	236,367	248,129	237,567	584,836	618,707	740,694	876,622	1,062,893	1,215,734	
Actividades realizadas	2,844,132	3,367,148	4,169,768	5,351,944	7,177,077	8,168,096	651,737	738,907	704,769	800,077	873,161	919,838	2,192,395	2,628,241	3,464,999	4,551,867	6,303,916	7,248,258	
Educación para la salud																			
Sesiones	303,125	302,401	328,192	427,336	554,924	637,436	42,898	43,274	45,320	49,305	56,202	60,496	260,227	259,127	282,872	378,031	498,722	576,940	
Asistentes	4,588,141	4,440,249	4,719,466	5,761,214	7,528,160	9,018,027	750,076	781,999	806,630	833,720	878,650	1,030,934	3,838,065	3,658,250	3,912,836	4,927,494	6,649,510	7,987,093	
Tratamientos familiares																			
Total	446,895	402,103	318,621	380,148	378,819	387,214	56,776	55,364	48,316	53,540	44,482	45,812	390,119	346,739	269,305	326,608	334,337	341,402	
- Amigdalitis recurrente	34,868	26,248	21,612	22,685	24,420	24,060	5,452	4,019	3,323	3,401	2,837	3,709	29,416	22,229	18,289	19,284	21,583	20,351	
- Parasitosis intestinal	360,659	328,492	250,036	300,760	299,441	313,485	44,781	44,832	39,028	43,706	36,755	38,087	315,878	283,660	211,008	257,054	262,686	275,398	
- Escabiasis	51,368	47,363	46,973	56,703	54,958	49,669	6,543	6,513	5,965	6,433	4,890	4,016	44,825	40,850	40,008	50,270	50,068	45,653	

**POBLACION Y SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS. 1987 - 1992**  
**PROGRAMA IMSS- SOLIDARIDAD**

**Cuadro 8**  
**3ª PARTE**

CONCEPTO	POBLACION Y SERVICIOS OTORGADOS																	
	TOTAL						SOLIDARIDAD SOCIAL						IMSS - SOLIDARIDAD					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Nuevas Acept. Plan. Fam.	136,866	125,759	119,688	147,250	178,851	212,086	32,234	28,797	26,490	33,767	37,479	42,868	104,632	96,512	93,198	113,483	141,372	169,218
Orates (Incl. Parteras rurales)	87,332	78,916	71,389	88,375	187,491	114,438	15,849	13,970	12,060	16,842	18,621	18,360	71,483	64,496	59,299	72,333	88,870	96,078
Dispositivo intra-uterino	34,389	32,900	33,773	44,689	55,350	75,811	10,085	9,423	9,600	12,968	14,874	18,515	24,304	23,477	24,173	31,721	41,276	57,296
Quirúrgicos	15,145	13,943	14,556	14,186	16,010	21,837	6,300	5,404	4,830	4,757	4,784	5,993	8,845	8,539	9,726	9,429	11,226	15,844
- Oclusión Tubaría Bilat.	15,058	13,849	14,478	14,103	15,906	21,721	6,264	5,375	4,809	4,731	4,756	5,958	8,794	8,474	9,669	9,372	11,150	15,763
- Vasectomía	87	94	78	83	184	116	36	29	21	26	28	35	51	65	57	57	76	81
Atención prenatal	357,681	325,338	333,898	374,279	508,699	671,290	71,282	63,989	62,157	67,004	77,446	95,458	286,479	261,349	271,741	307,275	431,253	575,832
Consultas de primera vez	148,880	132,656	133,773	148,651	183,292	199,509	28,011	24,345	21,935	24,877	26,825	29,617	120,869	108,311	110,838	124,574	156,467	169,892
Consultas subsecuentes	208,801	192,682	200,125	225,628	325,487	471,781	43,191	39,644	39,222	42,927	50,621	65,841	165,618	153,838	160,903	182,701	274,786	485,940
Partos institucionales (Total)	65,412	62,233	64,035	69,996	79,826	93,025	22,934	21,168	21,292	22,801	24,496	27,646	42,478	41,065	42,743	47,195	55,330	65,379
Partos hospital rural "S"	44,553	43,748	47,266	50,670	56,176	63,538	21,494	19,978	20,251	21,618	23,284	25,964	23,059	23,778	27,015	29,052	32,972	37,574
- Eutócicos	34,825	33,419	35,604	38,353	43,221	48,120	16,767	15,144	15,508	16,453	17,936	19,886	18,058	18,275	20,096	21,900	25,285	28,234
- Distócicos	9,728	10,329	11,662	12,317	12,955	15,418	4,727	4,826	4,743	5,165	5,268	6,878	5,001	5,503	5,919	7,152	7,687	9,340
- Vaginales	1,667	1,551	1,602	1,672	1,432	1,517	768	656	585	631	493	527	899	895	1,017	1,841	939	990
- Abdominales	8,061	8,778	10,060	10,645	11,523	13,901	3,959	4,170	4,158	4,534	4,775	5,551	4,102	4,608	5,902	6,111	6,748	8,350
Parto unidad médica rural	20,859	18,485	16,769	19,326	23,650	29,487	1,440	1,198	1,041	1,183	1,292	1,682	19,419	17,287	15,728	18,143	22,358	27,805
Nacimientos	65,731	62,647	64,476	70,373	80,124	93,411	23,038	21,345	21,499	22,991	24,685	27,861	42,693	41,302	42,977	47,382	55,519	65,550
Nacidos vivos	63,780	60,848	62,632	68,439	78,307	91,483	22,288	20,672	20,878	22,299	24,061	27,208	41,492	48,176	41,754	46,140	54,246	64,275
- A término	61,046	58,155	59,751	65,401	74,845	87,672	21,001	19,494	19,665	20,960	22,752	25,819	48,045	38,661	40,086	44,441	52,093	61,853
- Prematuras	2,734	2,693	2,881	3,038	3,462	3,811	1,287	1,178	1,213	1,339	1,309	1,389	1,447	1,515	1,668	1,699	2,153	2,422
Defunciones perinatales	2,537	2,195	2,227	2,264	2,174	2,387	994	779	713	771	642	748	1,543	1,416	1,514	1,493	1,532	1,639
Recien nacidos	586	396	383	330	357	459	244	106	92	79	98	95	342	290	291	251	259	364
Mortinados	1,951	1,799	1,844	1,934	1,817	1,928	750	673	621	692	544	653	1,201	1,126	1,223	1,242	1,273	1,275
Abortos	5,176	4,976	5,104	5,085	5,487	6,098	2,491	2,240	2,107	2,210	2,251	2,416	2,685	2,736	2,997	2,875	3,236	3,682
Defunciones maternas	68	48	57	63	59	39	16	14	11	16	12	9	52	26	46	47	47	30
Porteras rurales en control																		
Número	N.D.	3,109	3,618	4,166	5,532	6,462	N.D.	346	478	497	547	542	N.D.	2,763	3,140	3,669	4,985	5,920
Actividades:																		
Embarazadas en control	N.D.	39,429	51,333	56,128	74,379	109,655	N.D.	4,364	8,474	7,034	9,175	12,714	N.D.	35,065	42,859	49,094	65,204	96,941
Embarazadas derivadas	14,122	16,414	17,656	19,258	27,289	70,662	2,190	2,251	2,690	2,672	3,626	5,205	11,932	13,890	14,966	16,586	23,583	35,457
Partos atendidos	34,495	35,107	37,606	40,367	47,469	55,870	4,258	4,448	6,233	5,745	6,034	6,261	30,237	30,659	31,373	34,622	41,435	49,609
Nuevas aceptantes (Oral)	18,284	19,548	18,087	19,604	20,953	25,201	5,309	4,761	4,778	5,727	5,820	6,092	12,975	14,787	13,309	13,877	15,133	19,109
Control subsecuente (Oral)	199,802	202,846	215,832	212,424	225,286	257,329	67,577	67,365	86,643	61,195	61,227	57,530	132,225	135,481	129,189	151,229	164,059	199,799
Asistentes rurales activas:																		
Númera	2,832	3,645	2,329	2,255	3,165	4,771	189	250	235	200	276	361	2,643	3,395	2,094	2,855	2,889	4,410
Actividades:																		
Enfermos atendidos	229,728	376,943	373,554	417,975	460,944	696,329	24,012	42,436	42,342	44,935	45,563	66,306	205,716	334,507	331,212	373,040	415,381	630,023
Enfermos derivados	49,936	66,136	60,848	33,816	78,665	129,152	4,190	7,918	6,217	6,876	8,921	12,049	45,746	58,218	54,631	59,148	69,744	117,183
Embarazadas en control	N.D.	11,296	11,883	13,057	14,102	23,760	N.D.	1,325	1,380	1,221	1,530	2,545	N.D.	10,601	18,503	11,836	12,572	21,215
Vigilancia Trat. Fam (Total)	74,949	120,446	119,085	125,221	141,809	205,629	6,621	10,340	10,219	11,169	20,215	17,761	68,328	110,106	108,866	114,052	121,594	187,868
- Paludismo	52,531	84,109	82,359	82,327	86,671	134,096	4,951	7,226	7,003	7,626	8,665	11,116	47,580	76,883	75,356	74,701	78,006	122,980
- Parasitosis intestinal	10,404	16,612	18,831	23,452	25,276	37,102	678	1,423	1,429	1,603	2,089	2,805	9,726	15,189	17,482	21,849	23,187	34,297
- Escabiosis (sarna)	7,672	13,518	13,572	15,811	20,626	29,273	772	1,441	1,533	1,758	3,603	3,607	6,900	12,069	12,039	14,053	17,823	25,666
- Amigdalitis	2,481	3,676	3,004	2,205	4,001	3,149	140	178	156	97	1,958	133	2,341	3,498	2,868	2,108	2,123	3,016
- Tuberculosis pulmonar	1,861	2,539	1,319	1,426	5,155	2,009	80	72	118	85	3,900	100	1,781	2,467	1,201	1,341	1,255	1,909

POBLACION Y SERVICIOS MEDICOS OTORGADOS. 1987 - 1992  
PROGRAMA IMSS- SOLIDARIDAD

Cuadro 8  
Conclusión.

CONCEPTO	POBLACION Y SERVICIOS OTORGADOS																		
	T O T A L						SOLIDARIDAD SOCIAL						IMSS - SOLIDARIDAD						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
Acción comunitaria																			
Integración y organización social Comités de salud activos	8,789	8,463	8,436	9,421	11,277	12,172	880	803	799	788	321	858	7,909	7,660	7,637	8,633	10,456	11,314	
Promotores sociales voluntarios	49,633	47,291	46,873	55,731	70,260	82,061	7,371	7,054	7,081	6,783	7,303	8,288	42,262	40,237	39,792	48,948	62,957	73,773	
Vigilancia y cuidado del agua para consumo humano:																			
Familias participantes	456,086	498,830	515,682	578,113	832,603	1,034,126	64,734	65,332	64,117	72,396	94,606	103,860	391,352	433,498	451,565	505,717	737,997	930,266	
Disposición sanitaria de excreto humana:																			
Familias participantes	406,377	438,329	464,515	543,400	688,263	825,310	61,950	61,647	64,920	73,993	82,103	94,393	344,427	376,682	399,595	469,407	606,160	730,917	
Disposición adecuada de basuras y deshechos																			
Familias participantes	509,200	554,975	610,891	723,892	905,354	1,090,300	70,256	71,763	79,831	94,583	103,921	116,997	438,944	483,212	531,060	629,309	801,433	973,303	
Mejoramiento de la vivienda: Acciones	411,586	397,116	373,858	459,866	545,330	555,645	61,840	60,378	57,150	54,756	60,332	60,712	349,746	336,738	316,708	405,110	484,998	494,933	
Producción de alimentos para consumo familiar																			
Familias participantes	1,118,607	1,016,846	1,192,071	1,740,671	2,187,681	2,727,627	163,113	132,141	135,603	188,468	223,870	265,776	955,494	884,705	1,056,468	1,552,203	1,963,811	2,461,851	
Control de fauna nociva y transmisora																			
Familias participantes	1,008,053	1,067,005	1,275,504	1,526,890	1,944,557	2,590,633	138,447	136,684	157,383	185,376	247,182	298,536	869,606	950,321	1,118,121	1,341,514	1,697,375	2,292,097	

POBLACION ADSCRITA EN HOSPITALES Y UNIDADES MEDICAS RURALES, POR DELEGACION. 1987 - 1992  
PROGRAMA IMSS - SOLIDARIDAD

Cuadro 9

DELEGACIONES	POBLACION ADSCRITA (1)																		
	TOTAL						SOLIDARIDAD SOCIAL						IMSS - SOLIDARIDAD						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
TOTAL	10,085,072	9,964,687	9,807,272	10,086,228	10,538,332	10,954,739	1,595,680	1,539,981	1,526,756	1,482,052	1,432,002	1,479,748	8,489,392	8,424,706	8,280,516	8,604,176	9,106,330	9,474,991	
DISTRITO FEDERAL (2)						6,703													6,703
Nº 1 Noroeste	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nº 2 Noreste	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Nº 3 Sureste	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Nº 4 Suroeste	*	*	*	*	*	6,703	*	*	*	*	*	**	*	*	*	*	*	*	6,703
REGIONALES Y ESTATALES	10,085,072	9,964,687	9,807,272	10,086,228	10,538,332	10,948,036	1,595,680	1,539,981	1,526,756	1,482,052	1,432,002	1,479,748	8,489,392	8,424,706	8,280,516	8,604,176	9,106,330	9,468,288	
Aguascalientes	195,270	*	*	*	*	*	110,160	*	*	*	*	*	85,110	*	*	*	*	*	*
Baja California Norte	46,486	50,029	50,866	52,755	40,309	42,103	**	**	**	**	**	**	46,486	50,029	50,866	52,755	40,309	41,103	
Baja California Sur	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Campeche	126,087	126,878	124,024	118,817	125,470	116,421	48,170	53,754	52,163	47,921	46,819	46,157	77,927	73,124	71,851	78,896	69,451	78,264	
Coahuila	154,536	254,790	146,517	154,920	170,799	295,348	65,171	64,820	58,718	73,229	67,786	79,098	89,365	89,970	87,799	81,691	103,813	116,250	
Colima	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Chiapas	1,235,816	1,186,753	1,156,828	1,204,697	1,314,516	2,443,441	182,438	168,464	262,701	173,199	177,296	200,623	1,053,378	1,018,289	994,127	1,031,498	1,137,220	1,242,818	
Chihuahua	230,836	219,883	215,655	175,822	188,668	204,295	75,539	83,260	87,618	47,761	60,482	64,966	155,297	136,623	228,037	128,061	228,187	139,329	
Durango	355,897	342,141	277,677	278,727	331,268	342,598	119,370	114,199	94,649	83,229	84,349	79,791	236,527	227,942	183,028	195,498	246,919	262,807	
Guanajuato	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Guerrero	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Hidalgo	837,439	835,454	810,500	777,397	695,386	760,754	160,771	186,979	194,634	181,906	176,939	197,154	676,668	648,475	615,866	595,492	518,447	563,600	
Jalisco	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
México-Toluca	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Michoacán	932,247	934,759	962,221	1,022,941	1,058,136	1,101,543	110,165	108,493	121,439	119,255	108,393	104,722	822,082	826,266	848,782	903,686	949,743	996,822	
Morelos	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nayarit	159,741	166,142	256,427	162,886	162,637	162,468	26,274	25,872	27,617	27,677	25,490	25,421	133,467	240,269	228,820	134,209	137,147	137,857	
Nuevo León	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Oaxaca	1,342,573	1,382,258	1,377,909	1,448,336	1,463,523	1,443,048	84,477	90,449	85,042	93,932	79,072	84,958	1,258,896	1,291,801	1,292,867	1,354,404	1,384,451	1,358,090	
Puebla	1,277,735	1,348,252	1,404,302	1,471,689	1,544,957	1,558,384	182,904	193,740	202,264	206,949	202,013	202,929	1,094,831	1,154,512	1,202,038	1,264,748	1,342,944	1,355,455	
Queretaro	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Quintana Roo	96,746	98,525	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	96,746	98,525	*	*	*	*	*
San Luis Potosí	764,671	779,802	785,077	778,373	795,268	799,521	120,114	127,325	223,583	225,145	120,864	128,491	644,557	652,487	661,494	653,228	674,404	672,030	
Sinaloa	314,095	328,927	315,543	327,341	329,383	318,988	102,199	209,698	103,979	207,059	95,514	83,703	211,896	219,229	221,564	220,282	233,869	235,285	
Sonora	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	**	*	*	*	*	*	7,861	9,758
Tabasco	*	*	*	*	7,861	9,758	*	*	*	*	*	**	*	*	*	*	*	*	*
Tamaulipas	281,371	262,071	243,704	216,205	208,581	201,860	22,184	22,460	23,139	23,258	23,899	24,697	259,187	239,611	220,565	192,947	184,682	177,163	
Tlaxcala	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Veracruz Norte	683,691	685,083	693,525	754,825	868,858	873,955	49,703	51,394	52,954	48,873	42,614	40,976	633,988	633,689	640,571	705,952	818,244	832,979	
Veracruz Sur	401,381	414,251	440,799	543,866	652,847	736,482	24,670	25,507	26,092	24,720	25,652	27,674	376,711	388,744	414,707	519,146	627,195	708,808	
Yucatán	145,730	138,904	142,479	120,876	105,401	144,515	**	*	*	*	*	*	145,730	138,904	142,479	120,876	185,481	144,515	
Zacatecas	502,724	509,794	503,229	476,755	492,464	493,554	111,371	113,577	110,164	97,939	95,621	88,398	391,353	396,217	393,065	378,816	396,843	405,156	

(1) Al 31 de diciembre

(2) Por acuerdo N° 304/88 del H. Consejo Técnico, del 18 de mayo de 1988, el concepto de Valle de México cambia al de Distrito Federal. Para 1987 las Delegaciones que existían eran las N° 2,3,4 y 6

\* Delegación descentralizada \*\* No cuenta con unidades en el Régimen.

Fuente: Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad.  
Coordinación de análisis de la Operación y Apoyo Técnico.  
Sistema Único de Información, subsistemas 65 y 66, anuario de Población y Servicios Otorgados.

MUNICIPIOS CON SERVICIOS, POR DELEGACION. 1987 - 1992  
PROGRAMA IMSS - SOLIDARIDAD

Cuadro 10

DELEGACIONES	MUNICIPIOS												
	1987		1988		1989		1990		1991		1992		
	CRECIMIENTO	TOTAL											
TOTAL	N.D.	N.D.	1,031	1,031	86	1,117	62	1,179	21	1,202	18	1,221	
DISTRITO FEDERAL (2)													
Nº 1 Noroeste	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Nº 2 Noreste	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	
Nº 3 Sureste	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	
Nº 4 Suroeste	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
REGIONALES Y ESTATALES	N.D.	N.D.	1,031	1,031	86	1,117	62	1,179	21	1,202	17	1,220	
Agua Calientes		N.D.	N.D.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Bajo California Norte		N.D.	N.D.	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
Bajo California Sur		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Campeche		N.D.	N.D.	6	6	6	2	8	1	9	9	9	
Coahuila		N.D.	N.D.	21	21	21	1	22	1	22	3	25	
Colima		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Chiapas		N.D.	N.D.	106	106	1	107	107	107	(2)	106	106	
Chihuahua		N.D.	N.D.	40	40	1	41	41	1	42	42	42	
Durango		N.D.	N.D.	29	29	4	33	4	37	1	38	38	
Guanajuato		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Guerrero		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Hidalgo		N.D.	N.D.	67	67	67	67	67	67	67	*	*	
Jalisco		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	28	
México-Toluca		*	*	*	*	*	*	*	1	102	*	*	
Michoacán		N.H.	N.D.	80	80	12	92	9	101	*	*	102	
Morelos		*	*	*	*	*	*	*	18	*	*	*	
Nayarit		N.D.	N.D.	18	18	18	18	18	*	*	18	18	
Nueva León		*	*	*	*	*	*	*	3	315	*	*	
Oaxaca		N.D.	N.D.	257	257	34	291	22	313	6	157	(3)	318
Puebla		N.D.	N.D.	135	135	8	143	7	150	*	*	(4)	158
Querétaro		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Quintana Roo		N.D.	N.D.	**	**	*	*	*	*	*	*	*	
San Luis Potosí		N.D.	N.H.	51	51	51	51	1	52	52	52	52	
Sinaloa		N.D.	N.H.	14	14	14	14	1	15	*	16	(5)	16
Sonora		*	*	*	*	*	*	*	2	*	*	*	
Tabasco		*	*	*	*	*	*	*	1	2	2	2	
Tamaulipas		N.D.	N.D.	32	32	2	34	34	*	35	*	35	
Tlaxcala		*	*	*	*	*	*	*	3	*	*	*	
Veracruz Norte		N.D.	N.D.	51	51	11	62	10	72	2	74	(6)	74
Veracruz Sur		N.D.	N.D.	45	45	13	58	4	62	66	(7)	67	
Yucatán		N.D.	N.D.	30	30	30	30	30	30	30	(8)	40	
Zacatecas		N.D.	N.D.	47	47	47	47	1	48	48	48	48	

(1) Por acuerdo Nº 304/88 del II. Consejo Técnico, del 18 de mayo de 1988, el concepto de Valle de México cambia al de Distrito Federal, para 1987 las delegaciones que existían eran las Nº 2, 3, 4 y 6.

(2) Chiapas no considera el Municipio de San Juan Cancuc por no tener asignado clave presupuestal aún cuando opera unidades del programa en el.

(3) Chuxucub includes los Municipios de Acatlán de Pérez Figueroa y San Miguel Soyaltepec que administra la Delegación de Veracruz Sur.

(4) Puebla incluye el Municipio de Teotihuacán del Cabán que le administra a la Delegación de Veracruz Sur.

(5) Sinaloa incluye como Municipio sin serlo a las Islas Marias.

(6) Veracruz Norte no se incluye el Municipio Las Vigas de Ramírez, por haberse dada de baja la UMF transferida al programa como UMR cuyas condiciones no le permitía operar; la población se atiende en el Centro de Salud de Vigas de Ramírez de SSA.

(7) Veracruz Sur incluye los municipios de Acatlán de Pérez Figueroa y San Miguel Soyaltepec que le administra a la Delegación Oaxaca; así como el municipio de Zentla donde se programó para 1992 la construcción de una UMR, se difirió para 1993 por falta de recursos; pero ya cuenta con clave presupuestal asignada.

(8) Yucatán incluye el municipio de Kápona donde se programó para 1992 la construcción de una UMR, se difirió para 1993 por falta de recursos pero ya cuenta con clave presupuestal asignada.

\* Delegación descentralizada

\*\* Na cuenta con unidades en el Régimen.

Fuente: Coordinación general de Programa IMSS-Solidaridad. Coordinación de análisis de la Operación y Apoyo Técnico, sistema Único de Información.

Subsistemas 65 y 66 anuario de población y servicios otorgados.

RECURSOS FISICOS Y MATERIALES. 1987 - 1992  
PROGRAMA IMSS - SOLIDARIDAD

Cuadro 11

CONCEPTO	RECURSOS FISICOS Y MATERIALES																	
	TOTAL						SOLIDARIDAD SOCIAL						IMSS - SOLIDARIDAD					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Unidades en operación	2,454	2,374	2,718	3,128	3,303	3,370	223	207	207	206	205	205	2,231	2,167	2,511	2,922	3,098	3,165
- Hospitales rurales	50	51	52	53	54	54	21	20	20	20	20	20	29	31	32	33	34	34
- Unidades médicas	2,404	2,323	2,666	3,075	3,249	3,316	202	187	187	186	185	185	2,202	2,136	2,479	2,889	3,064	3,131
Casas en servicio autorizadas	5,905	5,951	6,656	7,686	8,081	8,208	946	950	950	991	989	989	4,959	5,001	5,706	6,695	7,092	7,219
- Casas censables	1,085	1,305	1,338	1,536	1,583	1,576	542	576	576	619	619	619	543	729	762	917	964	957
- Casas no censables	4,820	4,646	5,318	6,150	6,498	6,632	404	374	374	372	370	370	4,416	4,272	4,944	5,778	6,128	6,262
Incubadoras	N.D.	116	120	144	146	146	N.D.	58	58	62	62	62	N.D.	58	62	82	84	84
Cunas para recién nacidos sanos	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Consultorios (Total)	2,800	2,757	3,105	3,579	3,764	3,831	389	364	364	392	391	391	2,411	2,393	2,741	3,187	3,373	3,440
- Medicina familiar	2,604	2,551	2,894	3,302	3,483	3,550	299	279	279	279	278	278	2,305	2,272	2,615	3,023	3,205	3,272
- Especialidades	55	56	59	85	85	85	26	25	25	37	37	37	29	31	34	48	48	48
- Odontología	44	51	52	51	52	52	20	20	20	20	20	20	24	31	32	31	32	32
- Medicina preventiva	53	51	51	58	59	59	24	20	20	24	24	24	29	31	31	34	35	35
- Urgencias	44	48	49	52	54	54	20	20	20	20	20	20	24	28	29	32	34	34
- Otros				31	31	31				12	12	12				19	19	19
Quirófanos	42	48	51	51	52	51	20	20	20	20	20	20	22	28	31	31	32	31
Salas de expulsión	52	48	51	52	52	52	20	20	20	20	20	20	32	28	31	32	32	32
Salas de radiodiagnóstico	44	48	51	51	52	52	20	20	20	20	20	20	24	28	31	31	32	32
Laboratorio clínico	58	48	51	51	53	53	30	20	20	20	20	20	28	28	31	31	33	33
Peines de laboratorio	116	96	102	97	99	99	60	40	40	36	36	36	56	56	62	61	63	63

Fuente: Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad  
Coordinación de Análisis de la Operación y Apoyo Técnico  
Sistema Único de Información, Subsistemas 65 y 66 Anuario de Población y Servicios Otorgados.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA, 1983-1992  
SEGURIDAD SOCIAL E IMSS-SOLIDARIDAD

Cuadro 12

MODULO	1983	1984	1985	1986 (1)	1987	1988	1989	1990	1991 (2)	1992 (2)
TOTAL DE ACCIONES PREVENTIVAS	63,675,327	72,774,132	85,340,665	76,501,541	84,287,578	87,476,744	88,354,703	101,621,730	87,047,552	80,010,236
PROTECCION										
INMUNIZACIONES	35,572,785	41,193,392	44,818,806	31,715,533	29,074,841	26,448,083	29,099,296	33,109,136	35,532,311	25,776,664
Antipoliomielíticas	12,639,017	12,625,388	12,342,271	12,979,450	12,041,060	11,839,368	12,207,771	13,179,988	11,815,738	10,399,320
D.P.T.	4,725,426	7,504,358	5,638,691	2,919,098	5,539,050	4,406,096	4,012,665	6,333,069	6,156,449	3,913,733
Antisarampion	3,167,435	299,395	3,384,657	3,083,915	2,159,804	1,377,234	2,161,925	3,168,888	5,475,255	2,399,074
8. C. G.	2,304,018	3,796,656	2,148,326	1,643,072	2,143,668	1,189,881	1,441,383	1,125,698	3,942,862	1,438,966
Taxoide Tetánico	8,906,488	11,628,323	10,900,989	5,782,833	6,621,381	5,819,420	6,629,631	8,375,805	7,729,642	7,189,188
Antitífica	3,445,341	2,240,905	9,711,422	5,044,640	307,427	1,654,712	2,451,282	718,914	258,980	233,681
Antirrábica Humana	170,716	209,515	239,266	159,792	147,431	151,729	106,161	113,016	91,829	82,038
Antihepatitis									11,476	46,024
OTRAS	214,351	190,852	8,289,490	182,733	115,028	89,643	88,478	93,788	50,080	74,643
ODONTOLOGIA PREVENTIVA										
Acciones Realizadas	8,245,016	7,536,819	4,157,277	8,470,122	13,635,583	16,323,317	13,086,726	9,733,606	6,071,907	7,698,491
PREVENCION DE LA DESHIDRATACION										
Solubles Rehidrantes Distribuidos (3)	1,694,468	3,349,663	4,157,277	5,484,642	5,747,827	5,832,270	6,234,309	8,916,504	8,725,384	9,185,097
DESPARASITACION INTESTINAL										
Tratamientos Antiparasitarios			3,753,783	5,345,945	7,819,273	9,062,513	9,168,469	16,831,055	15,414,192	13,800,544
DETECCION										
TOTAL	16,265,934	18,837,234	22,540,040	23,319,121	25,776,007	26,243,358	27,199,525	29,648,908	19,856,121	21,567,376
Sífilis	1,290,651	1,261,131	1,310,407	1,176,163	1,246,031	1,260,519	1,301,448	1,515,031	1,378,450	1,461,346
Tuberculosis	322,474	337,863	298,013	562,625	605,408	578,377	616,377	644,837	484,585	534,885
Fiebre Reumática	2,620,892	3,089,248	4,231,386	3,764,936	3,920,601	3,504,533	3,441,273	3,380,577	1,495,104	1,523,663
Cardiopatía Reumática				922,364	1,562,880	1,688,326	1,777,562	1,126,937		
Cáncer Cervicouterina	1,808,169	930,645	950,213	927,750	367,853	943,625	1,079,977	1,292,917	1,255,645	1,347,423
Dianetes	3,064,457	3,008,916	2,797,539	2,912,791	3,048,957	3,424,586	3,295,031	4,529,853	4,170,654	4,477,370
Nutrición	4,513,335	5,021,268	5,278,850	4,812,903	4,133,425	3,866,392	3,811,637	4,098,063	1,641,159	1,936,673
Cáncer Mamario	529,435	809,841	1,089,328	1,115,446	1,183,453	1,286,642	1,494,884	1,722,388	1,573,911	1,761,832
Hipertensión Arterial	2,744,592	4,089,775	6,304,467	6,895,799	7,332,466	7,588,379	8,215,818	8,942,821	5,776,727	6,231,434
Paludismo	171,929	288,547	279,837	194,844	197,587	275,485	200,818	224,375	118,915	90,614
Afecciones Urinarias				349,280	581,637	690,011	695,498	679,936	634,043	694,102
Infecciones Estreptocócicas				114,723	238,687	266,128	279,561	75,012		
Agudeza Visual				107,763	113,136	99,832	135,486	142,841	130,466	124,008
S.I.D.A.				127,179	304,135	362,997	388,496	597,397	660,045	724,652
Hepatitis				131,358	279,982	317,091	380,941	597,397	544,417	659,374
Otras				3,297	67,849	90,435	93,258	78,626		
PROMOCION										
SESIONES EDUCATIVAS	1,816,537	1,786,777	1,178,118	878,418	892,820	848,709	801,931	1,004,705	529,274	587,521
CURSOS DESARROLLADOS	8,755	8,377	4,172	6,667	1,114	487	367	535		
ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO (4)	71,840	61,870	599,059	1,281,093	1,348,993	2,718,007	2,764,080	3,177,281	918,063	1,394,543

(1) Excepta afecciones urinarias, infecciones estreptocócicas, agudeza visual, S.I.D.A., hepatitis, otras y cursos desarrollados, las totales no coinciden con la suma de servicios otorgados para el régimen de Seguridad Social más Programa IMSS-COPLAMAR que se reparten en el Anuario Estadístico de Servicios Médicos 1986, debido a que en dicho Anuario, las cifras del programa IMSS-COPLAMAR corresponden a 20 Delegaciones, en tanto que para la elaboración del presente cuadro se incluyeron 28 (para detecciones 29). En inmunizaciones se incluye lo aplicada en el Programa de Vacunación Universal.

(2) La información corresponde únicamente a Seguridad Social; Detecciones de Cardiopatía Reumática e Infecciones Estreptocócicas no se practicaron por cambio de metodología en la aplicación.

(3) Datos obtenidos a través del factor; para 1985 la información corresponde a Seguridad Social.

(4) De 1985 a 1990, incluye Seguridad Social e IMSS - SOLIDARIDAD.

Fuente: Jefatura de Servicios de Salud Pública.- División Evaluación.

NOTA: En los años en que no aparece información, los programas aun no estaban implementados.

DOSIS DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS APLICADOS, POR DELEGACION, 1983-1992  
SEGURIDAD SOCIAL E IMSS-SOLIDARIDAD

Cuadro 13

DELEGACIONES	S U M A									
	1983	1984	1985	1986 (1)	1987	1988	1989	1990	1991 (2)	1992 (2)
TOTAL	35,572,785	41,193,392	44,818,806	31,715,533	29,074,841	2,644,083	29,099,296	33,109,136	35,532,311	25,776,664
VALLE DE MEXICO (4)	6,205,341	7,292,444	8,298,440	5,213,976	3,179,209	3,194,830	3,138,602	3,621,782	3,680,888	2,858,299
DELEGACION ND. 1 (5)	1,151,776	1,109,833	1,414,503	1,070,897		855,783	886,793	959,103	998,981	717,172
DELEGACION Na. 2	1,043,302	1,330,003	1,820,646	1,126,554	826,870	889,500	845,710	925,285	1,089,826	699,856
	1,017,418	1,305,772	1,672,878	957,171	879,864	651,503	657,003	821,039	784,625	653,723
DELEGACION No. 4	1,430,556	1,552,183	1,628,190	1,502,146	740,306	798,044	749,096	916,355	807,446	787,548
DELEGACION No. 5 (6)	904,417	1,286,590	1,093,475							
DELEGACION Na. 6	657,872	708,063	668,750	557,208	736,969					
REGIONALES Y ESTATALES	29,367,444	33,900,948	36,520,366	26,501,557	25,895,632	23,253,253	25,960,694	29,487,354	31,851,423	22,918,365
Aguascalientes	279,387	369,185	399,975	295,518	273,411	238,371	279,315	292,143	482,583	281,670
Baja California	575,412	708,508	850,025	533,673	586,795	641,003	661,371	895,945	1,156,495	973,322
Baja California Sur	88,375	134,859	104,349	66,305		112,001	109,573	100,381	154,002	115,625
Campeche	262,370	354,851	378,833	242,251	328,265	240,828	230,604	243,378	271,152	187,986
Coahuila	1,443,264	1,489,422	1,600,783	1,259,697	1,877,104	902,693	914,634	979,271	1,174,550	875,077
Colima	441,112	301,112	341,314	245,529	261,201	194,507	178,478	181,638	261,441	160,151
Chiapas	2,774,835	2,773,984	2,335,653	1,478,069	1,725,930	1,198,222	1,221,350	1,578,043	530,617	401,255
Chihuahua	770,220	935,692	901,576	964,502	828,175	886,607	8,879,759	1,057,323	1,170,063	1,070,782
Durango	483,475	538,327	602,654	527,367	541,443	384,962	452,996	632,035	528,147	363,620
Guanajuato	1,136,075	1,446,375	1,493,692	780,905	995,879	813,977	740,468	923,555	1,553,591	1,024,653
Guerrero	1,091,897	1,349,875	1,465,595	378,130	365,661	357,907	422,947	596,608	676,053	542,437
Hidalgo	624,202	726,288	936,900	952,457	773,481	604,300	722,100	781,273	602,153	388,366
Jalisco	1,889,197	1,761,936	2,291,447	1,602,047	1,243,995	2,314,889	1,437,303	1,702,742	1,769,485	1,794,899
México-Toluca	871,021	872,762	1,133,028	777,052	2,598,901	2,751,173	3,228,913	3,223,591	4,763,975	3,224,255
Michoacán	1,424,417	1,313,525	1,682,259	1,143,164	1,208,919	1,093,764	1,209,223	1,473,219	1,412,336	764,147
Morelos	509,216	628,946	582,105	399,944	379,396	391,910	457,871	377,200	627,648	480,172
Nayarit	740,026	744,721	843,853	566,939	558,933	331,211	410,580	458,391	344,808	266,403
Nueva León	1,235,022	1,414,242	1,544,883	1,157,322	996,644	1,063,344	1,146,838	1,335,188	2,064,057	1,586,841
Oaxaca	1,068,880	1,339,692	1,899,778	1,723,422	1,238,346	971,362	2,314,575	1,429,592	939,767	310,009
Puebla	1,532,905	2,749,768	2,705,120	2,931,329	1,907,211	1,479,949	1,863,703	1,884,440	1,505,851	862,330
Querétaro	418,400	593,542	669,778	310,707	277,263	281,499	298,133	369,727	626,614	442,579
Quintana Roo	226,435	255,500	362,457	266,745	238,248	171,846	200,335	204,644	387,124	200,868
San Luis Potosí	1,097,986	1,934,596	1,304,653	990,033	940,891	1,034,819	975,349	1,066,735	802,973	600,263
Sinaloa	1,832,396	15,911,438	1,885,100	1,206,422	1,183,690	1,013,857	1,278,360	1,375,729	1,413,809	944,305
Sonora	1,350,872	1,386,922	1,269,264	646,896	745,985	729,380	1,001,206	943,146	1,067,594	795,613
Tabasco	5,191,428	838,857	785,883	370,892	319,410	321,949	277,806	299,732	816,304	376,362
Tampulipas	897,028	9,166,208	944,469	921,822	742,328	720,567	760,735	841,828	1,214,573	845,950
Tlaxcala	200,789	260,859	267,309	277,789	133,470	193,910	227,926	229,173	371,494	236,225
Veracruz Norte	1,119,853	1,278,697	1,346,726	1,009,040	1,043,940	875,667	925,445	1,553,557	1,165,735	1,038,604
Veracruz Sur	2,302,807	1,533,162	2,167,655	1,351,899	1,098,701	893,091	1,000,429	1,202,647	872,293	888,689
Yucatán	601,863	701,419	785,489	672,694	625,714	570,350	579,295	648,465	827,686	614,946
Zacatecas	558,945	6,653,618	651,362	650,916	552,301	475,766	556,259	608,115	376,450	261,861

La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de Información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de la seguridad social de los países representados en la CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su participación, para enriquecerlas con sus experiencias acumuladas. Asimismo la edición de su Boletín Informativo con periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que se ha propuesto realizar la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
Secretaría General  
México D. F.  
1993