

**IMSS:
HORIZONTE DEL BIENESTAR
SOCIAL PARA EL MÉXICO
DEL SIGLO XXI**

COLECCIÓN IMSS 80 AÑOS

IV



1943 - 2023

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMSS: Horizonte del Bienestar Social para el México del Siglo XXI

Instituto Mexicano del Seguro Social

COLECCIÓN IMSS 80 AÑOS

IV



GOBIERNO DE
MÉXICO





IMSS: Horizonte del Bienestar Social para el Siglo XXI

Primera edición, 2023.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma #476, Colonia Juárez,
C. P. 06600, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-9464-77-6

Coordinadora editorial:
Dra. Asa Ebba Cristina Laurell

Autora:
Dra. María Luisa Mussot López

Agradecimiento especial:
A Michelle Ponce Acosta, María José Vázquez Fiallega, Beatriz Cruz Santiago y Leticia Ruíz Guzmán.

Coordinación Técnica de Difusión

Edición y corrección de estilo:
Carolina Serrano Rocha
Germán Romero Pérez
Beatriz Viviana Cruz Santiago
Gustavo Marcos Cazarín
Alejandra de la Colina Ochoa
Ezra Gutiérrez Ramírez

Diseño:
Rosaura Nieto

Tipografía:
Montserrat

Esta publicación estuvo a cargo de la Dirección de Planeación para la Transformación Institucional del IMSS, bajo la conducción la Dra. Asa Ebba Cristina Laurell, y de la Coordinación de Políticas de Seguridad Social, cuya titular —Dra. María Luisa Mussot López— escribió el texto.

La corrección de estilo y la impresión fueron realizadas por la Coordinación de Políticas de Seguridad Social y la Unidad de Comunicación Social del IMSS.

Derechos reservados ©
Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

El lenguaje empleado en esta publicación es conforme a la Real Academia de la Lengua Española y no pretende discriminar o marcar diferencias entre mujeres y hombres. Las referencias o alusiones hechas en género masculino abarcan a ambos sexos.

Impreso y hecho en México.

"El pueblo no podía descansar su estabilidad en desnutridos, analfabetos, familias que viven en la promiscuidad, madres campesinas agotadas; no hay efectiva justicia social sin paz en los estómagos, en los cerebros y en la vida de los marginados [...] mientras haya hambre en el pueblo y mientras haya sectores marginados, no podrá haber salud ni avance. No podemos estructurar un régimen nacional estable si el mejoramiento social se funda en minorías privilegiadas y no se amplía el bienestar colectivo del pueblo, pues sin justicia social no hay verdadera democracia; la verdadera seguridad social está en que nos sintamos todos partes de una unidad, y que los que más tienen aporten sus recursos para los que menos o nada tienen."

LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ¹
Autor de la iniciativa de la Ley del Seguro Social
y segundo Director General del IMSS



DIRECTORIO

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
Dirección General

LIC. MARCOS BUCIO MÚJICA
Secretaría General

DRA. CÉLIDA DUQUE MOLINA
Dirección de Prestaciones Médicas

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

MTRO. BORSALINO GONZÁLEZ ANDRADE
Dirección de Administración

MTRA. NORMA GABRIELA LÓPEZ CASTAÑEDA
Dirección de Incorporación y Recaudación

LIC. ANTONIO PÉREZ FONTCOBA
Dirección Jurídica

MTRA. CLAUDIA LAURA VÁZQUEZ ESPINOZA
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

MTRO. MARCO AURELIO RAMÍREZ CORZO
Dirección de Finanzas

LIC. JAVIER GUERRERO GARCÍA
Dirección de Operación y Evaluación

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL
Dirección de Planeación para la Transformación Institucional

LIC. SALIM ARTURO ORCÍ MAGAÑA
Órgano Interno de Control

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO
Programa IMSS-Bienestar

LIC. AMADEO DÍAZ MOGUEL
Unidad de Comunicación Social

MTRO. JORGE ARMANDO MARENGO CAMACHO
Secretaría Técnica para los 80 Años del IMSS

LIC. CAROLINA SERRANO ROCHA
Coordinación del Comité de Publicaciones de la Colección IMSS 80 Años



ÍNDICE

Introducción	17
El IMSS y sus orígenes	23
I.1. El IMSS y el modelo desarrollista	26
I.2. IMSS, 1943-1973: derecho social y modelo de seguridad social pública. Valores y principios originales	30
I.3. Ramos de aseguramiento para las personas trabajadoras	32
I.4. La reforma de 1973 a la Ley del Seguro Social	35
Modernización del IMSS, 1982-1994	39
II. 1. Condiciones de contexto	42
II.1.1. Modernización del IMSS como entidad de la Administración Pública Federal, 1982-1994	46
II.1.2. Modernización del IMSS como entidad del sector salud	47
II.2. El IMSS, 1982-1994: cimientos de su transformación de mercado	50
II.2.1. Desfinanciamiento del Instituto, ralentización en el crecimiento de afiliación y cambio en el perfil de las personas derechohabientes	50
Cambio en el perfil de afiliación al IMSS	53
II.2.2. Contención y deterioro de la infraestructura, equipo e insumos	54
Incremento en la demanda de atención	55
Falta de inversión en infraestructura	56
II.2.3. Quejas de las personas trabajadoras y derechohabientes: acusaciones sobre la privatización del Instituto	57
II.2.4. Modernización del IMSS: liberalizar y mercantilizar para andar	58
Sectorización y redefinición de las líneas de autoridad	60
Desconcentración y dispersión de competencias administrativas	61

62	Estrategias modernizadoras: calidad, evaluación, simplificación administrativa y gerencia directiva de mercado
66	Flexibilizar al IMSS y liberalizarlo al mercado
67	Apertura a la subrogación de servicios
69	Reforzamiento del carácter de autoridad fiscal del IMSS
69	II.2.5. Individualización y privatización de los fondos de pensiones vía la incorporación del Seguro de Retiro y creación del Sistema de Ahorro para el Retiro
69	Separación contable de los ramos de aseguramiento —individualización— y disciplina financiera
70	Individualización y privatización del ahorro de las personas derechohabientes: creación del Seguro de Retiro

III

73	Nueva Era del IMSS, 1994-2000
75	III. 1. Continuidad con las reformas del Estado neoliberal
80	III.2. Reforma estructural a la Ley del Seguro Social de 1995
81	III.2.1. Privatización del ahorro de las personas trabajadoras e individualización de los ramos de aseguramiento
87	III.2.2. Reestructuración de los esquemas de financiamiento de los ramos de aseguramiento
88	III.2.3. Seguros sociales y autoaseguramiento
90	III.3. Nueva Era del IMSS
94	III.3.1. Segunda ola de desconcentración del Instituto, reestructuración y separación de funciones de rectoría, administración y prestación de servicios
94	Separación de funciones
99	III.3.2. Cultura gerencial, calidad y premio al mérito
99	Cultura gerencial
100	Calidad
101	III.3.3. Fiscalización y cambio de funciones
102	III.3.4. Subrogación
103	Concesiones

III.4. Conformación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada: hacia la intersectorialidad de servicios médicos	104
III.4.1. Modernización del primer nivel o Unidades de Medicina Familiar	105
III.4.2. Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud	106
III.4.3. Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada	106
III.4.4. Grupos Relacionados con el Diagnóstico	108
III.4.5. Modelo de Gestión Clínica	108
III.4.6. Intersectorialidad	109
III.5. Desfinanciamiento, deterioro institucional y avance en su desmantelamiento como institución monopólica de Estado	110
DEMOCRATIZAR EL IMSS, 2000-2006: HACIA EL SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD	115
IV.1. Profundización del modelo neoliberal en la fase de democracia liberal representativa	117
IV.1.1. Innovación de la Administración Pública Federal	119
IV.1.2. Reforma social de básicos universales	119
IV.1.3. Reforma estructural en salud: Seguro Popular, un paso adelante ni uno atrás	121
IV.2. Democratización del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001-2006	125
IV.2.1. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001-2006	125
IV.2.2. Reforma a la Ley del Seguro Social de 2001: hacia la sustentabilidad financiera del Instituto	127
Fortalecer la capacidad recaudatoria del IMSS como autoridad fiscal	130
Reforzar la autonomía presupuestal con transparencia y eficiencia	131
Constituir reservas técnicas	132
Redefinir lo público: ampliación del régimen patrimonial del IMSS	134
Modernizar la gestión de los recursos humanos	135

135	Legalizar la incorporación y aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación
136	IV.2.3. Profundización de las estrategias de modernización mercantil en el IMSS
136	Tercera fase de la desconcentración del IMSS hacia la autonomía de gestión: OOAD-Delegacional y Regional, y OOAD-UMAE
139	Cambios organizativos: DIDT, DAEG, DPES, afiliación y cobranza
140	Subrogación de servicios médicos y guarderías
142	IV.2.4. El IMSS pionero en las experiencias mercantiles públicas hacia a la constitución del Sistema Nacional de Salud
142	Fortalecimiento del primer nivel de atención
143	Costos Unitarios Promedio
143	Intercambio interinstitucional de servicios
144	Calidad y calidez en el IMSS en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios en Salud
145	IV.3. Persistencia en el desfinanciamiento y deterioro del IMSS

V

151 **IMSS, 2006-2012: construir alianzas, eficiencia funcional y competencia**

154	V.1. Condiciones de contexto
159	V.2. Fortalecimiento de un IMSS competidor y su participación en el Sistema Integrado Funcional de Salud
161	V.2.1. Madurar el funcionamiento del IMSS como empresa público-mercantil: recuperar la confianza y prepararlo para la competencia
161	Programa Institucional IMSS, 2007-2012: contención de gastos
164	Programa Institucional IMSS, 2007-2012: separación de funciones
166	Profundizar la desconcentración e innovación en las fuentes de compra del Instituto
167	Modernización gerencial empresarial del IMSS: era de la innovación funcional y la concertación
168	Presupuesto Basado en Resultados, Sistema de Evaluación del Desempeño y Acuerdos de Gestión en el IMSS

Cultura organizacional por la calidad y la competitividad	169
Programa Especial de Mejora de la Gestión Pública en el IMSS: desregulación con simplificación regulatoria	170
Transparencia y digitalización	171
IMSS Digital	171
Innovación y ampliación de la gama de métodos de costeo	171
Contratos plurianuales	174
V.2.2. Preparar al Instituto para participar coordinadamente en el Sistema Integrado Funcional de Salud	175
El mercado interinstitucional/intersectorial de servicios de salud	176
Padrón de personas usuarias y población derechohabiente de todos los servicios	178
Portabilidad de derechos	178
Convergencia en los servicios, estandarización y componentes para la integración funcional del IMSS en el mercado interinstitucional de servicios de salud	180
Acuerdo y convenios de colaboración interinstitucionales	180
Expediente Clínico Electrónico	181
Interoperabilidad y Padrón General de Salud	181
Intercambio de servicios y facturación cruzada	182
Guías de Práctica Clínica	184
Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud	184
Adquisición y compra coordinada de medicamentos	185
Calidad de la atención a la salud	185
Marco legal y gobernabilidad	186
V.3. Continuidad de las afectaciones financieras del IMSS y el aumento de las tensiones en sus erogaciones	187
V.3.1. Las afectaciones financieras del IMSS, el aumento de las tensiones en sus erogaciones y la persistencia de su debilitamiento	191

195	El IMSS y la universalización de la salud en México, 2012-2018
197	VI.1. Condiciones de contexto
203	VI.2. El Instituto Mexicano del Seguro Social en el intercambio de servicios del Sinasu
205	VI.2.1. Consolidación financiera del IMSS y continuidad con la orientación funcional público-mercantil
205	Acciones para incrementar los ingresos del Instituto
205	Recuperación del Gasto Público
206	Incremento en recursos por concepto de cuotas obrero-patronales
207	Rendimientos: Reservas y Fondo Laboral
207	Rentas: tiendas, velatorios y centros vacacionales
209	Fiscalización
210	Estrategias de racionalización y optimización del gasto
210	Gestión hospitalaria centrada en la productividad y reducción de costos
210	Digitalización y simplificación regulatoria
213	Privatización, nuevas modalidades de largo plazo
213	Esquema plurianual de contratación y servicios integrales: incentivos innovadores al sector privado de la salud
214	Asociación Público-Privada: nueva modalidad de apertura al sector privado
215	Subrogación: guarderías
215	VI.2.2. Contribución a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal
215	Diseño y coordinación del Sistema Nacional de Salud Universal
217	Estrategia del IMSS en la constitución del Sistema Nacional de Salud Universal
217	Coordinación y suscripción de convenios internacionales
218	Intercambio de servicios, catálogo de intervenciones y costeo
218	Homologación de servicios interinstitucionales

Expediente Clínico Electrónico	219
Fortalecimiento al desempeño y capacitación gerencial	220
Abasto: medicamentos e insumos médicos	220
Homologación de servicios, redes y fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar	221
Modelo de Atención Integral en Salud	222
VI.2.3. Persistencia del deterioro institucional y precarización de los servicios	223
VI.2.4. Las deudas con la universalidad en salud	224
Conclusiones	227
Anexo	241
Siglas y acrónimos	243
Bibliografía	249
Notas al final	283



INTRODUCCIÓN

El libro que tiene en sus manos recupera el trabajo de investigación realizado en torno a 36 años de la vida del IMSS sobre la reforma modernizadora del Instituto en un sentido mercantil; misma que formó parte del reacomodo en la relación entre el Estado, el mercado y la sociedad, derivada de la instrumentación del modelo de libre mercado y de economía abierta, en el entorno de la globalización del capitalismo financiero. Motivo por el cual retoma líneas de reflexión que entreveran las dimensiones económica, laboral, social, sanitaria y de la administración pública, profundizando en su vinculación e incidencia directa con cada aspecto que fue cambiando en el Instituto. No obstante, el texto profundiza, más o menos pormenorizadamente en el proceso propio de los cambios sucedidos al interior del Instituto: su reforma estructural con mudanzas de orden conceptual, financiero, normativo, estructural, organizativo y funcional.

Esta obra parte de la necesidad de contar un relato alternativo a la todavía visión hegemónica de mercado para explicar cuál ha sido el devenir del Instituto en las últimas 4 décadas y cuáles los procesos de cambio sostenido que han actuado, y siguen haciéndolo sobre el mismo.

El texto es una exigencia para que las personas derechohabientes, beneficiarias, usuarias, empleadas, operativas y directivas del Instituto, así como todas aquellas personas vinculadas al sector salud, a la seguridad social, a la política, a la academia y la ciudadanía en general, conozcan, desde un relato construido con fuentes institucionales, que el deterioro del IMSS en servicios, como institución pública insignia del bienestar y como institución de Estado, no ha sido producto de una fatalidad histórica, debida al azar o a la indolencia de unos pocos, o muchos, sino que es producto de condiciones objetivas de un proyecto ideológico, político, social y económico empeñado en desmantelar al Instituto a través de su mercantilización o privatización silenciosa.

El trabajo es una obstinación por volver a dar sentido humano, solidario y colectivo al quehacer de una institución que nació para garantizar el bienestar, reconociendo su propia historia.



La presente investigación revisa algunas de las continuidades y rupturas históricas del Instituto desde su creación, enfatizando particularmente en los cambios sucedidos a partir de la década de 1980 en el marco de la instrumentación del modelo de libre mercado. A raíz de ellos, el país experimentó un ajuste en los componentes estructurales —económicos, políticos y sociales—, trastocando las condiciones que habían respaldado el fortalecimiento y la expansión del IMSS como institución del Estado en sus primeras 4 décadas de existencia.

Lo que se debate de manera central en el escrito es la particularidad del proceso de privatización del Instituto, cuyos rasgos lo distinguen de procesos similares en la región de América Latina. La privatización del IMSS no se dio, en términos literales, traspasando de las manos públicas a las privadas los bienes del Instituto —su infraestructura hospitalaria y clínicas de primer nivel, sus guarderías y prestaciones sociales, entre otras—. Esta forma de privatización ocurrió centralmente con respecto a los fondos pensionarios de las personas trabajadoras, los que fueron transferidos a cuentas individuales de las Administradoras de Fondos de Ahorro para el Retiro en el sector financiero, para su administración y rentabilización.

La mercantilización del IMSS, a la que muchos llaman privatización silenciosa, ha sido realizada a través de diversas estrategias gerencial-empresariales de “modernización”, es decir, introduciendo en su seno la lógica de mercado, con valores de costo-eficiencia, calidad, productividad, competencia, individualismo, meritocracia y desempeño por resultados, entre otros.

La modernización mercantil del IMSS implicó cambios conceptuales, normativos, de estructura, organización y funcionamiento. En términos normativos, fueron propiciados desde reformas a la Ley del Seguro Social en 1982, 1995 y 2001, esencialmente, aunque incluyeron más leyes y al conjunto de su legislación secundaria —desregulación—. Sus propósitos fueron varios: el central fue dismantelar al Instituto en su calidad de monopolio público del bienestar integral, conseguido a través de privatizar el ahorro de las personas trabajadoras transfiriendo su administración al sector financiero —privatización—, desmembrarlo en sus componentes de seguridad social integral —redimensionamiento— para convertir los ramos, ya separados, en espacios de rentabilización económica —liberalización—.

A lo anterior fue añadido la legalización del traspaso de los recursos de financiamiento público a manos del sector privado de salud —subrogación—, vía contener el crecimiento físico del Instituto fomentando la compra de los servicios de salud al sector privado, o prestarlos indirectamente —subrogación, contratos plurianuales y Asociaciones Público-Privadas—, a efecto de satisfacer los requerimientos de la población derechohabiente, beneficiaria y usuaria, para cumplir con una obligación de ley.

La mercantilización también supuso ponerle precio a la salud —capitación—, por lo que su acceso tiende a estar mediado por un costo —aseguramiento o pago anticipado de un servicio en el Régimen Voluntario— y no por la posibilidad de exigirlo y hacerlo justiciable en su calidad de derecho social signado constitucionalmente; además, ha implicado el imperio de un funcionamiento gerencial-empresarial en la administración de un bien público.

Estas estrategias y otras fueron instrumentadas durante casi 4 décadas de aplicación del modelo neoliberal, de forma progresiva, paulatina, no lineal y que nunca fueron revertidas; respondieron a los valores de mercado: individualismo, competencia,

eficiencia, productividad, calidad, meritocracia y maximización de ganancias, entre otras. Un modelo que apremió retraer progresivamente la participación del Estado en favor del mercado, incentivando el crecimiento y desarrollo del sector privado —con productividad y competencia— para participar en la inserción competitiva al capitalismo financiero global.

El análisis de los procesos de mercantilización del Instituto se realizó a partir de 10 ejes analíticos: 1) Transferencia de recursos públicos a privados vía subrogación y privatización; 2) Introducción de técnicas empresariales del sector privado en la operación institucional; 3) Centralidad de una lógica de funcionamiento institucional con prioridad financiera sobre la del bienestar social; 4) Visión institucional centrada en la eficiencia, eficacia, productividad, contención de costos y competencia; 5) Fomento y subsidio a las actividades del sector privado; 6) Separación entre el financiamiento y la prestación de servicios; 7) Cambios en la estructura institucional —desconcentración, autonomía de gestión, intersectorialidad—; 8) Estímulo a la competencia de mercado desde el Instituto; 9) Desfinanciamiento, deterioro institucional y regresión en la calidad y oportunidad de los servicios; y 10) Afectación de derechos.

El análisis realizado exigió una determinación temporal que permitiera recuperar evidencias sobre los procesos de transformación. Si bien toda temporalidad parece forzada, se optó por hacer cortes sexenales desde una mirada de complejidad histórica. Se analizaron diferentes niveles de variables —económicas, laborales, de política sanitaria, de gerencia empresarial, normativas, de política, entre otras— particularizando en sus interdependencias, correlaciones e interrelaciones —causales—, para dar cuenta de una visión integral y transversal, de largo plazo, de los procesos de mercantilización, identificando particularidades, rupturas, continuidades y algunos impactos.

Para ello fue empleado el método de los estratos del tiempo describiendo los diferentes niveles temporales —de distinta duración y origen— que actuaron simultáneamente durante el periodo histórico neoliberal, en los que intervinieron las reformas del Estado en ciernes —laboral, sanitaria, social y de la administración pública, entre otras—. Desentrañar el engranaje de la modernización mercantilista del IMSS requirió analizar la interrelación de tres estratos temporales en su devenir, los que guiaron los procesos de transformación relativos a: lo repetible —aproximaciones sucesivas para alcanzar un objetivo—, lo único —irrepetible, coyuntural y emergente—, y los estratos históricos —larga, mediana y corta duración—, además de las rupturas.

Estos niveles temporales trasladados al análisis del Instituto y las distintas marchas de sus procesos contingentes y estructurales —modificaciones legales, desconcentración, reorganización institucional, reforma estructural, privatización, subrogación, cultura de calidad— permitieron estudiarlo en diferentes niveles de profundidad. Se logró identificar que el proceso modernizador del IMSS —introducción de la lógica mercantil— fue histórico-gradual, involucró contextos heterogéneos y experiencias diversas —tensiones, conflictos, compromisos y consensos—, con duraciones diferentes y orígenes distintos, que estuvieron presentes y actuaron simultáneamente en el largo plazo.

Como resultado se logró la elaboración de una nueva y alternativa interpretación del devenir histórico del IMSS bajo el modelo de desarrollo en ciernes, generando un nuevo relato analítico e interpretativo. Este permitió narrar la razón de los hechos, los actores beneficiados, las circunstancias y factores que hicieron posible que ocurrieran —estructuras de repetición—: desconcentración, separación de funciones y reformas a



normativas secundarias; así como hacer explícita la direccionalidad sucesiva y progresiva de los procesos: la mercantilización paulatina de los servicios médicos y sociales del IMSS, el funcionamiento de mercado en su actuar, una cultura organizacional orientada por los valores del mercado y la preponderancia de una lógica costo-eficiente, productivista y competitiva.

En el análisis sobre el paulatino deterioro institucional, se identificaron factores multidimensionales, estructurales e internos, del IMSS que alteraron regresivamente las finanzas del Instituto entre 1982 y 2016, provocando la sucesiva erosión de su infraestructura, insumos y quebranto de los recursos humanos, y con ello, la gradual degradación de la calidad y oportunidad, así como la carencia de humanismo en la prestación de los servicios. Ello afectó la garantía del bienestar integral de las personas derechohabientes. Situación de desfinanciamiento revertida a partir de 2016, transitando hacia una suficiencia presupuestal que, sin embargo, no incidió en la reversión del menoscabo de la infraestructura y condiciones de prestación de los servicios del Instituto, y que, por el contrario, abrió cauces a nuevas formas de privatización como los convenios de Asociación Público-Privada.

En el análisis hubo significativas dificultades para lograr construir objetivas secuencias históricas de largo plazo respecto a algunas de las variables macroeconómicas, derivado de la falta de disponibilidad de fuentes oficiales, cambios metodológicos —tendientes en su mayoría a ocultar cifras reales—, inconsistencias y falta de objetividad —datos contradictorios respecto a estudios previos y a la realidad social en sí misma—. Ello impidió, en algunos casos, hacer análisis críticos y reales. Para verificar las tendencias, fueron consultados textos académicos e institucionales del periodo estudiado, además de revisar documentos alternativos para complementar las series cuantitativas y concretar el análisis de largo plazo.

También existieron limitaciones para realizar un análisis de largo aliento con relación a las variables propias del IMSS, ya que algunas de ellas no están disponibles en las fuentes institucionales —datos concernientes a la venta, renta y subrogación de servicios durante el periodo analizado—, están presentadas de manera parcial —unidades y personal médico, personas afiliadas, y afiliadas por temporalidad— o son conglomeradas con variables diversas, además de omitir las premisas conceptuales y metodológicas desde donde se construyeron.

Como solución y para contar con mayor integralidad de la información, fueron utilizadas las Memorias Estadísticas del IMSS y, solo en casos excepcionales, fue tomada información de la sección Estadísticas e Informes, Consulta Dinámica (CUBOS estadísticos). De manera complementaria fueron consultados los Informes Anuales al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación Financiera y los Riesgos del Instituto, disponibles a partir de 2009, así como otras fuentes bibliográficas y periodísticas acordes a las temáticas, no disponibles en las institucionales.

El libro propone el estudio de un conjunto de procesos vigentes en el Instituto, arraigados a una cultura institucional gerencial-empresarial y a prácticas e inercias orientadas desde las premisas del mercado —mercantilización—, que cancelaron gradualmente la esencia social, solidaria y redistributiva del Instituto, propia a una institución pública garante del bienestar, convirtiéndola en una empresa público-mercantil y competitiva guiada por la lógica costo-eficiente, cuantitativa, competitiva e individualista. En otros términos, una institución que poco a poco fue alejándose del humanismo y de los derechos.

Con este escrito se afirma la convicción de que con férrea voluntad política de transformación, reformulando la salud y la seguridad social como construcciones políticas, es posible, en el mediano y largo plazos, recuperar los nobles propósitos de la salud como un derecho social y como un bien público; reestablecer al Instituto como el paradigma de institución pública garante del derecho a la seguridad social y a la salud con bienestar integral, orientado por los principios de solidaridad social colectiva, redistribución, integralidad y universalidad; además de priorizar el gasto en salud como garantía de bienestar con dignidad, estabilidad, desarrollo e inclusión social. Fundamentos a partir de los cuales se puede construir un Sistema Público de Salud Nacional.

La lectura del libro sugiere poder avanzar en el reestablecimiento de una relación con la historia, entre el pasado y el presente, para avizorar el futuro.

DRA. MARÍA LUISA MUSSOT LÓPEZ
Coordinadora de Políticas de Seguridad Social de la DPTI





CAPÍTULO I

El IMSS y sus orígenes



En un escenario de complejidad institucional y en el entorno de la denominada Cuarta Transformación del régimen político mexicano, la actual administración del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el Mtro. Zoé Robledo en la Dirección General, apunta a recuperar los orígenes éticos de bienestar integral y de solidaridad colectiva y redistributiva del Instituto y, avanza en sentar los fundamentos para construir desde él, el Sistema Público de Salud Nacional, reformulando la salud y la seguridad social como construcciones políticas.

Objetivos de mediano y largo plazo que están guiados por un proyecto alejado del modelo de mercado que prevaleció en el Instituto durante 36 años de “políticas neoliberales”. Proyecto que anhela a que progresivamente el Estado vuelva a ser el ente obligado de otorgar de manera directa los bienes y servicios públicos de una seguridad social integral, redistributiva y solidaria a lo largo del ciclo de vida de las personas, de la cuna a la tumba.

Estos propósitos implican recuperar el carácter público del Instituto y la noción de la salud y la seguridad social como derechos sociales, además de avanzar en concretar su carácter universal vía la incorporación progresiva de grupos de población con independencia de su posición en el mercado laboral: trabajadoras del hogar, periodistas, personas trabajadoras por cuenta propia e independientes, entre otras. Además, de hacerlo con solidaridad social a través del Programa IMSS-Bienestar, lo que supone fortalecer y ampliar la infraestructura pública de servicios del Instituto para proteger a la ciudadanía de los riesgos de vida con calidad, oportunidad y humanismo.

La historia del IMSS está directamente vinculada a las pautas del desarrollo económico-político y social predominantes en las diferentes etapas del México moderno. Los factores macroeconómicos y sociopolíticos que permitieron, desde su origen y a lo largo de casi 40 años, el fortalecimiento y crecimiento del Instituto fueron alterados negativamente a inicios de la década de 1980. El país pasó de un capitalismo nacional productivista —industrial— a uno de libre mercado global, financiero y de servicios², imponiendo una nueva forma de acuerdo y relación social, y con ella cambios sustantivos al modelo de bienestar, de la seguridad social y, por tanto, del IMSS como la institución de Estado pilar de su garantía integral.

Conocer y entender el contexto del origen del IMSS permitirá comprender el significado de los valores y principios que le guiaron: solidaridad, integralidad,

redistribución y universalidad. Además, facultará responder por qué el IMSS constituyó el pilar de la seguridad social pública y una de las más importantes instituciones del Estado moderno mexicano, símbolo de identidad nacional; cómo, a través suyo, generó redistribución entre los grupos sociales y fomentó y concretó la inclusión y estabilidad sociopolítica; por qué la garantía del bienestar integral fue su objetivo y constituyó el fundamento de la productividad y el desarrollo económico nacional; qué condiciones económicas, políticas y sociales lo hicieron posible y permitieron su amplio desarrollo hasta inicios de la década de 1980; cuál es la importancia de la seguridad social como un derecho social constitucional y cuáles son las consecuencias de su desarticulación como institución del bienestar e integración social.

Entender lo anterior ayudará a comprender cómo la introducción de la lógica del libre mercado, en su organización y funcionamiento, cambió la esencia del IMSS como institución monopólica de Estado garante del bienestar integral, colectivo y progresivamente universal. También permitirá saber por qué su modificación debilitó la prestación de los servicios públicos con oportunidad, excelencia técnica y humanismo; quebrantó la protección integral de los riesgos a lo largo del ciclo de vida; alteró su carácter redistributivo —igual acceso a iguales servicios, según la necesidad, con independencia de la cuantía de ingresos—; rompió su carácter solidario —intergeneracional, entre personas enfermas y sanas, tamaño de empresas y nivel salarial— y lo convirtió en una institución guiada por valores de mercado, desvinculándolo de la inclusión social y como estandarte del Estado mexicano.

I.1. EL IMSS Y EL MODELO DESARROLLISTA

El surgimiento del IMSS como instrumento central de la seguridad social correspondió al sistema ideológico-político del nacionalismo revolucionario emanado de los gobiernos posrevolucionarios. Tuvo concreción en el marco del llamado modelo de desarrollo económico por Sustitución de Importaciones, instrumentado de 1940 a 1970. La estrategia económica nacionalista estuvo ligada a una fuerte y prolongada intervención del Estado en la economía³ y al propósito de generar bienestar individual y colectivo; consideró al bienestar como la condición que permitiría alcanzar el aumento de la productividad —con empleo digno o protegido⁴—, la estabilidad política y el desarrollo nacional. El modelo sostuvo un robusto proteccionismo arancelario y de fomento al mercado interno. Con él, el país alcanzó la industrialización y un sostenido crecimiento económico, superando los rezagos sociales persistentes desde el fin de la revolución⁵.

Las tasas de crecimiento permanecieron por arriba de los 6.1 puntos porcentuales anuales, con una inflación menor a 5.2% y con estabilidad en el tipo de cambio (Banco de México, 2022). El detonador del crecimiento fue el progresivo gasto público, con una tasa de crecimiento promedio anual de 13.9%. El gasto yació canalizado a actividades y ramas productivas de alta generación de valor, necesarias para la Sustitución de Importaciones o de bienes de consumo nacional. El Estado tuvo participación en los sectores productivos estratégicos y prioritarios, generadores de empleo digno. En las décadas de 1950 y 1960, la participación en el sector de la manufactura subió a tasas promedio anuales de entre 7.3% y 9%, y en el agropecuario de entre 4.1% y 9% (Inegi, 2015); progresión vinculada a la amplia creación de puestos de trabajo formales —con protección laboral—, suficientes para los demandantes de empleo asalariado.

El desarrollo acelerado de las fuerzas productivas en este modelo sustitutivo de importaciones floreció con el crecimiento y consolidación del orden político y social

del México posrevolucionario, reconocido como proceso de institucionalización del Estado mexicano (León y Marván, 1985). Sus cimientos aparecieron en la administración política del General Lázaro Cárdenas del Río, transitando al presidencialismo y a la integración concertada de las contradicciones políticas del grueso de la sociedad al interior del partido oficial, primero Partido Nacional Revolucionario (PNR) y luego Partido Revolucionario Institucional (PRI). El consenso entre los diversos sectores sociales constituyó el fundamento del pacto político del Estado nacionalista revolucionario, como representante del interés general.

Durante el periodo desarrollista, la política social estuvo pensada como complemento fundamental e inalienable de la política económica. En consecuencia, la generación del bienestar social, propiciada desde el Estado, constituía un requisito para el desarrollo nacional. Era considerada indispensable e indisociable para abonar al impulso de la demanda interna y al aumento de la productividad. Generar bienestar, emplazaba al Estado a ofrecer la mejora en las condiciones económicas, sanitarias, sociales y culturales de la población en general. Además, suponía, para el propio Estado mexicano en formación, una condición fundamental para su consolidación. El bienestar social formaba parte de una misma ecuación: crecimiento económico y estabilización democrática; o la condición distributiva que permitiría al país alcanzar el ideario de justicia social, con inclusión y estabilidad política.

La redistribución del ingreso constituyó el eje de la política social, con base en ella, el Estado comenzó a cimentar fuertes bases legislativas tendientes a la generación de condiciones de vida óptimas para las personas trabajadoras asalariadas y sus familias, es decir, aquellas que garantizarían progresiva y efectivamente los derechos laborales y sociales —trabajo estable y protegido, salud, seguridad social y vivienda, por mencionar algunos—.

En la administración política del General Cárdenas del Río (1934-1940), expresión más radical de la Revolución Mexicana⁶, destacó el empeño por dar respuesta a las demandas de los grupos sociales organizados —principalmente del sindicalismo—⁷. A partir suyo, fue cimentada una política de redistribución de la riqueza apegada a los preceptos constitucionales⁸; además, propició la Reforma Agraria⁹ y generó las condiciones de vida óptimas para las personas trabajadoras asalariadas y sus familias. Estableció las condiciones para instaurar un robusto armado legislativo centrado en la tutela del trabajo asalariado, considerado el eslabón más débil de la relación capital-trabajo. Dicha legislación, cumplió, aunque no de manera universal, la garantía efectiva de los derechos laborales y sociales establecidos en la Constitución. Condición que permitió avanzar en la consecución del crecimiento económico nacional con justicia social y estabilidad política.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917¹⁰ quedaron plasmadas como garantías sociales la protección individual y colectiva, algunas de las principales demandas históricas de las personas trabajadoras, constituyéndose en obligaciones de Estado. Fue hasta las reformas constitucionales de 1929 cuando apareció el propósito de crear el Seguro Social que comprendiera los seguros de invalidez, vida, cesantía involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes. En ese mismo año, en el Artículo 123 constitucional quedó establecido el derecho social al trabajo digno y, en su fracción XXIX, al de la seguridad social. Resultaron así, formalizadas las regulaciones del mercado laboral y las relativas a bienes y servicios públicos, incluidos los sistemas de aseguramiento. En conjunto compendiarían los fundamentos legales para dar vida a la seguridad social mexicana a través del IMSS.

Respecto a los derechos laborales, en 1931 fue promulgada la Ley Federal del Trabajo, la cual formalizó el derecho al trabajo, a la estabilidad laboral y a la seguridad social. La



ley estableció las bases y lineamientos que debían guiar las relaciones laborales formales —empleo estable y protegido— o condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, derechos sindicales y de huelga, jornadas laborales y reglas para el pago de remuneraciones y prestaciones percibidas por las personas trabajadoras.

El derecho social constitucional a la seguridad social, ligado al derecho laboral, estableció la utilidad pública de la Ley del Seguro Social, que comprende como aspiración los seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes, servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de las personas trabajadoras, campesinas, y otros sectores sociales y sus familiares. Representa una obligación inexcusable del Estado y es el basamento de su sistema jurídico. En su calidad de derecho social es inalienable —no negociable—, irrenunciable —indeclinable en cualquier circunstancia—, e inextinguible —no se suprime el acceso a la seguridad social—.

En su materialización, desde 1921 fueron desplegados diversos esfuerzos. En ese mismo año, el Gobierno de Álvaro Obregón redactó el Proyecto de Ley para la Creación del Seguro Obrero. La Presidencia de Plutarco Elías Calles Campuzano hizo el Proyecto de Ley de Accidentes Industriales —seguros para garantizar la indemnización y atención médica por riesgos profesionales— y en 1926 promulgó la Ley de Pensiones Civiles de Retiro para Empleados de la Federación y del Distrito Federal.

Fue hasta 1929 con la reforma al Artículo 123 constitucional, que quedó considerada de utilidad pública la expedición del Seguro Social; para 1932 el Ejecutivo Federal obtuvo las facultades para promulgar la Ley del Seguro Social y en 1934 fue creada la Secretaría de Asistencia Pública —responsabilizando al Estado de brindar atención médico-social a toda la población— (Sánchez, 1963; Meyer, 1975). Sin embargo, fue el Presidente Lázaro Cárdenas del Río el primero en asumir el compromiso de formalizar la seguridad social.

En 1934, en su primer Plan Sexenal, Cárdenas del Río acordó contar con un Instituto de Seguros Sociales a nivel nacional en favor de la población asalariada. En 1935, de la mano del Licenciado Ignacio García Téllez, planteó la Ley del Seguro Social obligatorio, aplicable a todas las personas trabajadoras. Estaría a cargo de un establecimiento público, como servicio descentralizado del Estado, con el nombre de Instituto de Seguros Sociales; tendría personalidad jurídica y autonomía de gestión sin fines de lucro. Estaría compuesto por la representación del Estado, la patronal y las personas trabajadoras; y su fin era proteger al trabajo asalariado e incluso, al del campo. Preverdría y atendería los riesgos por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales, maternidad, vejez e invalidez. El financiamiento sería tripartito, exceptuando el caso de accidentes y enfermedades profesionales a cargo de la patronal (Álvarez, 1960, p. 290).

La propuesta no fue aprobada debido a la amplia oposición política conservadora contra el gobierno cardenista originada por su inclinación en favor del trabajo, la reforma agraria, la nacionalización de ferrocarriles y la expropiación petrolera. Hasta la administración del Presidente Manuel Ávila Camacho, en un clima de unidad nacional¹¹ y con base en la propuesta cardenista, fue decretada la Ley del Seguro Social (LSS) el 19 de enero de 1943¹². Su elaboración corrió a cargo de García Téllez y de una Comisión Técnica Redactora que incluyó la representación, entre otros, del sector obrero, empresarial, del Estado y de parte del personal médico, concretando un modelo de contribución tripartita en el financiamiento. Su aprobación inició una nueva etapa en la vida socio laboral; materializó un sistema obligatorio de seguridad social de protección pública y solidaria con cobertura al trabajo asalariado.

La exposición de motivos de la LSS de 1943 planteó como principal propósito proteger el salario de la persona trabajadora ante los riesgos por el desempeño de sus funciones y los derivados de la vejez, las enfermedades generales o la muerte. Al ser la única fuente de ingresos del trabajo, el salario debía protegerse; su disminución o merma conllevaría perjuicios trascendentales sobre la calidad de vida (IMSS, 1943). El objetivo de la LSS fue complementarlo con prestaciones sociales, redistribuyéndoles recursos a lo largo del ciclo de vida y la de sus familias con tres protecciones públicas y colectivas: los medios necesarios para la subsistencia; los riesgos de existencia, los profesionales —accidentes y riesgos de trabajo— y los no profesionales —enfermedad, desempleo, incapacidad, vejez y muerte—; así como la maternidad para las mujeres. De igual forma y de manera progresiva, la asistencia médica y servicios sociales para el bienestar individual y colectivo (IMSS, 1943).

Habiendo reconocido constitucionalmente que el Estado era el sujeto obligado de proteger los derechos a la salud y los riesgos del ciclo de vida de las personas trabajadoras, prosiguió a materializar la seguridad social e institucionalizarla como un servicio público otorgado por el Estado. Así, el Instituto Mexicano del Seguro Social —en adelante IMSS o Instituto— fue fundado el 6 de enero de 1943 como organismo de interés público, descentralizado, con personalidad jurídica propia y con estructura, administración y financiamiento tripartita. El tripartismo es un arreglo institucional de orden político-social de consulta y negociación entre las personas trabajadoras asalariadas, representantes patronales y el Estado sobre la formulación y aplicación de la política económica y social imperante.

El IMSS inició operaciones en enero de 1944 como un organismo público con el propósito de proteger a las personas trabajadoras asalariadas y sus familias de las contingencias del ciclo de vida. Estuvo orientado por los valores y principios de solidaridad, redistribución, integralidad y progresiva universalidad. Como ente público condensó la totalidad de funciones bajo su responsabilidad: la regulación, el financiamiento, la administración y la prestación directa de los servicios médicos y sociales (esquema I.1), para lo que construyó la infraestructura y equipamiento necesarios.

ESQUEMA I.1
INTEGRALIDAD DE LAS FUNCIONES DEL IMSS



Nota. Elaboración propia.

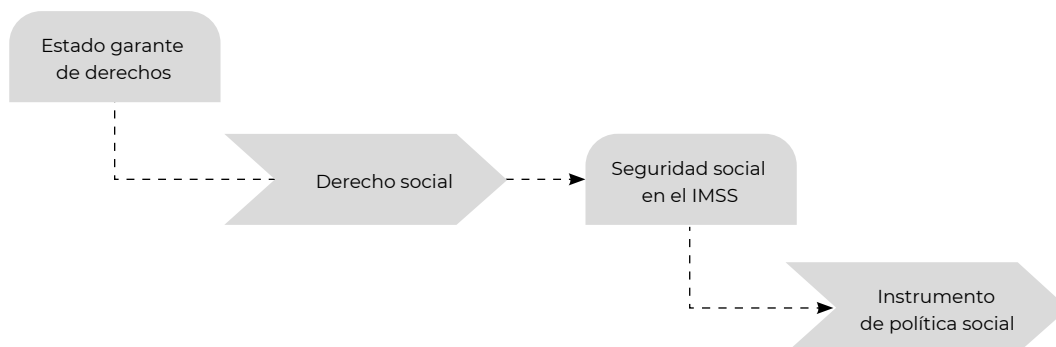
La adhesión al Instituto ofreció el derecho de acceso y usufructo a las prestaciones derivadas de las distintas ramas de aseguramiento. El IMSS, poco a poco, fue adecuándose a la realidad del crecimiento urbano e industrial del modelo desarrollista en vigor.

Destaca el valor de la solidaridad social por referir a la confluencia de la totalidad de los recursos aportados de manera tripartita a un fondo común para garantizar una atención oportuna con calidad y en condiciones de igualdad para toda la población derechohabiente. El fundamento de la solidaridad social guiaba el establecimiento de los montos diferenciados en las aportaciones de cada uno de los actores, contraria a una prestación de servicios diferenciada. Las empresas establecieron el valor de sus aportaciones según el tamaño, grado de riesgo, localización y número de personas trabajadoras, mientras que estas aportarían según su nivel de ingreso y valor de su producción frente al trabajo; lo anterior suponía un compromiso colectivo hacia la fuerza de trabajo y la colectividad en general.

I.2. IMSS, 1943-1973: DERECHO SOCIAL Y MODELO DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICA. VALORES Y PRINCIPIOS ORIGINALES

El reconocimiento de la seguridad social en la Constitución Política como derecho de segunda generación trajo consigo obligaciones al Estado en la prestación de servicios amparados desde la institución pública. Como derecho social representa la protección que toda persona puede necesitar ante las vicisitudes de la vida: enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez, vejez o la muerte, y garantiza la protección durante todo el ciclo de vida. También como instrumento de política social-económica permite un desarrollo equilibrado (esquema I.2).

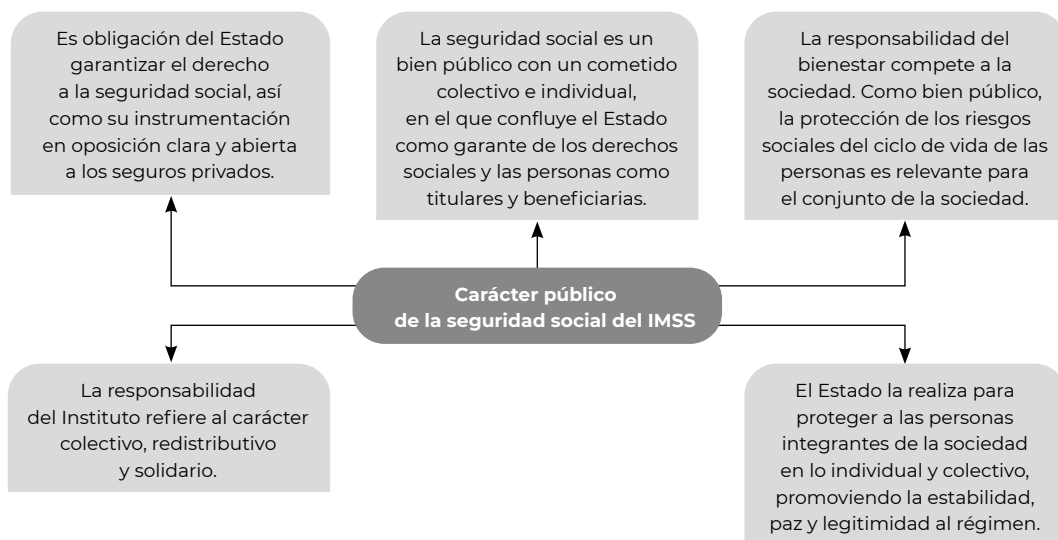
ESQUEMA I.2
SEGURIDAD SOCIAL: DERECHO CONSTITUCIONAL



Nota. Elaboración propia.

El modelo de seguridad social retomó características y valores propios del arquetipo público estatal, en el cual la regulación y provisión compete exclusivamente al Estado al ser un bien público, como lo refleja el esquema I.3. Bajo un cometido colectivo confluyen el Estado como representante y sujeto obligado de garantizar los derechos sociales —en este caso, el derecho a la seguridad social— y las personas como titulares del derecho y beneficiarias de su disfrute.

ESQUEMA I.3 CARÁCTER PÚBLICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL IMSS



Nota. Elaboración propia.

El derecho a la seguridad social orienta su contenido bajo los principios rectores de: solidaridad social, redistribución, integralidad y tendencia hacia la universalidad; todos complementarios entre sí y tendientes a garantizar el bienestar integral, individual y colectivo desde la institución pública.

La solidaridad social significa acción cooperativa y colectiva de la sociedad —que constituye el orden social—. Supone la participación conjunta e interdependiente entre el Estado, las empresas y las personas trabajadoras en un mismo propósito. A través suyo, el costo de las prestaciones y los gastos de operación de la seguridad social son distribuidos de forma equitativa. Puede expresarse de forma intergeneracional —personas en edad productiva y jubiladas—, en la redistribución de ingresos —personas trabajadoras sin hijos y familias con hijos—, en la salud —personas sanas y enfermas— y en lo social —entre quienes laboran y aquellas que padecen una incapacidad o enfermedad—, entre otras.

La redistribución es el principio por el que todas las personas contribuyen al sistema de acuerdo con el nivel salarial que reciben. Garantiza la protección de las menos favorecidas. Implica igual acceso a servicios y con la misma calidad, independientemente de los ingresos. El IMSS, acorde con su sistema de aseguramiento contributivo mandatado por el Estado, no tiene como cometido esencial la redistribución de ingresos entre estratos económicos —redistribución progresiva—, pero a través de su funcionamiento sí modifica la distribución original.

La integralidad o protección a lo largo de todo el ciclo de vida e igualdad en la prestación del conjunto de servicios, tiene como finalidad garantizar el derecho a la seguridad social; incluye la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, lo que realiza a través de un sistema de prestaciones definidas (EMLSS, 1947, p.1). En materia de servicios médicos alude a la no estratificación de servicios por nivel de ingresos



—por capacidad de pago—; significa que toda persona tiene derecho a la cobertura e integralidad de los servicios según sus necesidades, tanto para quienes cotizan con el salario mínimo como quienes lo efectúan con el máximo permitido.

En tanto, el principio de universalidad progresiva incorpora gradualmente a nuevos sectores productivos no asalariados. La seguridad social fue extendida a zonas poco desarrolladas o marginadas a través del Programa IMSS-COPLAMAR; no obstante, la cobertura universal —desvinculada del salario— persiste como uno de los mayores retos a la fecha.

I.3. RAMOS DE ASEGURAMIENTO PARA LAS PERSONAS TRABAJADORAS

En la Ley del Seguro Social de 1943 quedó establecida la creación de cuatro ramos de aseguramiento, a fin de proteger a las personas trabajadoras ante todas las eventualidades y contingencias que pudieran suceder durante todo el ciclo de vida: 1) Accidentes de trabajo y riesgos profesionales; 2) Enfermedades no profesionales y maternidad; 3) Invalidez, vejez y muerte, y 4) Cesantía en edad avanzada. La concepción de seguridad social trasciende la garantía pública de los servicios de salud y atención médica, e incluye la garantía colectiva de la integralidad de las condiciones para el bienestar individual y colectivo.

Con el crecimiento y bonanza económicas, la oferta de empleos dignos —o formales— fue ampliada y, en consecuencia, la cobertura y crecimiento en infraestructura y prestaciones del IMSS¹³. Las personas afiliadas fueron denominadas población derechohabiente —sujetas de derechos— y sus familias, beneficiarias —de derechos por intermedio del trabajo asalariado—. Progresivamente, el Instituto avanzó en brindar integralidad de servicios, todos necesarios al desarrollo con bienestar cabal de las personas: atención médica, prestaciones sociales, deportivas, culturales y de vivienda —a partir de 1973 transferida al Infonavit—, por mencionar algunas.

La protección colectiva del bienestar integral buscaba fortalecer la integración familiar y comunitaria, así como generar las condiciones óptimas para el desarrollo productivo con inclusión social. El Instituto garantizaría por ley estas protecciones durante todo el ciclo de vida de las personas, por lo que la seguridad social pública fue reconocida como una protección de la cuna a la tumba.

En la primera generación de reformas en salud, la creación del IMSS ocurrió con la de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943, que amplió la cobertura de atención a sectores marginados del campo y las urbes —población abierta o sin seguridad social laboral— que recibían servicios de salud gratuitos en sus establecimientos. En 1947 fue creado el Departamento Central de Servicios Médicos y Previsión Social de Petróleos Mexicanos (Pemex); en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para administrar los seguros, prestaciones y servicios para las personas trabajadoras del sector público y en 1976 el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Ahora bien, el crecimiento del IMSS fue beneficiado por las circunstancias propias al desarrollo económico y social experimentado en el periodo. El Instituto incrementó progresivamente la cobertura de las personas derechohabientes y beneficiarias, así como los recursos financieros, lo que le permitió ampliar la infraestructura médica y las prestaciones sociales, e impulsar el desarrollo técnico científico del personal médico, en formación y en servicio, entre otros. Mientras en 1944 el total de personas afiliadas al IMSS era de 136,741, en 1946 pasó a 246,537. Consecutivamente iría duplicándose el

número de personas afiliadas para alcanzar en 1952 las 434,557 afiliaciones¹⁴; en 1958 las 899,504 y en 1965 lograr una cobertura de 2'209,915 personas —de las cuales, únicamente 275,230 pertenecían al sector rural—. En 1970, las afiliaciones ascendieron a 3'120,763, que representaban una cuarta parte de la población ocupada (Inegi, 1970; IMSS, 2011c).

Durante el periodo desarrollista, el crecimiento de los salarios mínimos reales fue casi constante. Entre 1943 y 1964, dicho incremento supuso la triplicación del ingreso familiar de la población, pasando de 69.34 pesos a 164.72 pesos diarios (Conasami, 2022). Esta extensión representó que el salario mínimo cambiara de tasas de crecimiento negativas durante la década de 1940, -11.2% entre 1940 y 1943, a tasas positivas oscilantes entre 3.8% y 7.8%, entre los periodos 1950-1960 y 1960-1970, respectivamente. En la década de 1970, el aumento fue menor con una tasa de crecimiento anual de 0.9% (Conasami, 2022). Estas sumas, junto con los incrementos de salarios vía contratación colectiva, aumentaron el número de grupos de cotización del Instituto y, por ende, sus finanzas.

En paralelo a la tendencia salarial alcista hubo una creciente canalización de recursos públicos al ámbito social, especialmente en las áreas de educación, vivienda, salud y seguridad social. El gasto social pasó de 9.3% del gasto público total en 1954 a 28% en 1970 (Soto, 2017). La importancia de estos recursos en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población dio por resultado, al final del periodo, una amplia mejoría en la calidad de vida de la población en general. Hecho que incentivó un crecimiento importante de la clase media y la reducción de la pobreza en algunas zonas del país¹⁵ (Cárdenas, 2017). No obstante, mientras que entre 1950 y 1963 las familias de los estratos superiores registraron una mejoría absoluta y relativa en la participación porcentual del ingreso total, al mismo tiempo, 40% de la población experimentaba niveles bajos de ingreso con una contribución de 14.3% al ingreso total en 1950, y de 11.1% en 1963 (Martínez, 1970).

La mejora en las condiciones de vida de la población asalariada permitió que aumentara su capacidad contributiva y, con ello, el fortalecimiento de las finanzas del Instituto. Los ingresos pasaron de 176 mil pesos en 1949, a 1'111,000 pesos en 1958, y a 3'674,000 pesos en 1964 hasta alcanzar 8'277,000 pesos en 1970 (IMSS, 2011).

La fortaleza de las finanzas fue acompañada con una notable etapa de crecimiento y expansión de la infraestructura pública institucional. A 3 años de su creación, el IMSS contaba solo con dos clínicas y en 1947 logró llevar sus beneficios al Estado de México, Tlaxcala, Puebla, Veracruz, Jalisco y Nuevo León, operando en 499 municipios, 21% del país. Para 1958, había aumentado a 29 estados de la República.

Entre 1959 y 1964 el IMSS construyó 269 nuevas unidades, de las cuales 180 daban servicio de Consulta Externa, 61 tenían función mixta de Consulta Externa y Hospitalización, y 28 de Hospitalización. En 1965, el Instituto ya contaba con 764 unidades médicas públicas de Consulta Externa y 106 unidades de Hospitalización, registrando 14,279 camas censables, las que crecieron en promedio 6.9% para 1970, sumando 15,261. Entre 1970 y 1982 aumentaron 5.6% promedio anual (Inegi, 1986). Las unidades de Consulta Externa crecieron a una tasa de 5% promedio anual, habiendo crecido 1.8 veces respecto a la década anterior, al pasar de 742 a 1,332. Las unidades hospitalarias se incrementaron de 108 en 1970 a 183 en 1982, con una tasa de crecimiento de 4.5% promedio anual (Inegi, 1986).

Los incrementos en infraestructura y personal médico permitieron al Instituto ampliar el número de las consultas externas otorgadas: en 1945 brindaba 1.8 millones de consultas externas, en 1950 las había aumentado en 2.8 veces, con una

tasa de crecimiento promedio anual de 23.2%. Entre 1950 y 1960 la tasa fue de 12.1%, y entre 1970 y 1980 creció solo 5% (Inegi, 1986).

Entre los hospitales de especialización creados destacan: en 1952, el Centro Médico Nacional "La Raza"; en 1961, el Centro Médico Nacional "Siglo XXI"; y en 1977, el Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco. En 1966, también procedió la instalación del Departamento de Investigación Científica al lado del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI".

El crecimiento también fue del personal médico formado e incorporado a los servicios; en 1965 el IMSS empleaba solo a 7,899 personas en todas sus unidades médicas, y a 14,794 personas trabajadoras de personal paramédico. A principios de 1970, el personal médico ascendió a 11,709, lo que supuso un ritmo de crecimiento promedio anual de 8.2%; mientras que el personal paramédico, aunque con un ritmo menor, creció en promedio anual 6.7% (Inegi, 1986). En 1970, el Instituto contaba ya con poco más de una tercera parte del total de camas del conjunto de las instituciones de salud y de seguridad social del país, con un total de 40,191 camas (Inegi, 1986), hecho que ubicó al IMSS como la institución pública en salud más grande del país.

Entre 1970 y 1980 las consultas externas aumentaron 1.6 veces; su crecimiento fue de 65 millones a 106'100,000, lo que significó una tasa promedio anual de ampliación de 5%.

El aumento del personal médico continuó con una tendencia creciente a un ritmo de 8.5% anual, valor similar al registrado en el último quinquenio de la década de 1960. El número de personal paramédico creció a una tasa de 9 puntos porcentuales promedio anual. Destaca que durante este periodo el IMSS empleó a más de la mitad del personal médico y paramédico de las instituciones de salud y de seguridad social del país (Inegi, 1986).

El Seguro Social, en su calidad de institución pública, había entrado en el periodo más importante de su crecimiento y expansión. Al unísono con la ampliación y fortalecimiento de la infraestructura médica, el Instituto avanzó en la década de 1950 en la construcción de un modelo de seguridad social integral que incluía, además de la atención médica integral, estrategias de protección y desarrollo económicas, sociales y culturales. Contaba ya con servicios de Guardería Madre IMSS en todos los municipios de la República, con 84 estancias infantiles: 48 en el Valle de México y 36 en el sistema foráneo, que atendían a 24,248 infantes. Además, comprendía 58 Casas de la Asegurada en beneficio de la mujer y la familia o Centros de Seguridad Social para el Bienestar, entre otros.

Fueron construidas las primeras Unidades Deportivas. La Unidad Cuauhtémoc en Naucalpan, Estado de México; y la Unidad Morelos, en la entonces Delegación Gustavo A. Madero, y la Unidad Parque Delta, en la otrora Delegación Benito Juárez, estas últimas en la Ciudad de México. De igual forma fueron edificados el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en 1963; el Centro Vacacional y de Convenciones "Adolfo López Mateos" en Oaxtepec, Morelos para personas trabajadoras entre 1964 y 1966; la Red Nacional de Teatros —conformada por los recintos Hidalgo, Xola, Tepeyac, Calleja e Independencia— y teatros al aire libre; las tiendas IMSS-SNTSS; y a partir de 1957, 3,221 viviendas repartidas en tres unidades de servicios sociales y habitación: Unidad Santa Fe en 1957 y la Unidad Independencia en 1958, ambas en la Ciudad de México; la Unidad Hidalgo en Colima, Colima y la Unidad de Ciudad Sahagún en Hidalgo (Pozas, 1992). En 1962 fueron edificadas 13 unidades habitacionales con 9,444 viviendas en todo el país (IMSS, 1982). Además, el Instituto brindó capacitación para el trabajo y, desde 1973, ofreció servicios sociales de Velatorios (IMSS, 2017).

I.4. LA REFORMA DE 1973 A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

La urbanización, las transformaciones regionales, la evolución demográfica y la mejora en las condiciones de vida de la población afiliada —mayores oportunidades de movilidad social, acceso a activos, educación y profesionalización— promovieron el gran desarrollo del Instituto en la integralidad de prestaciones y en el aumento de cobertura. El 21 de diciembre de 1959, las modificaciones a la Ley del Seguro Social (LSS) incorporaron a la protección del Seguro Social obligatorio a las personas trabajadoras del campo; el 7 de diciembre de 1963 a las productoras de la caña de azúcar y sus empleados; el 31 de diciembre de 1965 a personas ejidatarias y pequeñas propietarias que por sus escasos recursos no pudieran cubrir altas cotizaciones; y en 1969 a las personas trabajadoras mineras (IMSS, 1959 y 1965).

Estos logros en el crecimiento de la población protegida por el Instituto y con mejores niveles de bienestar plantearon el desafío de expandir los beneficios de la seguridad social a otros sectores sociales no vinculados directamente a una relación salarial. Tuvo lugar entonces una reforma a la LSS de amplio calado, el 12 de marzo de 1973¹⁶. Esta vez, el régimen del Seguro Social logró implantarse en todo el país, a la vez que aumentaron las prestaciones de la población derechohabiente y beneficiaria (LSS, Art. 14, 1973).

La reforma tuvo lugar en apego estricto a los principios germinales del Instituto: su carácter público, solidario, integral, redistributivo y de tendencia universal. A partir suyo, la cobertura obligatoria del Seguro Social fue extendida a sectores no vinculados a una relación salarial tradicional y dio inicio la protección a grupos de personas en condiciones de marginación social. No obstante, la extensión de la cobertura integral de la seguridad social —universalización— no ocurrió, debido a que la economía fue incapaz de generar el número de empleos formales requeridos y a que la industrialización estuvo sujeta a los parámetros asimétricos de inserción de México a la economía mundial. Estos hechos impidieron la generalización a toda la población de la garantía del derecho social a la seguridad social.

La reforma de 1973 a la LSS avanzó en dos direcciones. Por un lado buscó adaptar la seguridad social a las nuevas circunstancias demográficas y epidemiológicas del país. La población total había pasado de 19'600,000 personas en 1940 a 48'200,000 en 1970 (Conapo, 2022). Esta evolución estuvo acompañada de la disminución de la tasa bruta de mortalidad, la cual descendió de 18.06% en 1950 a 10.34% en 1970, así como por el aumento en la esperanza de vida de 47.34 años a 59.85 años en el mismo periodo (Conapo, 2022).

En el entorno epidemiológico prevaleciente, todavía primaban los padecimientos infectocontagiosos como la principal causa de mortalidad, equivalentes a 25% de las defunciones nacionales anuales; además de los problemas generalizados de desnutrición, en especial de la población infantil, más de 40% de la población total (Conapo, 2022).

Con base en el principio de integralidad, la reforma amplió los servicios y prestaciones. Sustituyó el término de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por el de “riesgos de trabajo” y consideró que, al crearse estos socialmente, sus consecuencias debían compartirse de igual forma (LSS, Arts. 48-50, 1973).

Aumentó la cuantía de las pensiones por incapacidad parcial o permanente; la pensión de las personas huérfanas totalmente incapacitadas; los montos de las pensiones por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada para las personas beneficiarias de las aseguradas y de las fallecidas; los servicios médicos a hijas e hijos de la población asegurada hasta los 21 años; la protección de descendientes de personas pensionadas por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada hasta los 25 años (LSS, Arts. 48-79, 1973).



Fue creado el Seguro de Guarderías para hijas e hijos de madres aseguradas, facilitándoles los medios para cumplir con sus actividades laborales y maternas (LSS, Arts. 11 y 15 y 184-193, 1973).

De acuerdo con los principios de solidaridad y de universalidad tendencial, el IMSS extendió su protección a nuevos grupos sociales no contemplados en la ley de 1943 con limitaciones, siempre y cuando no comprometieran ni los recursos del Régimen Obligatorio del Instituto ni los derechos adquiridos (IMSS, 1973). Fue sumado al Régimen Obligatorio un importante contingente de población proveniente del sector rural —ejidatarios, comuneros, pequeños propietarios organizados y en general— (LSS, Art. 13 F. II-V, 1973); les otorgó acceso a servicios en especie del seguro de enfermedades y maternidad, de pensión de vejez, viudez, orfandad y de ascendientes en caso de muerte, así como atención médica en casos de riesgos de trabajo (LSS, Art. 212, 1973). Con ello, fueron incorporados al Régimen Obligatorio 262,660 personas trabajadoras del campo, en 1979 abarcaban a 345,056 personas y en 1982 a 444,801 (IMSS, 2011c).

El Régimen Obligatorio también incorporó a personas contratadas bajo cualquier modalidad jurídica o independientemente de la naturaleza económica del patrón a la membresía de las sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas; a personas trabajadoras en industrias familiares o independientes profesionales; a pequeños comerciantes y personas trabajadoras no asalariadas y al sector patronal con personas aseguradas a su servicio (LSS, Arts. 12 F. I-III, y 13 F. I y VI, 1973). En todos los casos, el Ejecutivo Federal determinaría las modalidades y fechas de implantación del Seguro Social (LSS, Arts. 13 y 16, 1973) previa solicitud por escrito de parte de las personas interesadas (LSS, Art. 210, 1973).

La modalidad de Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio abrió la posibilidad de adherir a otros núcleos productivos con menor capacidad contributiva: las personas trabajadoras domésticas, de industrias familiares y trabajadoras independientes —profesionales, comerciantes en pequeño o artesanas—, a personas empleadas federales, estatales y municipales o de organismos descentralizados (LSS, Arts. 203 y 204, 1973).

La incorporación de estos sectores a la seguridad social significaba un gran avance en la inclusión social, pero aún era insuficiente para lograr una redistribución equitativa del ingreso, garantizar el bienestar a nivel nacional y alcanzar la universalidad. La protección del derecho a la seguridad social por el IMSS solo amparaba a una cuarta parte de la población ocupada del país, mientras que casi 20 millones de personas residentes en localidades de menos de 2,500 habitantes carecían de protección y no tenían acceso a servicios de salud. Del mismo modo, casi 95,000 comunidades tampoco tenían servicios higiénicos básicos (Inegi, 1970).

Frente a esta realidad y en la perspectiva de abonar a la justicia social, la otra dirección en la que avanzó la reforma a la LSS de 1973 fue ampliar su protección, garantizando el bienestar a la comunidad en general. Por lo que fue legislada la obligación de proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo a sectores en situación de marginación (LSS, Art. 8, 1973). Otorgó prestaciones sociales para fomentar su salud, prevenir enfermedades y accidentes, y contribuir a la elevación general de sus niveles de vida (LSS, Art. 234, 1973). De igual forma ofreció los servicios de solidaridad social que determinara el Ejecutivo Federal (LSS, Arts. 236 y 237, 1973).

En 1979 fue creado el Programa IMSS-COPLAMAR¹⁷, con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de solidaridad social del Instituto “en la medida de las posibilidades y de las condiciones sociales y económicas de las regiones” (Ayala y Schaffer, 1991). Ofreció, con cooperación comunitaria, asistencia médica, farmacéutica, promoción

de la salud y hospitalaria a la población en alta marginación rural, suburbana y urbana (IMSS, 2017). Para 1982 operaba en 1,357 municipios a nivel nacional con instalaciones en 27,524 localidades de alta marginación y contaba con 3,025 unidades médicas rurales, 8 hospitales rurales con atención del primer nivel y 52 hospitales con atención integral.

El Programa IMSS-COPLAMAR buscó beneficiar a una población potencial de casi 19 millones, de la cual casi la mitad era favorecida y concretó el compromiso de garantizar el acceso a la salud y al bienestar social a toda la población mexicana, trascendiendo la sola protección de la población vinculada al trabajo asalariado (IMSS, 2017).

El desarrollo alcanzado por el Instituto en esta etapa le permitió izarse como la institución pública de seguridad social solidaria más grande de México y de América Latina; representaba el pilar en la mejoría de la salud y el desarrollo social y económico de la población mexicana, así como en la enseñanza e investigación de la medicina, enfermería y disciplinas afines.

El crecimiento del mercado del trabajo y del empleo estable y protegido desempeñaron un papel clave para alcanzar el bienestar social y la protección laboral. Mismos que fueron logrados mediante arreglos institucionales, financieros y funcionales, entre el sector de las personas trabajadoras, el empresarial y el Estado en un acuerdo redistributivo. Sus frutos fueron materializados como propios del Estado comprometido con una perspectiva garantista, pública, solidaria, redistributiva, integral y tendencialmente universal, soportada en una concepción del bienestar social integral y como una obligación pública y social.

A partir del valor de la solidaridad social, el Instituto avanzó progresivamente en el cumplimiento del derecho social a la protección de la salud y a la seguridad social; no obstante, no logró universalizarse.

El modelo de seguridad social mexicano, de responsabilidad pública —estatal— y contributiva del que el IMSS constituye su pilar, ha sido reconocido como Bismarkiano o corporativo conservador por su carácter gremial tripartita y por vincular el acceso a la seguridad social con el trabajo asalariado, en un contexto de impulso a la industrialización nacional (Barba, 2004). Esto ha llevado a algunos autores a afirmar que el régimen de seguridad social mexicano es “dual”, en el sentido de fomentar formas limitadas de ciudadanía y excluyendo a sectores que no apoyaron el proyecto de industrialización, argumento que lleva a negar la lucha histórica de las personas trabajadoras organizadas sindicalmente para mejorar sus condiciones laborales y sociales.

La incapacidad para concretar un desarrollo industrial pleno¹⁸ y la insuficiencia para generar el total de empleos formales requeridos fueron las causas por las que el IMSS no logró la universalidad, al no incorporar al grueso de la población no asociada a la tradicional relación salarial, particularmente la rural. La brecha de desigualdad de bienestar entre las personas beneficiarias de la seguridad social y los sectores no protegidos por ella no es reductible ni asimilable al modelo de seguridad social prevaleciente, ni este al régimen político priista.

Fue el pacto corporativo de legitimidad política por bienestar social, erigido entre el sindicalismo vinculado al ejercicio del poder¹⁹, el sector empresarial y el Estado el que permitió que los estatutos sindicales del “charrismo” controlaran a las personas agremiadas en favor de las empresas, a cambio de prebendas políticas para los líderes y jugosos contratos colectivos por encima de las garantías de ley del IMSS.

La inclusión de las personas trabajadoras al IMSS amortiguó la segmentación social existente entre ellas y entre sus familias²⁰, situando a la seguridad social como horizonte de bienestar. Hasta inicios de la década de 1980, la seguridad social representó el principio



político, ideológico y económico de validez y de legitimidad sociales, lo cual redujo la inequitativa distribución de la riqueza con protección y prestaciones sociales para las personas trabajadoras y sus familias a fin de garantizar la dignidad de vida del individuo y la colectividad social.

La seguridad social mexicana estuvo sujeta, hasta 1980, a un grado importante de intervencionismo y regulación por parte del poder público respecto al qué, cómo y para quiénes era garantizada la salud, en el que el Estado mantuvo un alto grado de protagonismo en la regulación, financiamiento y prestación de servicios de salud, así como de prestaciones sociales.

No obstante, el sistema de salud permaneció fragmentado en términos organizacionales y por el tipo de población objetivo a atender. Quedó integrado por dos sectores: el público y el privado. El primero, constituido por el subsector de la seguridad social con IMSS, ISSSTE, Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina; y por los servicios de salud públicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Servicios Estatales de Salud (Sesa) y el Programa IMSS-COPLAMAR. El segundo conformado por el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago directamente o a través de compañías aseguradoras.

La crisis económico-política de la década de 1970 cuestionó la capacidad del Estado posrevolucionario de continuar generando justicia social de forma progresiva. El modelo de desarrollo de libre mercado que le sucedió puso en entredicho, sin comprobarlo, la superioridad de las instituciones privadas frente a las públicas en la provisión y administración de los servicios de salud y seguridad social. Propósito de retracción del Estado, justificado en la idea, no comprobada, de que el mercado figura como un ámbito por excelencia de generación de riqueza, capaz de potenciar los beneficios con eficiencia, calidad y a un menor costo; además de desarrollar la libre elección y la democracia.

El modelo neoliberal, en un proceso de largo plazo, propició desconfigurar al IMSS como pilar del derecho a la seguridad social, degradando intencionalmente los servicios y conculcando el derecho constitucional a la seguridad social. Lo redimensionó y descapitalizó, desincorporando el ramo de las pensiones, vía liberalizar —privatizar— el ahorro de las personas trabajadoras transfiriéndolas al sector financiero para su rentabilización y administración. Además de mercantilizar las prestaciones médicas y sociales, convirtió al IMSS en una suerte de empresa público-mercantil que trastocó su esencia y concepción como bien público; e introdujo un razonamiento funcional y organizacional, gerencial-empresarial, que lo convirtió en un asegurador financiero de riesgos, separado de la prestación directa —pública— de los servicios médicos y sociales.

En los siguientes capítulos están presentados los principios y ejes soporte de su desmantelamiento, y el encadenamiento de los procesos que consolidaron al Instituto como empresa público-mercantil y aseguradora financiera de riesgos, así como algunas de sus tensiones y resistencias.



CAPÍTULO II

Modernización del IMSS, 1982-1994

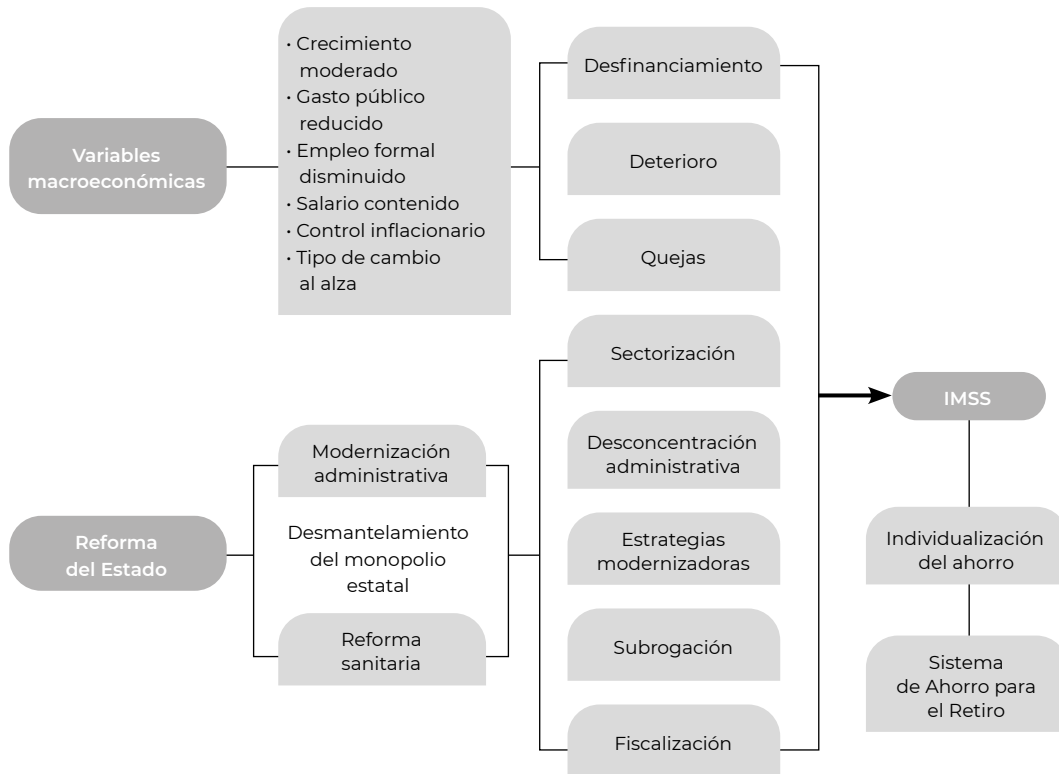


Este periodo abarca las dos primeras administraciones políticas orientadas desde el modelo de libre mercado en México, reconocido como neoliberal: las de los Presidentes Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) y Carlos Salinas de Gortari (1988-1994). Ambas orientaron al país hacia un “Cambio de Rumbo” o redefinición radical del modelo de sociedad. La década de 1980 trajo una serie de mudanzas de largo plazo cuyo propósito fue sentar las bases para implantar en el radar ideológico, económico, político, administrativo y social la idea de que el mercado es la forma más eficiente para distribuir los recursos y generar una sociedad sana.

Cinco grandes alteraciones del IMSS marcaron su derrotero en el periodo de 1982 a 1994: 1) Desfinanciamiento, ralentización en el crecimiento de afiliación y cambio en el perfil de la población derechohabiente; 2) Contención y deterioro de la infraestructura, equipo e insumos; 3) Quejas de las personas trabajadoras y población derechohabiente, así como acusaciones de privatización del Instituto; 4) Modernización del IMSS: liberalizar y mercantilizar para andar, y 5) Individualización y privatización de los fondos de pensiones vía la incorporación del Seguro de Retiro y creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) (esquema II.1).



ESQUEMA II.1
CAMBIOS Y AFECTACIONES AL IMSS EN EL PERIODO 1982-1994



Nota. Elaboración propia.

Explicar estos cambios requiere conocer el contexto económico-político y social en los que tuvieron lugar y que los condicionaron; un escenario de reforma del Estado y de reestructuración económica de libre mercado a partir de los cuales fue reconfigurada una novedosa relación Estado, sociedad y mercado, en favor del último. Este recambio dio fin al periodo desarrollista de fuerte intervención estatal, en el que la política económica estuvo vinculada a la política social y al compromiso de garantizar el bienestar integral, individual y colectivo desde el Estado y sus instituciones. A lo largo de estos dos sexenios fue promovida la desincorporación del sector público —su retracción— e incentivado el crecimiento y fortalecimiento del sector privado desde el propio Estado neoliberal.

II.1. CONDICIONES DE CONTEXTO

Miguel de la Madrid Hurtado llegó a la Presidencia en 1982 con 74.43% de la votación total en favor del Partido Revolucionario Institucional (PRI) como partido hegemónico, en un contexto de apertura política que le permitió llevar a cabo una serie de reformas estructurales a la economía mexicana. El país estaba en crisis y, para sortear la deuda, acordó el rescate financiero del país con el Fondo Monetario Internacional (FMI), a cambio de instrumentar políticas de ajuste ortodoxas orientadas por los postulados del

Consenso de Washington: disciplina fiscal, reducción del gasto público, reforma fiscal, tipo de cambio real, liberalización económica, financiera y de la inversión extranjera directa; y desregulación y derecho de propiedad. Implantó también el modelo de estabilización y de cambio estructural, incluyendo un plan de austeridad y el ajuste recesivo con instrumentos de política monetaria y presupuestaria.

De la Madrid Hurtado aplicó el Programa Inmediato de Reordenación Económica y el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 (De la Madrid, 1983). Políticas ortodoxas cuyo objetivo era lograr la estabilidad macroeconómica vía recortar el tamaño del Estado y reducir su acción a la creación de condiciones que le hicieran eficiente, a fin de generar los recursos indispensables para afrontar los compromisos del endeudamiento externo sin tener que intervenir en la política fiscal, presupuestaria, ni monetaria.

Fue impuesto un fuerte programa de austeridad y colocó al ahorro voluntario como el único mecanismo capaz de elevar la producción y mejorar la eficiencia —diferimiento del consumo—. El resultado de estas estrategias fue un serio deterioro económico, el mayor que haya tenido el país, reconociendo la década de 1980 como la “década perdida”. Ello, a pesar de que en 1987 fueron instrumentadas medidas económicas de conciliación social por la estabilidad a través de la firma del Pacto de Solidaridad Económica. Su objetivo, fallido, buscó detener el incremento de los intereses para el pago de la deuda, la inflación, la devaluación del peso mexicano y el bajo crecimiento económico.

Carlos Salinas de Gortari llegó a la Presidencia en 1988 acusado de fraude. La caída del sistema le dio la victoria frente al candidato izquierdista Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, quien fue respaldado por una coalición de fuerzas de izquierda llamada Frente Democrático Nacional. El PRI perdió la mayoría requerida de dos tercios para aprobar reformas constitucionales; a la vez que el Partido Acción Nacional (PAN), de orientación conservadora, iba ganando fuerza en el norte del país y menguaba el control político corporativo tradicional del sector obrero, liderado por la CTM.

Esta situación llevó a instrumentar el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) como estrategia política para “recuperar y fortalecer la base popular del régimen” (Sánchez, 2018, p. 258). No obstante, con la administración de Salinas de Gortari inició el final de la larga supremacía del PRI como partido hegemónico.

El cierre del sexenio salinista estuvo caracterizado por una serie de sucesos con eco en lo político y lo social. Al “error de diciembre” —explicado más adelante en el capítulo de Zedillo Ponce de León—, de negativos efectos económicos, fue aunada la fragmentación del PRI propiciada por los asesinatos del candidato presidencial Luis Donaldo Colosio, posible sucesor en las elecciones, así como del secretario general del PRI, Francisco Ruiz Massieu; además, en enero de 1994 se levantó el Ejército Zapatista de Liberación Nacional en Chiapas, visibilizando a uno de los tantos grupos sociales excluidos histórica y estructuralmente.

Salinas de Gortari buscó transitar del “nacionalismo revolucionario” al “liberalismo económico tildado de social”, reformando al Estado para evitar sus excesos. Objetivo por el cual alteró la estructura del poder reconvirtiendo a las élites dirigentes del Estado, encabezándolas por perfiles técnicos liberales —tecnócratas— y ya no por políticos tradicionales.

La élite tecnócrata estuvo vinculada a la crema y nata del sector bancario, de los intermediarios del capital financiero extranjero, de las empresas exportadoras y de los ideólogos del sector empresarial, entre otros. Estos nuevos socios cimentaron la inicial concentración y centralización del capital en el país, resultando enriquecidos con



las privatizaciones de los bienes nacionales. La nueva plutocracia trastocó la soberanía nacional y convirtió a la nueva élite en la figura principal de la acumulación, transfiriendo a las fuerzas del mercado transnacional un papel protagónico y supraestatal en el país.

El proyecto de liberalismo económico de la nueva élite fue ampliar la extensión de bienes y productos financieros, la primacía de los servicios, la “terciarización” de las actividades productivas y la conformación de redes de unificación técnicas, mercantiles y financieras. Estuvo orientado a cambiar la concepción del Estado para abandonar la idea de Estado propietario e interventor y convertirlo en uno regulador.

Esto supuso reducir a toda costa su tamaño: privatizó las empresas paraestatales reduciéndolas de 1,115 a 258; implantó nuevas formas de negocio al amparo del Estado —enriquecimiento privado a manos del erario—; aplicó un irrestricto respeto a los derechos de propiedad y flexibilizó con gerencia empresarial —modernización— a las instituciones sociales, convirtiéndolas en empresas público-mercantiles, es decir, empresas a las que se asignan recursos públicos, a efecto de que produzcan bienes y servicios de forma eficiente, cumpliendo con metas fiscales sujetas a la inflación para elevar su rentabilidad (PNMEP, 1990).

Dichos cambios beneficiaron al capital transnacional y fueron justificados para eliminar el déficit fiscal, restituir las finanzas, estabilizar la economía y liberar al sector público de sus cargas.

En tales objetivos, Salinas de Gortari profundizó el cambio estructural, suprimió la Reforma Agraria heredada de la Revolución, liberalizó la economía y las finanzas, y retrajo al Estado de su intervención productiva orientando la producción hacia la exportación en detrimento de la industrialización. Liberalizó el comercio abriendo la economía al exterior y al capital transnacional —eliminó aranceles y permisos a las importaciones—, y firmó el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) con Canadá y Estados Unidos de Norteamérica en 1992 para incluir a México en el área de libre comercio. También liberalizó al mercado a través de desregular sus límites. Continuó la política monetaria y fiscal ortodoxa: incentivó la desregulación, el control del tipo de cambio y la contención salarial.

Entre 1989 y 1992, el Presidente logró la recuperación económica gracias a un mayor dinamismo de la inversión privada y una fuerte expansión del crédito. Desde 1988 emprendió la reforma financiera orientada a liberar las operaciones de los intermediarios financieros, modernizó y creó nuevos instrumentos, emprendió la apertura gradual hacia la competencia externa y elevó el ahorro interno. Preparó al país, según las demandas de la globalización o mundialización de los mercados financieros y regionalización económica, traduciéndose posteriormente en una fuerte dependencia de recursos del exterior.

El crédito empresarial estuvo concentrado en las empresas grandes y en el sector de servicios, generando un modelo de desarrollo secundario-exportador. La pequeña y mediana industria quedaron casi marginadas de los circuitos crediticios, conduciendo a posponer sus planes de inversión y a competir con reconversiones industriales ligadas a la reducción del costo del trabajo y al recorte de plantillas de personal. Hecho que provocó el cierre de empresas y despidos masivos —desempleo—, la reducción del valor del trabajo —salarios bajos y abaratamiento del despido, entre otros—, la desintegración de la estructura productiva nacional, la limitación en la transformación tecnológica e innovación, y el estancamiento productivo —industrial, minero y agrícola—.

La liberalización financiera continuó junto con la modificación del marco regulatorio de los bancos y del mercado de valores. Su profusión generó alta especulación e impactó negativamente al sector productivo con desaceleración económica y sobreendeudamiento afectando a empresas y consumidores. Los altos niveles de cartera

vencida provocaron, al mismo tiempo, tanto recesión económica como una alta inflación. Junto con la presión monetaria —invasión de dólares— condujeron a desequilibrios insostenibles de déficit fiscal, comercial y de cuenta corriente, propiciando el terreno para el surgimiento de futuras crisis financieras (Calva, 2004).

El liberalismo económico supuso el traspaso del modelo intervencionista a uno de corte neoliberal. En ese tránsito, el IMSS fue la institución más afectada por los impactos negativos del ajuste estructural, con desfinanciamiento y deterioro al estar considerada una entidad paraestatal monopólica del bienestar. Fue orillada a modernizarse a través de introducir una gestión empresarial, la que en el largo plazo la convirtió en una suerte de empresa público-mercantil a través de la cual fue incentivado el crecimiento del sector privado de la salud y de las aseguradoras en salud, con la intención de transferirles recursos públicos, cuyo desarrollo fue relativo.

Otro de los ejes de afectación al IMSS en el periodo de 1982 a 1994 fue la reforma neoliberal del Estado, orientada por la noción de la supremacía de la administración privada sobre la pública. A partir suyo, en un proceso acumulativo y de larga duración, fue alterada la estructura, la organización, el funcionamiento, el financiamiento y la concepción de las instituciones públicas desde una perspectiva mercantil. Proceso que incluyó esencialmente al IMSS como pilar de la seguridad social en su calidad de bien público y que llevó por nombre “modernización”.

El sustento de estos cambios emanó de los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) 1983-1988 y 1989-1994; del Programa de Descentralización Administrativa 1983-1988; del Programa General de Simplificación de la Administración Pública Federal 1989, y del Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública (PNMEP) 1990-1994.

Estas pautas situaron a la “modernización” de la Administración Pública Federal (APF) como horizonte, debiendo adecuar sus dependencias y entidades a los objetivos, prioridades, estrategias y políticas del modelo de libre mercado, así como establecer las premisas para su privatización.

La llamada “modernización” implicó la “liberalización” o abolición del poder monopólico reglamentario del Estado, extendiéndolo al sector privado (Steel y Head, 1985); la “desincorporación” o cesión por el Estado de acciones públicas a los particulares vía su liquidación o contratos de arrendamiento (Shirley, 1986); la “desregulación” o derogación normativa, que impedía a la iniciativa privada competir con el monopolio estatal y/o la promulgación de aquella que modificara las condiciones de competencia (Walravens, 1986); la “desreglamentación” o eliminación de la norma tutelar de los intereses sociales para la operación libre de las fuerzas del mercado, y la “contratación” o concesión a empresas privadas, a través de convenios, de la realización de actividades, obligación del servicio público (Sánchez, 2010).

La modernización constituyó el seudónimo de la privatización de las instituciones públicas. Para su privatización fueron introducidas estrategias gerenciales de mercado o de gestión privada —consideradas como las únicas realistas y posibles— en su funcionamiento y organización. Su fin fue hacer a estas eficientes y productivas y, a largo plazo, transformarlas en espacios de competencia mercantil, estableciendo con ello bases sólidas para consolidar el cambio estructural del país.

Estas prácticas iniciaron en la década de 1980 y fueron instrumentadas con particulares matices a lo largo de 36 años de administraciones neoliberales. Su instrumentación provocó la apertura a la privatización de áreas estratégicas del sector público —privatización de las paraestatales— y el redimensionamiento en magnitud, estructura, funcionamiento, norma, operación y objetivos de las entidades paraestatales



con función social. Ambos supusieron la retracción del Estado, tal fue el caso que menoscabó al IMSS (PND 1983-1988; PND 1989-1994 y PNMEP, 1990).

En el caso del Instituto, su privatización ha sido silenciosa, con continuos y perseverantes procesos de modernización mercantil de largo plazo. La racionalidad de mercado caló su organización y funcionamiento, cambiando su estructura y concepción. Con ella, paulatinamente ha ido operándose su desmantelamiento como monopolio de Estado, pilar de la seguridad social garante del bienestar integral.

Las modificaciones provocadas por la modernización del Instituto no siguieron una ruta lineal, dado que tuvieron lugar en un escenario de continuas tensiones y negociaciones entre las autoridades y los diferentes sectores involucrados en la seguridad social —personas trabajadoras, población derechohabiente y sociedad en general—, mismas que matizaron y a veces viraron el ángulo de su curso, aunque no así su objetivo: liberalizar al Instituto para convertirlo en una empresa público-mercantil, transformándolo en un segmento competitivo del mercado de la salud dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

II.1.1. Modernización del IMSS como entidad de la Administración Pública Federal, 1982-1994

Los cambios en el Instituto en este periodo, eslabonados a la reforma neoliberal de la APF, algunas veces parecieron menores y otras yacieron silenciados; no obstante, marcaron con toda firmeza el derrotero de su modernización de mercado. Horizonte que fue trazado desde la administración política del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, cimentado por la del Presidente Carlos Salinas de Gortari y consolidado a lo largo del periodo de las administraciones políticas neoliberales.

Su progresión en el tiempo supuso puntualizaciones de matiz, profundización de objetivos, o bien, adición de innovaciones, pero siempre estuvo conducida en la misma dirección: transformar al IMSS como entidad de la APF para alinearlo al nuevo modelo socioeconómico y político neoliberal centrado en el predominio del interés privado e individual sobre el interés público y colectivo, situación que será evidenciada a lo largo del texto. El camino fue hacerlo funcional a los intereses de mercado, lo que diluyó su forma de organización, funcionamiento y objetivos como institución insignia de Estado, garante del derecho social a la seguridad social y a la salud, y que progresivamente la desmembró como monopolio estatal del bienestar integral.

Así el IMSS, considerado área prioritaria de amplio beneficio social o “entidad estratégica de servicio institucional con función social”, guió su funcionamiento con criterios de mercado: disciplina y eficiencia financiera, racionalizando su estructura y administración. Propósitos que supuestamente le permitirían lograr una mayor productividad con calidad y eficiencia en los servicios sanitarios y administrativos, en un contexto de escasez de recursos, y la prepararían para competir con calidad, productividad y eficiencia en el mercado de la salud (PNMEP, 1990).

Las estrategias modernizadoras que le orientaron durante el periodo de 1982 a 1994 y que propiciarían su futuro funcionamiento de mercado fueron: sectorizarse; desconcentrarse; redefinir las líneas de autoridad; reorganizar estructuras y funciones; reordenar y disciplinar las finanzas; racionalizar recursos; conducirse con transparencia, eficacia, eficiencia, productividad y calidad; profesionalizar y capacitar al personal; combatir todas las concentraciones; desregular y simplificar; promover la autonomía de gestión; diseñar indicadores de medición de eficiencia y productividad en la operación

y en las finanzas; establecer cuadros básicos de insumos a nivel sectorial, y promover el crecimiento y la participación de los sectores social y privado (LOAPF, Art. 39. F. I, VI y VII, 1982; PND 1983-1988; PND 1989-1994; PNMEP, 1990).

II.1.2. Modernización del IMSS como entidad del sector salud

En la modernización del IMSS como entidad paraestatal incidió también la reforma estructural en salud impulsada por el Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo en 1984. Esta reforma y la de la Administración Pública Federal, coincidentes en premisas y valores, estuvieron orientadas a liberalizar el mercado de la seguridad social y de la salud, prescribiendo la transformación del Instituto. La reforma sanitaria dictó reordenar y remodelar, desde la racionalidad mercantil, a las instituciones sanitarias y decretó fomentar la participación del sector privado en la provisión de los servicios, abriéndole espacios para su crecimiento y rentabilidad.

Aunque se justificó con la idea de resolver la fragmentación y segmentación del sistema de salud mexicano, su verdadero propósito era eliminar el carácter monopólico de las instituciones públicas heredadas del modelo desarrollista, particularmente del IMSS, que ostentaba el del bienestar integral.

Tanto en el Programa Nacional de Salud (PNS) de 1984-1988 como en el de 1991-1994 fue ordenado explícitamente incentivar el crecimiento del sector privado de la salud y promover la subrogación interinstitucional de servicios médicos en concertación con el sector privado. El impulso a este último estuvo justificado con la idea de consolidar el Sistema Nacional de Salud (SNS), constitutivo de tres niveles de atención regionalizados y en todos los niveles de gobierno. En él competirían todas las instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud: las del sector público, social y privado. Favorecer el crecimiento del sector privado de salud iría de la mano directamente con retraer al sector público.

Consolidar el SNS requería sectorizar a las instituciones públicas de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y modernizar su gestión mediante: la descentralización y/o desconcentración de las áreas administrativas y funciones operativas; la simplificación administrativa; la planeación; evaluación; automatización de procesos; el control; la capacitación y profesionalización en la lógica mercantil de los servidores públicos; la racionalización costo-eficiente de las estructuras, de los recursos humanos, materiales y financieros; la coordinación intersectorial; la implantación de paquetes básicos de insumos a nivel sectorial y la inducción del crecimiento de los sectores social y privado; la subrogación de servicios —interinstitucional— la desregulación y la participación corresponsable de la comunidad (PNS 1984-1988).

Estas estrategias tendrían como propósito rentabilizar a las instituciones públicas de salud en una lógica mercantil en favor del sector privado, en detrimento de su carácter garante de derechos.

Las directrices jurídicas que normaron dichas estrategias derivaron de la Ley General de Salud (LGS) promulgada en 1984, que estableció, con derechos y obligaciones, las opciones para hacer cumplir el Artículo 4 constitucional, reformado en 1983, que instituyó el derecho a la protección de la salud.

En la Exposición de Motivos de la LGS de 1983 quedó de manifiesto que la procuración de la salud no debía ser tarea única del Estado. La LGS de 1984, en tanto, fue elocuente en promover la competencia entre prestadores de servicios públicos, sociales y privados (Art. 10); autorizó la coordinación intersectorial pública-privada, con rectoría en la SSA, a



través de la firma de convenios y contratos (Art. 11) y de la subrogación de servicios (Art. 8), y orientó, estimuló y apoyó el crecimiento del sector privado (Art. 11 F. II). Propósitos que fueron justificados, supuestamente, con la idea de acabar con las “fallas” administrativas, operativas y financieras generadas por el Estado posrevolucionario y sus instituciones monopólicas e ineficientes.

En los Artículos 8 y 50 de la LGS de 1984 se redefinió a la salud como una mercancía, introduciendo en la norma la modalidad de “cuotas de recuperación” para acceder a la atención a través de un pago, o capitación (Arts. 35 y 36). La Presidencia de Salinas de Gortari ordenó que fueran diferenciadas (PNS 1991-1994), cambio que implícitamente representó concebir a la salud como objeto estandarizado de comercialización y desdibujarlo de la noción de derecho social. Además, fue legislado el “enfoque de usuario/cliente”, propio de la visión mercantil, refiriendo que las personas requieren y obtienen servicios de salud a través de su “libre elección”, pudiendo escoger atenderse libremente en los sectores público, social o privado.

La capitación en salud corresponde a un sistema de pago por intervención y/o acción en salud por parte de una persona a quien presta los servicios médicos, una suerte de contrato entre prestadores y compradores en los términos del mercado. Para su funcionamiento, también implica la organización interna de los prestadores y la modalidad de prestación de los servicios ya sea por transferencia, riesgo, especialización, competencia o integración, entre otros. Ello influye en el rendimiento de la asistencia médica con incentivos a la oferta de servicios y a una mejor eficacia, aunque con el riesgo de sacrificar la calidad por racionamiento (Maceira, 1998).

El Título Segundo de la LGS de 1984, acorde con el PND 1983-1988 y al PNS 1984-1988, estableció las modalidades de acceso posibles al nuevo derecho de protección a la salud a través del SNS. Este estaría constituido por el gobierno a través de instituciones públicas de salud de los tres niveles de gobierno y los sectores social y privado. La población elegiría a alguno de ellos según sus necesidades, preferencias, capacidades económicas y condición laboral. En el SNS, los diferentes proveedores actuarían acorde con mecanismos de coordinación —por convenios— proclives a la competencia por los recursos sin que alguno tuviera mayor peso que otro; el SNS en conjunto estaría orientado a incrementar la productividad en la atención y la eficiencia técnica con disciplina presupuestal.

Los principios rectores del SNS serían la eficiencia, la eficacia, la equidad y la calidad de los servicios conforme a “criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de servicios” (EMLGS, 1983).

El sistema ordenado desde una visión mercantil pretendía centrarse en la idea de personas usuarias —clientes— y no sujetas de derechos. El SNS identificaría, clasificaría y acreditaría a la población, según su capacidad de pago y el tipo de prestador de servicios al que podría acceder —universo de usuarios—; dividiría el territorio en regiones económicas acorde con el número de personas usuarias por localidad y a la disponibilidad de prestadores de servicios —regionalización—, y responsabilizaría la prestación de los servicios, tanto a los sectores de salud públicos como a los privados en los tres niveles de atención (EMLGS, 1983; LGS, Arts. 8 y 26, 1984).

El reordenamiento del sector salud procedería desde la SSA y debía: descentralizar los servicios de salud a población abierta —sin seguridad social laboral—, sectorizar las instituciones de salud a la SSA, modernizar la administración del sector público sanitario, coordinar intersectorialmente los servicios y abrir estos a la participación privada (EMLGS, 1983).

La descentralización de los servicios de salud iniciada en 1984 buscaba la separación de funciones entre la SSA y los sistemas estatales, simulándola como distribución de competencias y concurrencia mediante convenios de coordinación entre la federación y las entidades federativas. Bajo la regulación de la SSA se unificaría a las instituciones prestadoras de servicios a población abierta en cada entidad, para establecer sistemas de servicios de salud eficientes con calidad y equidad, que compitieran entre sí por los recursos en el SNS.

La descentralización justificada con la idea de acercar los servicios a la gente consistió en transferir facultades administrativas, operativas y financieras a las entidades federativas, y delegar funciones a los sectores social y privado, incluyendo a estos últimos en la constitución del SNS (LGS, Arts. 5, 7 F. III, 9, 13, 21 F. VI, 1984). En los hechos, solo fue concretada en 14 estados, transfiriéndoles únicamente las facultades operativas, pero no los recursos, en espera de crear las capacidades locales para su control y ejecución (Cardozo, 1993; Ornelas, 1998).

Con base en las directrices del informe del Banco Mundial de 1987 *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, la reforma sanitaria mexicana continuó diferenciando los bienes públicos en salud de los privados y, en este periodo, prosiguió aplicando 3 de las 4 estrategias propuestas para financiar la atención en salud en contextos de austeridad como el mexicano: descentralizar los servicios, separar funciones e incentivar el desarrollo de seguros de salud. La cuarta estrategia relativa a la instauración de copagos—implantar tarifas a personas usuarias— tuvo lugar hasta la siguiente década; primero en el IMSS con los Seguros de Salud para la Familia, derivado de la reforma a la Ley de 1995, y luego con el Sistema de Protección Social en Salud en 2003.

Los agentes privados en la salud surgieron en México a mediados de la década de 1980, justo cuando los problemas financieros comenzaron a impactar con fuerza a las instituciones públicas de salud, en especial al IMSS. En un lapso de 10 años, la venta de seguros y servicios médicos aumentó sostenidamente, pasando de representar 47.8% del Producto Interno Bruto (PIB) de servicios médicos en 1983 a 60.2% en 1985, lo que los llevó a ser más importantes en términos económicos que los públicos (Laurell, 1997, p. 36).

A la par que era inducido el crecimiento de los distintos prestadores privados—con fines de lucro— para participar en la provisión de servicios, iría disminuyendo la obligación del Estado de prestarlos directamente, despojándole de la responsabilidad frente a los mismos, la que otrora le era exclusiva.

La reorganización administrativa del sistema de salud supuso profundizar la fragmentación de los arreglos institucionales de prestadores de servicios públicos, a la vez que allanaba el camino para que el sector privado tuviera mayor injerencia en este ámbito, incluso, como se vio, por encima del sector público.

Por último, el propósito modernizador del IMSS tampoco fue ajeno a las condiciones de desfinanciamiento y deterioro padecidos en el periodo, provocados por la instrumentación de las políticas ortodoxas del ajuste estructural que afectaron las variables de su financiamiento y cobertura: reducción del gasto público, desempleo y contención salarial, entre otras. Estas condiciones estuvieron concatenadas a los propósitos modernizadores y de la reforma estructural sanitaria, a la vez que los favorecieron.

En el siguiente apartado están precisadas y explicadas las alteraciones principales que afectaron al Instituto durante el periodo de 1982 a 1994 y que constituyeron los cimientos de su transformación futura en un proceso de largo plazo de 36 años de neoliberalismo.



II.2. EL IMSS, 1982-1994: CIMIENTOS DE SU TRANSFORMACIÓN DE MERCADO

Producto del ajuste y de las reformas del estado neoliberales, el IMSS enfrentó condiciones de cambio estructural que se tradujeron en desfinanciamiento, ralentización en su cobertura y en el crecimiento en infraestructura, equipo e insumos, y amplios procesos de modernización, liberalización y mercantilización en un contexto de tensiones.

II.2.1. Desfinanciamiento del Instituto, ralentización en el crecimiento de afiliación y cambio en el perfil de las personas derechohabientes

Uno de los cambios más visibles del IMSS en esta etapa concierne a su desfinanciamiento, derivado del precario comportamiento de las variables macroeconómicas: débil crecimiento del PIB, retracción de la inversión pública, disminución del gasto público, contracción del empleo asalariado manufacturero, erosión y contención salarial, crecimiento de la informalidad laboral —dilución del bono demográfico—, empobrecimiento, incremento de la inflación y devaluación del peso mexicano frente al dólar.

De 1982 a 1993, el PIB creció a un ritmo de 1.8% promedio anual en términos reales, cuando previo al ajuste estructural entre 1950 y 1980 había sido de 6.7% (Inegi, 2015). Los precios al consumidor aumentaron en promedio a un ritmo anual de 90%; el tipo de cambio pasó de 149.25 pesos por dólar en promedio en 1982 a 2,298 pesos en 1988. El gasto público, como porcentaje del PIB bajó de 33.8% en 1981 a 19.8% en 1988, y la inversión como porcentaje del PIB decreció en 7 puntos porcentuales, pasando de 11.2% a 4.2%; el servicio de la deuda externa representó de 1983 a 1988 entre 5% y 6% del PIB (Tello, 2010).

Durante el sexenio de Salinas de Gortari, la economía tuvo una recuperación, el PIB registró una tasa de 4.1% promedio anual (Inegi, 2020), la inflación pasó de 10.7% en 1988 a 7.1% en 1994. La paridad peso dólar aumentó a 4,995 nuevos pesos por dólar. En 1988, el déficit público representó 9.9% del PIB y para 1991 alcanzó un superávit de 3.84% del PIB. A partir del primer año de gobierno, el gasto social creció de 6.1% del PIB a 7.63% en 1991 (UNAM, 2022), siendo el gasto en salud de 5.6% del PIB, ubicado por abajo del promedio latinoamericano de 6.1%. Esto fue posible por la reducción de la deuda pública que pasó de 63.5% del PIB en 1988 a 22.5% en 1994, por la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio (TLC) y por la desincorporación de más de 200 empresas paraestatales (Terrones, 2011).

Respecto al gasto social, en apego a la premisa neoliberal de racionalizar los recursos por prioridades —austeridad—, entre 1982 y 1988 fue reducido de 9.1% a 6% del PIB (Zepeda, 1994, p. 174). En 1982 el gasto en salud y seguridad social representaba en conjunto 3.7% del PIB, en 1983 inició su recorte y en 1988 llegó a situarse en su punto más bajo, 2.8% (Zepeda, 1994, p. 179). El 29% de la reducción del gasto correspondió a salud, impactando al Programa IMSS-COPLAMAR, cuyo presupuesto era estatal. Durante la administración del Presidente De la Madrid Hurtado, el gasto en salud respecto del PIB —considerando a la SSA, al IMSS y al ISSSTE— mostró un comportamiento a la baja, pasando de 2.7% en 1982 a 2.1% en 1988 (SHCP, 2020b).

La SSA fue la institución pública más afectada, pues entre 1982 y 1988 sus recursos fueron reducidos de 28,976'961,000 pesos a 25,196'935,000 pesos, es decir, disminuyeron casi en 13% a pesar de la reforma estructural sanitaria; situación con la que fueron puestos en riesgo los programas para atender a la población sin seguridad social. Por lo que respecta al IMSS y al ISSSTE, en 1982 recibieron en conjunto

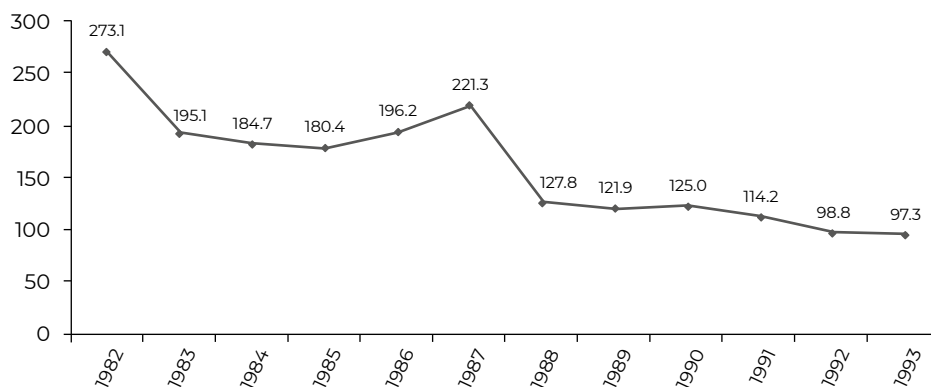
199,057'817,000 pesos y al finalizar el sexenio 152,059'005,000 de pesos, mostrando una reducción de presupuesto aproximada de 23.6% (SHCP, 2020b).

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, por el contrario, los recursos destinados a salud aumentaron. El gasto de las principales instituciones gubernamentales —SSA, IMSS e ISSSTE— pasó de 177,255'941,000 pesos —2.1% del PIB— en 1988, a 305,405'119,000 pesos —2.9% del PIB— en 1994; una tasa de incremento de 9.5%. Por institución, el presupuesto favoreció al Seguro Social cuyos recursos aumentaron una tasa promedio anual de 10.1% —de 116,000'500,000 a 207,000'700,000 pesos—, representando en promedio a lo largo del periodo 1.7% del PIB, y en la SSA registraron una tasa de 6.9% —de 25,000'200,000 a 37,000'600,000 pesos—, mientras que el presupuesto del ISSSTE creció a una tasa de 9.1% —de 35,000'600,000 a 60 mil millones de pesos— (SHCP, 2020b).

El salario constituye la base de cálculo de las contribuciones obrero-patronales y estatales del IMSS —Salario Base de Cotización—. Entre 1982 y 1988, el salario mínimo real registró una tasa negativa de 11.6% promedio anual, pasó de 273.14 pesos a 127.76 pesos diarios (gráfica II.1). Con Salinas de Gortari la política de contención salarial continuó. De 1988 a 1989, el salario bajó de 127.76 pesos diarios a 121.92 pesos diarios, respectivamente —4.6% respecto al año previo—. Proyección a la baja mantenida durante todo el sexenio, lo que significó una tasa promedio de 4.4% anual (Conasami, 2022). El propio IMSS reconoció que hubo una reducción de 35% en sus ingresos debido a la caída en los salarios reales (IMSS, 1995a).

Al menoscabo salarial fue sumada la inflación con tasas medias anuales, de 86.7% entre 1983 y 1988 y de 15.9%, entre 1989 y 1994 (Sosa, 2014). Su mella compactó los montos de contribución de las personas afiliadas al IMSS y contrajo el crecimiento de las finanzas del Instituto, lo que generó déficits cada vez mayores, que en 1988 llegaron a representar 30% de los ingresos (IMSS, 1995a).

GRÁFICA II.1
EVOLUCIÓN DEL SALARIO, 1982-1993. SALARIO DIARIO REAL



Nota. Elaboración propia con base en Conasami, 2022.

Debido a la pérdida del valor real de los salarios y en el objetivo de refinanciar el Instituto, en diferentes años incrementaron las cotizaciones del sector empresarial y de las personas trabajadoras a los Seguros de Enfermedad y Maternidad (SEM), así como al de Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) (IMSS, 1989). Mientras que,

desde 1986, la cuota del Estado se redujo de 20% sobre el monto total de cuotas pagadas por el sector patronal a 7.143% (cuadro II.1).

**CUADRO II.1
CAMBIO EN EL MONTO DE LAS CUOTAS OBRERO-PATRONALES Y ESTATALES AL SEM E IVCM**

	LSS 1973/80	LSS 1986	LSS 1989	LSS 1990	LSS 1993
SEM (Arts. 114 y 115)					
Patronal	5.625% SBC	6.30% SBC	8.40% SBC	8.40% SBC	8.750% SBC
Trabajo	2.250% SBC	2.25% SBC	3.00% SBC	3.00% SBC	3.125% SBC
Estado	20% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales
IVCM (Arts. 177 y 178)					
Patronal	3.75% SBC	4.20% SBC	4.20% SBC	5.60% SBC	5.950% SBC
Trabajo	1.50% SBC	1.50% SBC	1.50% SBC	2.00% SBC	2.125% SBC
Estado	20% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales	7.143% total cuotas patronales

Notas. SBC: Salario Base de Cotización; elaboración propia con base en la LSS 1973, 1986, 1989, 1990 y 1993.

A lo largo de las dos administraciones hubo una ralentización en la afiliación al IMSS motivada por el elevado desempleo derivado de la falta de crecimiento económico, la ruptura de las cadenas productivas y la flexibilización laboral. Mientras que en 1980 el desempleo formal era de 6% de la Población Económicamente Activa (PEA), para 1985 creció a 14.7% y en 1988 bajó a 11% (Tello, 2010). Este descenso se explica por la ruptura estructural en la trayectoria del empleo manufacturero. Entre 1983 y 1994, los empleos remunerados ascendieron a 1'900,000, mientras que, por año, solo ingresaron al mercado laboral 1'100,000 personas jóvenes demandantes de empleo, por lo que quedaron sin ocupación asalariada 11'100,000 personas jóvenes. El año más crítico fue 1995, con más de 750 mil despidos (Calva, 2019).

Las alteraciones al empleo modificaron el ritmo de crecimiento de afiliación al Instituto. A inicios de la década de 1980, el IMSS tenía registradas 6'400,000 afiliaciones, en 1982 la cifra ascendió a 7 millones y para 1985 a 8'100,000, cerrando el sexenio con 8'900,000 personas afiliadas. La tasa de incremento fue de 4%, aunque representó casi la mitad de valor respecto al registrado en el periodo precedente (1970-1982), que fue de 8.4% promedio anual (IMSS, 2011c).

En la administración de Salinas de Gortari, la afiliación fue al alza, pasando de 9'900,000 en 1989 a 11'600,00 personas afiliadas en 1994, aunque hubo una disminución de 0.5% en 1993 debido a la desincorporación —venta— de las empresas públicas. El aumento en la afiliación al Instituto estuvo relacionado con el auge de la industria maquiladora y con la política heterodoxa de concertación o de Pactos por Productividad (Carrillo, 2002).

Al desempleo fueron sumados los efectos de la flexibilización laboral de facto, utilizada como estrategia empresarial para disminuir los costos de la fuerza laboral en aras de la competitividad, suprimiendo los derechos laborales: eliminó cláusulas de protección del despido, incrementó la jornada de trabajo, redujo plazas de base,

amplió plazas de confianza y trabajo temporal, generalizó contratos por honorarios u obra determinada y ajustó liquidaciones e impulsó la rotación de personal. Entre las nuevas formas de contratación destacan: la subcontratación, el empleo temporal y parcial, la movilidad geográfica, la polivalencia, la rotación, los contratos de capacitación y la modificación de la jornada laboral; procesos que provocaron el crecimiento de la informalidad laboral.

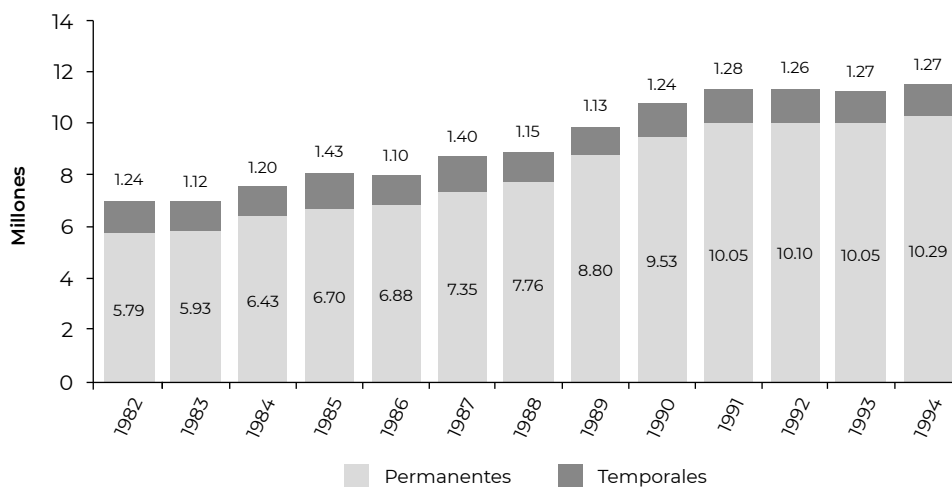
Las consecuencias de la flexibilización en el IMSS provocaron la compactación de su crecimiento y desarrollo como institución pública reguladora del trabajo asalariado. La expansión del sector informal supuso que los empleos independientes y de las pequeñas empresas absorbieran más de 40% del empleo urbano total (Barba, 2004). En 1982, el índice de informalidad —proporción de trabajadores empleados en el sector informal respecto al total de trabajadores empleados— fue de 100.16% y ascendió a 115.72% en 1988, mientras que para 1994 era de 118.84% (Camberos y Bracamontes, 2015, p. 182).

Cambio en el perfil de afiliación al IMSS

Con la flexibilización laboral inició el cambio del perfil de las personas afiliadas al Instituto, generalizándose la figura de afiliaciones temporales, caracterizadas por su discontinuidad en el empleo formal y su interrumpida permanencia en el IMSS. Ello provocó que la protección e ingresos de la población derechohabiente fueran intermitentes, limitándoles el acceso a los derechos y que fueran mermadas las finanzas del Instituto. El menor tiempo de afiliación también estuvo asociado con salarios de cotización más bajos, resultado de los contratos precarios y por la contención salarial, reduciendo aún más los ingresos del Instituto.

Entre 1982 y 1988 la afiliación permanente, que suponía estabilidad en los ingresos, creció a una tasa promedio anual de 5%, pasando de 5'790,000 a 7'760,000 personas afiliadas, mientras que la afiliación temporal pasó de 1'240,000 a 1'150,000 afiliaciones, lo que significó una tasa negativa de 1.3% (gráfica II.2).

GRÁFICA II.2
DISTRIBUCIÓN DE AFILIACIÓN SEGÚN TEMPORALIDAD EN EL TRABAJO, 1982-1994



Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2011c.

Por ámbito geográfico, la afiliación permanente creció a tasa de 5.5% promedio anual y la afiliación temporal en cambio registró una tasa negativa de 1.7%. En el campo, por el contrario, la afiliación temporal registró una tasa de 1%, mientras que la permanente decreció 2.2% promedio anual (IMSS, 2011c).

En la administración de Salinas de Gortari, la afiliación permanente creció 4.8% promedio anual, mientras que la temporal lo hizo en 6%. Por ámbito geográfico, la afiliación permanente y temporal registró tasas por arriba del promedio nacional en las zonas urbanas, 5.2% y 2.1%, respectivamente. En cambio, la afiliación en el campo decreció en ambas modalidades, siendo mayor el descenso en la de permanentes, con una tasa de 4.8% promedio anual, mientras que el ritmo de crecimiento de la afiliación temporal fue de 0.9% (IMSS, 2011c).

La variación en el número de afiliaciones y permanencia en el Instituto afectó sus finanzas, las cuales dependen del número y monto de las cuotas obrero-patronales (COP); así, al aumentar la afiliación en número, el Instituto recaba un mayor monto de recursos. En 1982, los ingresos del Instituto eran de 202,000'300,000 pesos, disminuyendo en 1983 de manera radical hasta 147,000'700,000 pesos (27%); tendencia decreciente sostenida a lo largo del periodo hasta 1988, cuando alcanzaron la cifra de 131,000'400,000 pesos o una tasa de ingresos de -6.9% promedio anual entre 1982-1988 (IMSS, 2011c). En el primer año de la administración de Salinas de Gortari, los ingresos del Instituto aumentaron 30.7% respecto a 1988, esta tendencia ascendente permaneció a lo largo de todo el sexenio con una tasa de 14.4% promedio anual, aumentado de 131'400,000 a 294'400,000 pesos entre 1988 y 1994 (IMSS, 2011c).

II.2.2. Contención y deterioro de la infraestructura, equipo e insumos

La relación ingreso-gasto del IMSS en el periodo de 1982 a 1994 estuvo vinculada a la situación económica del país, por lo que el desfinanciamiento inducido por la reducción del gasto, el desempleo, la contención salarial y la temporalidad de afiliación fue profundizado por la devaluación del peso y la inflación.

La crisis económica a inicios de la década de 1980 mantuvo al peso mexicano sobrevaluado. El tipo de cambio promedio anual pasó de 149.3 a 2,298 pesos a finales del sexenio de De la Madrid Hurtado, provocado por un control fijado por el Banco de México. Ello benefició la fuga de divisas y la disminución de las reservas internacionales por la alta especulación financiera, la caída de acciones en la Bolsa Mexicana de Valores y la alta demanda de dólares. La administración de Salinas de Gortari inició con una espiral devaluatoria ascendente que alcanzó los 2,298 pesos por dólar en 1988, que llegó el 2 de diciembre de 1994 a 3.44 nuevos pesos por dólar, incremento de 10.7% con respecto al año previo (Banco de México, 2022). Ello justificó la creación del Fondo Bancario de Protección al Ahorro en 1990 (Fobaproa), comprando la deuda y haciéndola pública (González, 2000, p. 7).

La inflación pasó de 98.84% en 1982 a 159.17% en 1987, agregando tres ceros al peso mexicano. Situación que supuso que la administración de Salinas de Gortari fijara el tipo de cambio, controlara precios y tarifas de bienes y servicios privados y públicos —azúcar, trigo, harina, energía, transporte y ferrocarriles—, y estableciera una política salarial restrictiva y controlara a la baja al salario nominal, aunque no así a los contractuales que se negociaban con el corporativismo obrero. Su política antinflacionaria la logró bajar a dos dígitos, colocándola en 51.66% en 1988, 19.7% en 1989 y 7.05% en 1994.

Tanto la inflación como la devaluación incrementaron de manera general los costos de los insumos médicos, material de curación, medicamentos, equipo hospitalario y materiales biológicos de curación. De 1982 a 1988, la relación ingreso-gasto del IMSS comenzó a estrecharse reduciendo el margen de recursos disponibles 49.3% promedio anual y, aunque en 1994 logró recuperar recursos por 17 mil millones de pesos, no tuvo comparación con periodos anteriores.

Incremento en la demanda de atención

El comportamiento descrito anteriormente también repercutió en el alza de precios de los servicios privados de salud provocando mayor demanda de atención al Instituto de la población derechohabiente, consecuencia de la disminución en sus condiciones de vida. Su resultado fue un sostenido aumento de erogaciones del Instituto para garantizar la atención oportuna en los servicios (cuadro II.2).

CUADRO II.2
IMSS DEMANDA DE ATENCIONES POR SERVICIO, PERIODOS 1982-1988 Y 1988-1994

SERVICIOS	1982-1988		1988-1994	
	MILLONES DE PERSONAS	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL	MILLONES DE PERSONAS	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL
Consulta externa	59.8 a 76.1	4.1%	76.1 a 90.7	3.0%
Laboratorio	10.0 a 12.8	4.2%	12.8 a 18.1	6.0%
Especialidades	8.2 a 9.2	1.9%	9.2 a 13.2	6.3%

Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2011c.

En el periodo de 1988 a 1994 los egresos institucionales crecieron a tasa de 13.3%, pasando de 130,000'900,000 pesos en 1988 a 277,000'300,000 pesos en 1994 (IMSS, 2011c). No obstante, el Instituto mantuvo los precios fijos durante el periodo con un desempeño eficiente (Laurell, 1997), aunque con tensiones e incremento en su gasto. El aumento sostenido fue generado en tres servicios de especialidad —electrografías, radioterapias y anatomía patológica—, mismos que realizados en el sector privado suponían altos gastos para el bolsillo.

El crecimiento en la demanda de servicios no estuvo equiparado con el del Instituto. La restricción presupuestal provocó una caída en la inversión. Tan solo en la administración de De la Madrid Hurtado, esta cayó 71% entre 1982 y 1983, manteniendo este nivel hasta 1986. Tendencia aún más marcada en las instituciones de seguridad social con una caída de 75% en 1983, sin ninguna recuperación para 1986. La sostenida restricción de la inversión, además de impedir la adecuada expansión de los servicios, contribuyó a su deterioro paulatino, particularmente en el primer nivel de atención (Laurell, 1997). Dicha situación varió en la administración de Salinas de Gortari con un presupuesto de altibajos asignado al IMSS, que en el último año de gobierno fue superior en 5.1% al año previo, al pasar de 197'700,000 a 207'700,000 pesos (SHCP, 2020b).

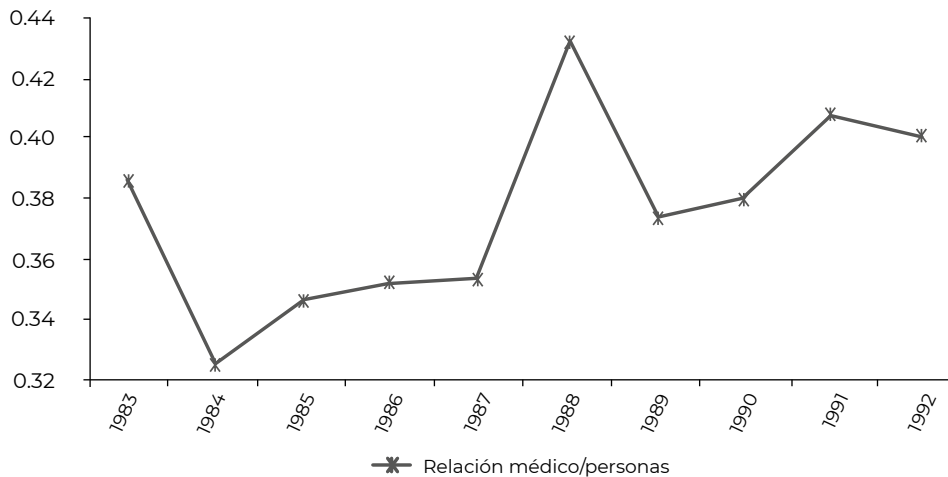


Falta de inversión en infraestructura

La falta de inversión en infraestructura provocó que las unidades médicas del Instituto en los tres niveles crecieran solo a una tasa de 1.2% en el periodo de 1983 a 1994, menor a la que hubo entre 1970-1982 de 4.9%. Las unidades de tercer nivel crecieron 4.2%, las de segundo 3.1% y las del primero —atención ambulatoria y servicios preventivos— solo 0.9% promedio anual, a pesar de ser el primer punto de contacto de la población derechohabiente (Inegi, 1986; IMSS, 2011c).

Entre 1983 y 1988, el número de personal médico en el IMSS creció a tasa de 4.9%, pasando de 33 mil 300 a 42 mil 300, cifra por debajo de la registrada entre 1970 y 1982, que fue de 8.5%. El personal paramédico registró un aumento de 62,700 a 79 mil en 1988, una tasa de incremento de 4.7% menor a la del periodo previo. Para 1989, la cifra de personal médico fue de 36 mil 900, incrementándose a 43 mil 800 en 1992, un crecimiento de 5.9%. En el mismo periodo, el personal paramédico creció 3.5%, pasando de 80 mil 200 a 88 mil 900. La razón de médico por cada mil personas atendidas en el IMSS pasó de 0.39 en 1983 a 0.40 en 1992, como se observa en la gráfica II.3 (Inegi, 1986; IMSS, 2011c).

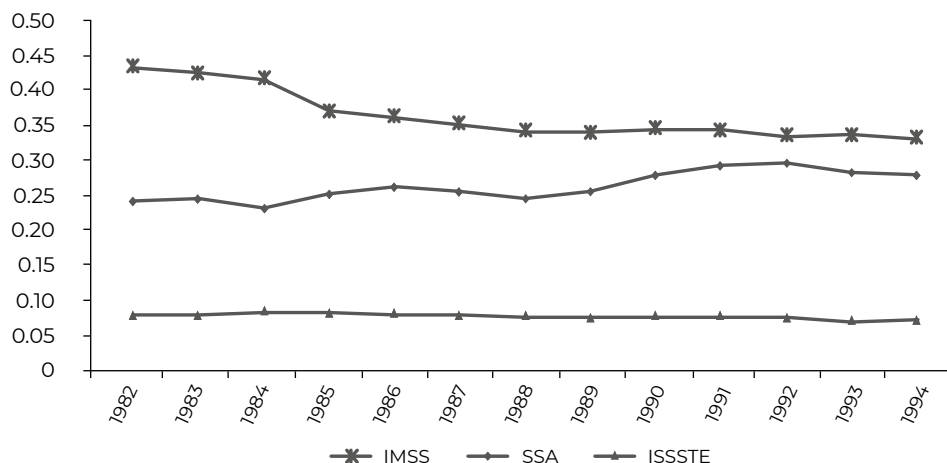
GRÁFICA II.3
IMSS RELACIÓN DE MÉDICOS POR CADA MIL PERSONAS DERECHOHABIENTES
ATENIDAS, 1983-1992



Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 1992 y 2011c.

Entre 1982 y 1988 el indicador de camas censables en el IMSS por cada mil personas derechohabientes se redujo de 0.43 a 0.34 (gráfica II.4). No obstante, la relación continuó siendo mayor en comparación con otras instituciones. En el caso del ISSSTE, la relación aumentó al pasar de 0.07 a 0.08, y en la SSA creció de 0.242 a 0.244. Durante el periodo de 1988 a 1994, el indicador en el IMSS decreció aún más, pasando de 0.34 a 0.33, respectivamente, al igual que en el ISSSTE, que pasó de 0.08 a 0.07 mientras que en la SSA creció de 0.24 a 0.28, manteniéndose en ambos casos por debajo del indicador del IMSS (Presidencia de la República, 2018).

GRÁFICA II.4
RELACIÓN DE CAMAS CENSABLES POR CADA MIL PERSONAS ATENDIDAS
POR INSTITUCIÓN DE SALUD, 1982-1994



Nota. Elaboración propia con base en Presidencia de la República, 2018.

II.2.3. Quejas de las personas trabajadoras y derechohabientes: acusaciones sobre la privatización del Instituto

El escaso crecimiento en la infraestructura con aumento de la demanda de servicios al Instituto tuvo un impacto negativo en la atención a las personas derechohabientes, así como en las condiciones laborales de las personas trabajadoras. Situación que provocó una creciente ola de quejas y movilizaciones por parte de ambas.

Por el lado de la población derechohabiente, las quejas fueron relativas a la inoportuna y mala atención derivada de la saturación de los servicios, la falta de infraestructura, el maltrato por parte del personal médico y administrativo, las violaciones a los derechos —como una vejez digna, salud integral, seguridad social y nivel de vida digno—, por discriminación ante enfermedades como el VIH/sida, una mala distribución geográfica de los servicios y escasez de recursos destinados a la seguridad social por las administraciones neoliberales, entre otros no menos importantes.

Las concernientes a las personas trabajadoras fueron debidas a la sobrecarga de la demanda de servicios que las orilló a afrontar largas jornadas, deterioro en las condiciones laborales, menoscabo del salario, carencia de equipo, materiales y personal para realizar la atención con calidad y oportunidad, entre otras (Osorio, Ravelo y Sánchez, 2006; Universidad Nacional Autónoma de México, Hemeroteca 1982-1994).

Las presiones del personal del Instituto condujeron a enfrentamientos con las autoridades, así como al interior mismo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS). Las autoridades fueron acusadas de pretender privatizar el Instituto a través de las políticas de “modernización” mercantil y de buscar flexibilizar en número y funciones al personal. Contestación sindical que dio lugar en 1989 durante el XXI Congreso del SNTSS al desconocimiento de la dirigencia, culpándola de connivencia con las autoridades para privatizar al Instituto.

En este periodo el desfinanciamiento del Instituto generó la degradación de la infraestructura y, por ende, la deficiente calidad y disponibilidad de servicios, generando las condiciones por las que fue denostada la imagen del IMSS como institución insignia de seguridad social pública y de la atención integral en salud.

II.2.4. Modernización del IMSS: liberalizar y mercantilizar para andar

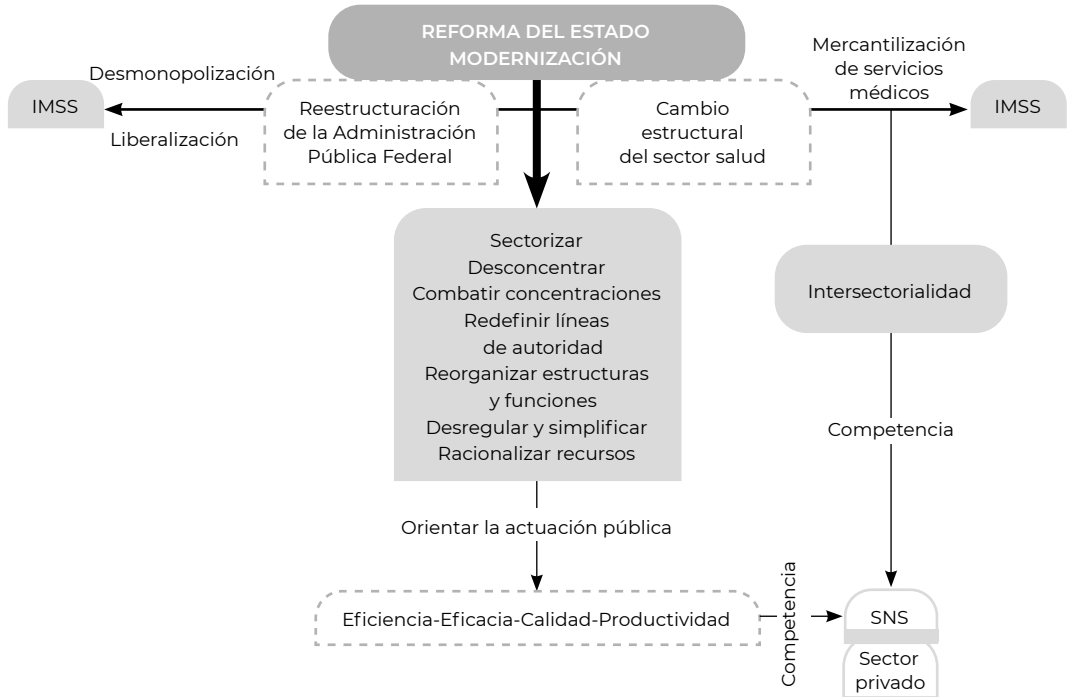
Durante el periodo de 1982 a 1994 los cambios en el IMSS constituyeron un espejo de lo que acontecía a nivel federal, aunque adaptado en intensidad, tiempos y forma a las especificidades del Instituto. Particularidad derivada de su carácter de organismo público descentralizado, con organización y financiamiento tripartita; de erigir la institución más grande y con mayor cobertura en seguridad social y salud del país; de ser pionera en atención y formación en salud y de constituir una institución de Estado. Posteriormente, como será visto adelante, el propio Instituto tomó el papel precursor en el desarrollo y consolidación de su modernización mercantil, esculpiendo las condiciones que permitieron avanzar en la concreción del proyecto mercantil de la salud.

El IMSS, en su calidad de entidad paraestatal, inició su modernización apegada a los mandatos de la APF y del sector salud, pensados para una reestructuración de largo plazo, siempre en una línea de continuidad y con diferentes impulsos, nunca detenidos y menos revertidos. En ese propósito, los preceptos de las administraciones de los Presidentes Miguel de la Madrid Hurtado y de Carlos Salinas de Gortari fueron estratégicos en el trazado y camino andado por el Instituto, mismo que supondría su proceso de transformación mercantil —privatización—, es decir, su conversión de institución pública monopólica de servicio social a una “empresa público-mercantil” (PNMEP, 1990) y, más tarde, a una aseguradora pública financiera.

El propósito de la modernización en este periodo fue liberalizar al Instituto o flexibilizarlo de las normas y poderes reglamentarios, propios a su carácter monopólico de institución pública garante del bienestar —desregulación—. Para su logro, en un escenario de escasez de recursos, fueron introducidos criterios y “estrategias modernizadoras” —empresariales—, tanto en su organización como en su funcionamiento, buscando el objetivo de hacer al Instituto productivo y competitivo en el mercado de la salud.

El concepto de “modernización” y el de “estrategias modernizadoras” aluden a dimensiones disímiles de un mismo objetivo, aunque en los documentos del IMSS aparecen como términos indistintos y son confundidos. La modernización es un objetivo —el qué—, es decir, concretar el redimensionamiento del IMSS como institución de Estado y su conversión en empresa público-mercantil. Y las estrategias son mecanismos e instrumentos para su logro —el cómo—, que han sido concretadas como valores y fines en sí mismos, naturalizando y normalizando el pensamiento mercantil por el que se desdibujó al bienestar como la prioridad institucional en su calidad de bien público (esquema II.2).

**ESQUEMA II.2
TENDENCIA DEL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN MERCANTIL DEL IMSS
EN EL PERIODO 1982-1994**

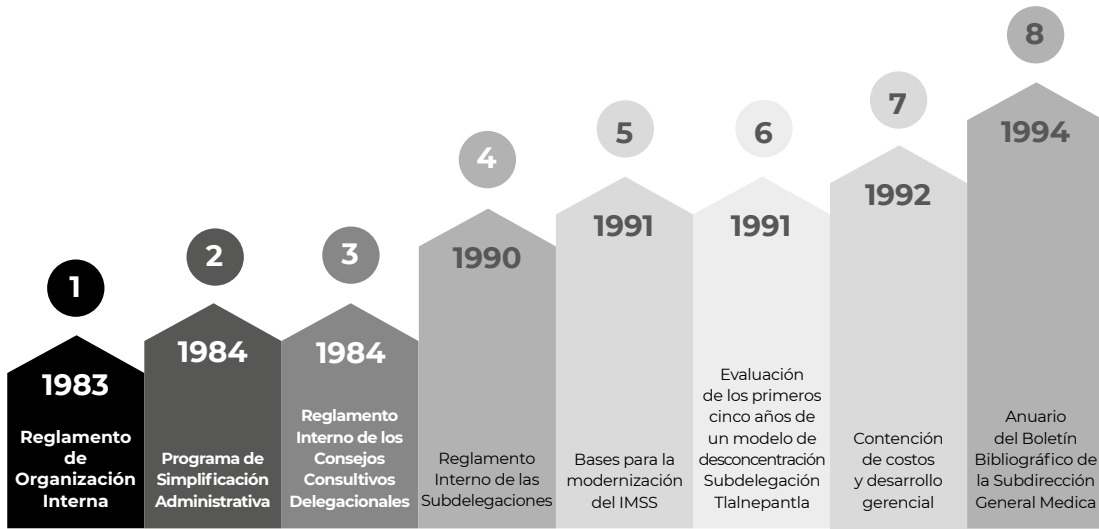


Nota. Elaboración propia.

En este periodo fueron instrumentadas variadas “estrategias modernizadoras”, en un contexto de desfinanciamiento y deterioro del Instituto, y de una política restrictiva a la intervención del Estado en la garantía del bienestar. Destacan principalmente las acciones desreguladoras que incluyeron cambios a la Ley del Seguro Social (LSS) de 1982 a 1993 y la emisión de una amplia normatividad secundaria alejada del consenso entre las fuerzas políticas del Poder Legislativo, así como de la discusión y decisión públicas: reglamentos, acuerdos, lineamientos, programas y manuales, entre otros; como se señala en la figura II.1.

El proceder jurídico distintivo de la reforma mercantil del IMSS le ha merecido el adjetivo de “privatización silenciosa”.

FIGURA II.1
NORMATIVIDAD CON IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO DEL IMSS, 1983-1994



Nota. Elaboración propia con base en la normatividad consultada en el periodo 1983-1994.

Entre 1982 y 1994 hubo 19 cambios a la LSS con 77 artículos reformados (anexo 1). Estos comprendieron: en 1982, la sectorización del IMSS a la SSA; en 1984 la desconcentración administrativa; en 1986, 1989, 1990 y 1993, el alza a las cuotas obrero-patronales y la reducción de la cuota estatal; en 1992, la creación del quinto ramo de aseguramiento o Seguro de Retiro (SR) junto con la obligación del sector patronal de depositar 2% del SBC en instituciones de crédito; la introducción de la tendencia al autoaseguramiento para desempleo, muerte e incapacidades prolongadas y la incorporación del Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) a los Órganos Superiores del IMSS; en 1993, el reforzamiento del carácter de autoridad fiscal del IMSS con facultades de fiscalización y recaudación y mayor certidumbre legal; la ampliación del tope salarial equivalente a 25 veces el salario mínimo, con excepción del seguro IVCM; y en 1994, la creación de un órgano especializado concentrador de las facultades de regulación, control y vigilancia de los sistemas de ahorro para el retiro, y la creación de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar).

Estas regulaciones condujeron a cambios organizativos, conceptuales y de estructura: 1) Sectorización y redefinición de las líneas de autoridad; 2) Desconcentración y dispersión de competencias administrativas; 3) Estrategias modernizadoras de calidad, evaluación y gerencia directiva de mercado; 4) Flexibilizar al IMSS y liberalizarlo al mercado; 5) Apertura a la subrogación de servicios, y 6) Reforzamiento del carácter de autoridad fiscal del IMSS.

Sectorización y redefinición de las líneas de autoridad

La reforma a la LSS en 1982 inició la reestructuración del Instituto, modificó la composición del Honorable Consejo Técnico del IMSS (HCT), representante legal y administrador del Instituto (LSS, Art. 252, 1973). Incluyó como integrante del HCT al titular de la SSA en calidad de consejero de Estado (RICCDIMSS, Art. 252, 1984). Cambio

con el que fueron redefinidas las líneas de autoridad del Instituto al reforzar la presencia del Gobierno Federal —ya orientado por intereses neoliberales—. La SSA, incorporada como autoridad del IMSS fortaleció su carácter regulador de autoridad sanitaria y concretó la sectorización del Instituto a la SSA (PNS 1983-1988). No obstante, el avance en la intención de fortalecer la rectoría de la SSA no disminuyó entonces, ni después, la autoridad ni la autonomía del Instituto.

Más tarde, la LSS fue modificada en 1984 (LGS, Art. 5, 1984) con el propósito de unificar interinstitucionalmente las prestaciones y servicios de la seguridad social en el largo plazo (PND 1983-1988) y de establecer el SNS, vía la coordinación entre las dependencias públicas federales y locales, y las entidades federales de seguridad social. En esos objetivos, el IMSS quedó facultado por ley para establecer mecanismos de coordinación con las dependencias y entidades federales, estatales y municipales a fin de cumplir con sus funciones (RICCDIMSS, Art. 240, 1984).

Estos cambios significaron concretar la sectorización del IMSS a la SSA y sentaron las bases para que, a futuro, el Instituto pudiera formalizar acuerdos y convenios con el sector público y el privado de la salud. Su propósito era consolidar la coordinación funcional de los servicios de salud del futuro SNS (PND 1983-1988, PND 1989-1994, PNS 1984-1988 y PNS 1991-1994). La consolidación de las condiciones para operar la intersectorialidad de los servicios fue concretada en la administración política panista de Calderón Hinojosa.

Desconcentración y dispersión de competencias administrativas

Los dos episodios de reestructuración antes mencionados estuvieron imbricados a la desregulación por la que fueron dispersadas las competencias administrativas del Instituto, lo que fue logrado con el proceso de la desconcentración.

La transferencia de las funciones operativas a las entonces Delegaciones, ahora Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada del Instituto ya había sido realizada para operar de manera eficiente los servicios; no obstante, con los dictados del PND 1983-1988 y 1989-1994, y del PNS 1984-1988 y 1991-1994, la desconcentración como estrategia modernizadora cobraba un nuevo objetivo: conseguir la integración del Instituto con los Sistemas Estatales de Salud para concretar después el SNS (PNS, 1991-1994).

En el objetivo del fortalecimiento territorial y en continuidad con la redefinición de las líneas de autoridad, en 1984, fue ampliada la autoridad del HCT para apuntalar la circunscripción territorial de las Delegaciones, Subdelegaciones y Oficinas de Cobro (RICCDIMSS, Art. 253, 1984). También fue reforzada la figura y atribuciones de los Consejos Consultivos Delegacionales, asentándolos explícitamente en la LSS (RICCDIMSS, Art. 258-B, 1984), y fortalecidas las dependencias del Instituto a nivel territorial, vía la adición al cuerpo legal de la LSS de los cargos de delegados, subdelegados y jefes de Oficinas de Cobro (RICCDIMSS, Art. 258 C, D y E, 1984).

Con la expedición del Reglamento Interno de los Consejos Consultivos Delegacionales del IMSS, en junio de 1984, inició la reorganización estructural del Instituto o la primera ola modernizadora de desconcentración de orden fundamentalmente administrativo. La desconcentración suponía apoyar la capacidad de autogestión de las Delegaciones, Subdelegaciones y unidades operativas. Implicó considerar las especificidades locales y regionales para distribuir competencias y funciones hacia las Delegaciones —órganos dependientes del IMSS en territorio—, fortaleciéndolos administrativamente en estructura, competencias y decisiones, así como desregulando en dichos objetivos la normatividad.



Los Consejos actuarían como órganos desconcentrados de administración en las Delegaciones, con facultades resolutorias, de vigilancia, ejecutivas, correctivas, supervisoras, administrativas, de cobranza y condonación (RICCDIMSS, Arts. 1 y 8, 1984). Cambio justificado con los propósitos de acercar los servicios a la población derechohabiente que genera la demanda, fortalecerlos con calidad (RICCDIMSS, 1984) e incrementar su capacidad de gestión (PNS 1991-1994).

Los delegados tendrían mayores facultades administrativas: el registro de patrones e inscripción de personas trabajadoras; la recaudación de cuotas y capitales constitutivos; el cobro de créditos, cuotas y recargos; la clasificación de los grados de riesgo de las empresas, y el establecimiento de los mecanismos de coordinación con dependencias y entidades de la APF, estatal y municipal (RICCDIMSS, Art. 258-C, 1984).

Entre 1987 y 1990 como parte del proceso de reorganización de las estructuras y funciones fueron creadas nuevas Subdelegaciones en el Estado de México, en Naucalpan, Tlalnepantla, Ecatepec y Los Reyes, y la denominación de las Agencias Administrativas del Distrito Federal cambió al de Subdelegaciones (IMSS, 1991).

Para fortalecer la desconcentración institucional fue expedido el Reglamento Interior de las Subdelegaciones que contaban con menor jerarquía que las Delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal, y tenían a su cargo la operación de los servicios del IMSS en su circunscripción territorial. Las Subdelegaciones fueron clasificadas en metropolitanas —atención de servicios técnicos, administrativos, de finanzas, y de apoyo y otorgamiento de servicios— y foráneas —servicios médicos y jurídicos, así como prestaciones sociales— (LSS, Arts. 1 y 13, 1990).

De acuerdo con el Programa de Simplificación Administrativa (IMSS, 1984a), la desconcentración significaba establecer las condiciones para evitar la concentración de las decisiones y los recursos en el Nivel Central del Instituto. Ello permitiría instaurar a futuro esquemas de coordinación interinstitucional o funcional, a efecto de aprovechar la capacidad pública instalada en el nivel territorial (PND 1983-1988), siendo modernizados la administración y los servicios. A la par fueron establecidas las bases para eliminar los obstáculos y las regulaciones que reducían el potencial productivo del sector salud, flexibilizando los poderes del Nivel Central del Instituto (PND 1989-1994).

La desconcentración administrativa estuvo anclada a la idea de reorganización de las estructuras y funciones del IMSS para avanzar hacia la conformación del SNS, apuntalando los propósitos descentralizadores en curso de la SSA como cabeza de sector. Implicó ir desvinculando las funciones normativas de las administrativas y de las de operación o prestación de los servicios. Ello reforzó la gestión territorial técnico-operativa, más no las directrices políticas.

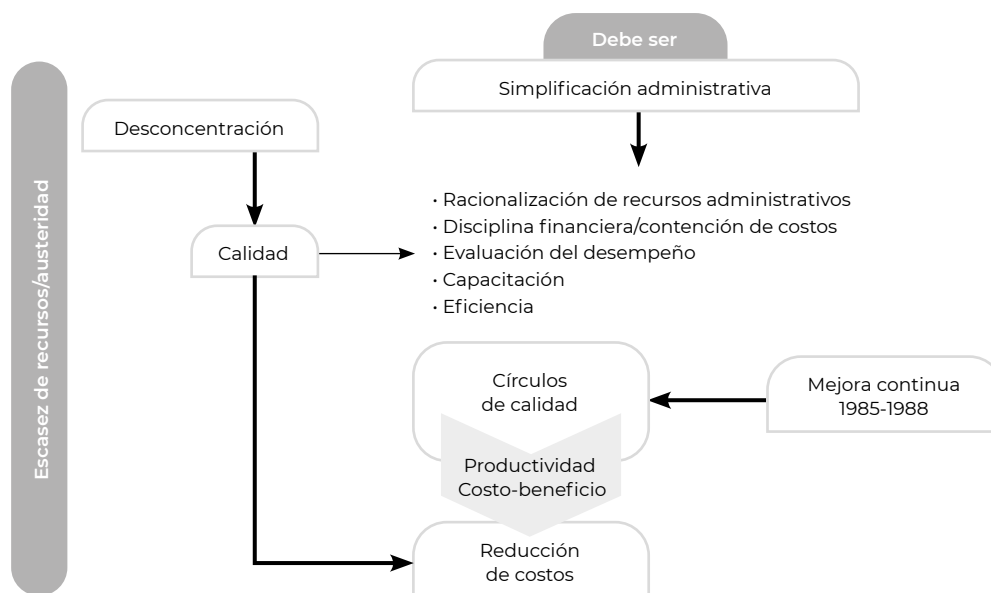
Estrategias modernizadoras: calidad, evaluación, simplificación administrativa y gerencia directiva de mercado

La desconcentración en el IMSS fue acompañada con otras estrategias modernizadoras, atribuyendo a la calidad un papel central, junto con la simplificación administrativa para la provisión de servicios médicos y en los trámites de afiliación, vigencia y prestaciones en dinero en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), en las Oficinas para Cobros y en las Delegaciones. A partir de 1989 a la modernización le fue añadida la evaluación del desempeño y la capacitación del personal directivo desde una lógica gerencialista —mercantil— (IMSS, 1984a; PNS, 1984-1988; PNMEP, 1990; PNS, 1991-1994).

La calidad en salud pasó a constituir la estrategia optada por el IMSS para maximizar resultados. Supuso costear las atenciones a la población derechohabiente desde una lógica costo-eficiente o de calidad técnica para balancear las pérdidas y ganancias (LGS, 1984), es decir, actuar con calidad implicaba para el Instituto incrementar la productividad en un contexto de austeridad económica. Desde 1982 hasta 1994, la calidad de los servicios estuvo asociada al reto de la eficiencia, la reducción de costos, la racionalización de los recursos y el propósito de descentralización de la vida nacional (IMSS, 1984a).

La estrategia de la calidad apegó al Instituto a una lógica financiera incorporando su funcionamiento y orientación al derrotero de mercado (esquema II.3).

ESQUEMA II.3
PRIMEROS CAMBIOS EN EL IMSS DESDE LA LÓGICA MERCANTIL, 1982-1988



Nota. Elaboración propia.

Actuar con calidad condujo a privilegiar el propósito de hacer más con menos, en detrimento de la prioridad del Instituto de brindar una atención oportuna, de calidad y humanista, centrada en el bienestar de la población derechohabiente y no en el cuidado y uso costo-beneficio de los recursos como un fin en sí mismo.

Entre 1985 y 1988 fue introducida en el nivel operativo la herramienta empresarial de mejora continua denominada "Círculos de Calidad". Estos, dotados con una metodología formal, fueron puestos en marcha para maximizar la productividad de las unidades. Consistían en crear equipos de trabajo para que propusieran mejoras de calidad, mayor productividad y reducción de costos.

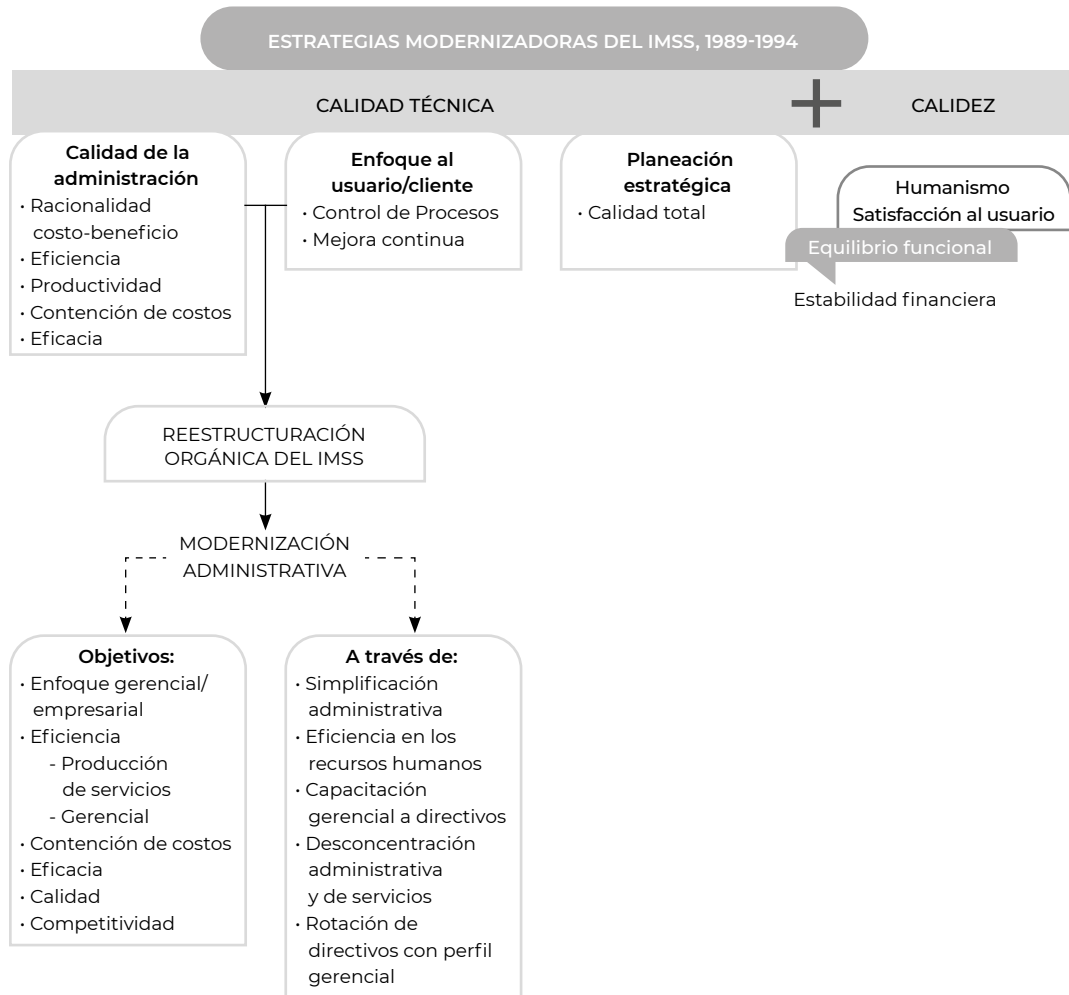
De la experiencia de los "Círculos de Calidad" derivó la publicación de la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del IMSS (1987), por parte de la Subdirección General Médica del IMSS (Aguirre-Gas, 1990). El documento contenía un instructivo y una cédula para evaluar la calidad de la atención en los servicios médicos, lo que derivó en sistemas de evaluación y autoevaluación integral de las unidades médicas (Ruíz de Chávez *et al*, 1990).

En la administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari, el Instituto avanzó hacia la calidad para reducir costos y lograr mayor eficiencia y productividad. En 1989, el IMSS creó el Secretariado Técnico para la Calidad e intentó implantar la "Administración por Calidad", constituyendo el Comité de Calidad del IMSS (Silva y Donjuan, 1994). La calidad debía incorporar la dimensión de calidez (PNMEP, 1990), refiriéndose la primera a la parte técnica y la segunda a la interpersonal —trato adecuado—. No obstante, desde entonces en el IMSS ha primado la idea de calidad asociada al logro de la eficiencia, la productividad y la contención de costos en la prestación de los servicios (Silva y Donjuan, 1994), relativizando, cuando no obviando, la atención a la población derechohabiente y usuaria con sentido humano.

Además, en 1993 tuvo impulso el Programa de Modernización Operativa del Sistema Nacional de Delegaciones del IMSS, cuyo propósito fue hacer eficaz y eficiente el trabajo institucional a partir de incorporar la metodología de la "Administración de la Calidad", esta incluyó el "Enfoque al usuario" —cliente—, el control de procesos y la mejora continua. También fueron efectuadas pruebas piloto de Planeación Estratégica y Calidad Total en algunas Delegaciones, para impulsar la "Estrategia de Modernización Integral". Los objetivos de calidad fueron elevar la capacidad de respuesta de los prestadores de servicios médicos y administrativos, mejorar la provisión de las prestaciones, utilizar eficientemente los recursos y procurar la satisfacción de las personas usuarias (Silva y Donjuan, 1994).

En conjunto, estos cambios constituyeron la incipiente reestructuración orgánica y funcional del Instituto, dirigida a establecer las bases de una "administración moderna, sin pesadez orgánica, con simplificación administrativa, [...] mayor aprovechamiento de los recursos humanos [...], y desconcentración administrativa y de los servicios" (IMSS-CIESS, 1992, pp. 150 y 151). Tal como se observa en el esquema II.4.

ESQUEMA II.4
MODERNIZACIÓN DEL IMSS 1989-1994. ESTRATEGIAS MODERNIZADORAS DE MERCADO



Nota. Elaboración propia.

A las estrategias les fue añadida, la “rotación de directivos, cuyos perfiles garantizarían la aplicación y desarrollo de las nuevas políticas institucionales, tendientes a abrir cauce a un nuevo ciclo de crecimiento” (IMSS-CIESS, 1992, pp. 150 y 151). Propósito por el que fue impulsada la formación de recursos humanos con un enfoque gerencial-empresarial, dirigido al personal directivo médico. Su fin fue la eficiencia clínica en la producción de servicios médicos y en la gerencia. Esta formación fue concebida para que el IMSS constituyera el “semillero de directivos para otras organizaciones, tanto públicas como privadas” (IMSS-CIESS, 1992, p. 150). De igual forma, fue creado un sistema de promoción del personal de base hacia puestos directivos (IMSS-CIESS, 1992).

Flexibilizar al IMSS y liberalizarlo al mercado

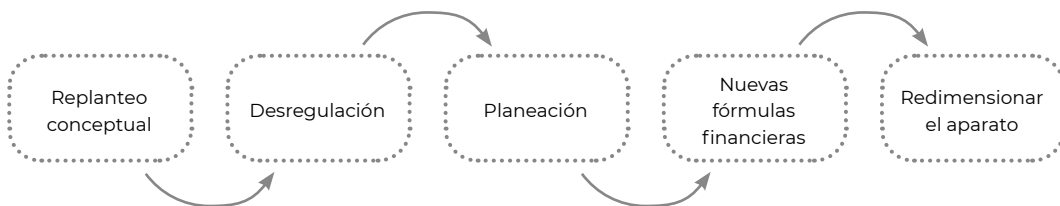
Si bien fueron introduciéndose en el Instituto diferentes estrategias modernizadoras de mercado desde la administración del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, no fue sino con la de Carlos Salinas de Gortari, particularmente en 1991, cuando abiertamente se planteó el desmantelamiento del IMSS. La Comisión de Modernización del Instituto fue instituida en ese año con la finalidad de revisar y mejorar la forma de decidir y administrar los procesos institucionales, así como lograr el equilibrio funcional entre la satisfacción de las personas usuarias, el personal de la salud y la estabilidad financiera. Posteriormente, fue convertida en Coordinación Ejecutiva para la Modernización del IMSS.

En el documento Bases para la Modernización del IMSS de 1991 fueron formalizados los fundamentos modernizadores del Instituto ordenando flexibilizarlo o liberalizarlo al mercado, es decir, eliminar las condiciones, reconocidas como obstáculos al libre mercado, que le convirtieron en “casi un monopolio de la seguridad social” y que impedían que funcionara con eficiencia y eficacia (IMSS, 1991). De él también emanó la directriz para “racionalizarlo”, estableciendo las premisas mercantiles para un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos humanos, eliminando así su pesadez orgánica; proceso último que implicó la disminución del Instituto en 3 mil órganos (IMSS-CIESS, 1992).

En el nivel territorial, con base en el binomio de Planeación Estratégica y Calidad Total, la Subdirección General de Delegaciones elaboró el Programa de Modernización del Sistema Nacional de Delegaciones, que consideró a estas como unidades-negocio (IMSS-CIESS, 1992; Silva y Donjuan, 1994).

Para finales del sexenio de Carlos Salinas de Gortari, el IMSS contaba con un programa de modernización institucional (esquema II.5), sus objetivos eran: revisar y replantear su concepción, modificar el marco normativo y los procesos de planeación, hallar nuevas fórmulas financieras para preservar el equilibrio y redimensionar el aparato que racionalizaría los recursos (Silva y Donjuan, 1994).

ESQUEMA II.5 PLAN DE MODERNIZACIÓN DEL IMSS 1994



Nota. Elaboración propia.

A partir de este momento, el IMSS prosiguió un proceso de cambios continuos dirigidos a convertir al Instituto en una suerte de aseguradora de recursos que financiarían la prestación de servicios médicos y algunos sociales, administrados autónomamente con gestión empresarial, compitiendo en territorio en el mercado intersectorial y con los privados como parte del SNS. Propósito concretado relativamente hasta la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa.

Apertura a la subrogación de servicios

La figura de la subrogación fue el recurso utilizado en este periodo para iniciar el desmantelamiento del Instituto, a la vez que era promovido el crecimiento del sector privado de servicios sociales y de salud. En el discurso fue justificado como la fórmula más eficiente para reducir los gastos de operación del IMSS ante la insuficiente y deteriorada infraestructura y la creciente demanda de servicios. Su aplicación generalizada ha constituido un acicate para el desfinanciamiento del Instituto y un impulso a su privatización (López y Blanco, 2001, p. 48).

La subrogación consiste en sustituir la prestación de los servicios públicos —prestación directa— por la de empresas privadas con fines de lucro —prestación indirecta—, pagadas con recursos públicos del Instituto provenientes de las cuotas del Seguro de Enfermedades y Maternidad o del de Guarderías y Prestaciones Sociales, según sea el caso.

La subrogación ha sido el recurso neoliberal utilizado para garantizar las atenciones que el IMSS legalmente está obligado a brindar por ley a la población derechohabiente en su calidad de ente público. A través suyo ha sido potenciado el crecimiento del sector privado de salud y de las guarderías, entre otros, y constituye un mecanismo idóneo de transferencia de ingentes cantidades de recursos financieros públicos a manos privadas.

La llave para abrir la subrogación fue el Artículo 65 de la LSS de 1949, que establece que el Instituto podría celebrar convenios de reversión de una parte de las cuotas con los sectores patronales con los que tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios, regresándoles una parte de la Cuota Obrera-Patronal en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios concernientes. Su razón de ser respondió, en ese año, al rápido crecimiento del empleo formal con derechos laborales y a la seguridad social, en un momento en el que apenas estaba siendo construida la infraestructura del Instituto a nivel nacional. De ahí que esta resultara insuficiente para garantizar la prestación de los servicios de manera directa.

Se planteó previa justificación, la subrogación de los servicios de atención a la salud, sin afectar el equilibrio financiero y la calidad de la atención. Desatacan los casos de Baja California Sur, Morelos, Tabasco y la Delegación 2 del entonces Distrito Federal. Fueron subrogados 216 servicios, incluyendo servicios médicos, la adquisición de equipos de laboratorio en comodato y el pago a personal médico subrogado (IMSS, 1994, pp. 123 y 146). Asimismo, fue subrogado parcialmente el servicio de lavado de ropa, vigilancia y laboratorios (IMSS, 1994, p. 150).

Resalta, en particular, el proceso de subrogación de las guarderías. Siguiendo lo dictado en el PND 1983-1988, el IMSS comenzó en 1983 con la operación del esquema de Guardería Participativa; el cual estuvo regido por los mismos lineamientos que el ordinario, pero subrogando su prestación a asociaciones civiles con fines no lucrativos. Fue considerado un nuevo modelo de guarderías que mejoraría la eficiencia y expandiría los servicios; y debía operarse con la participación de las organizaciones sindicales, las comunidades y las madres y padres de familia (IMSS, 2018). Este modelo destaca por ser el primero y, quizá, el único ejemplo de la aparente apertura al sector social en la prestación de los servicios del IMSS.

La concreción de la Guardería Participativa del IMSS correspondió a la figura jurídica de la subrogación de servicios establecida desde 1984 en la LGS (Art. 8), misma que estuvo justificada como complemento y apoyo recíproco —corresponsabilidad— entre oferentes y demandantes de servicios, pero con delimitación de los universos de personas usuarias.



Al IMSS le correspondía supervisar y evaluar la operación, mientras que la asociación civil seleccionaría, capacitaría y contrataría al personal que debía prestar los servicios, además de adquirir las instalaciones y asumir los gastos de la operación (Pomar, 2004). El Director General del IMSS, Genaro Borrego Estrada, en el Diagnóstico realizado en 1995, afirmó que, del total de 455 guarderías del Instituto en 1994, casi 69% correspondía al esquema participativo (IMSS, 1995a).

Las Guarderías Participativas tildadas de corresponsabilidad social fueron el mecanismo a través del cual el IMSS comenzó a transferir sus potestades como prestador de servicios a terceros, esencialmente al sector privado, otorgándoles los recursos necesarios para operarlas, aunque la función de recaudación permaneció en manos del Instituto. También constituye el ejemplo inicial de la retracción del IMSS, como institución de Estado, en su obligación de proveer de manera directa los servicios.

En 1995, las Guarderías Participativas transitaron a la figura de Guardería Vecinales centradas en la prestación privada del servicio; desregulación aprobada por acuerdo del HCT en 1996 y justificada como parte del proceso de modernización del Instituto, para presuntamente contener costos.

Hacia finales del sexenio de Salinas de Gortari, la subrogación de la Guardería Participativa representó la puerta de entrada para abrir y generalizar la subrogación de servicios médicos en el IMSS. Desde 1994, Genaro Borrego Estrada la impulsó en la Reunión Nacional de Delegados, organizada por la Subdirección General de Delegaciones del IMSS. En ella, planteó la necesidad de continuar con el proceso de modernización de los servicios de atención a la salud y de subrogar los servicios, lo que sería realizado previo análisis, si las condiciones lo justificaban y si no era afectado el equilibrio financiero y la calidad de la atención (Silva y Donjuan, 1994).

Su promoción y extensión incentivó el crecimiento del sector privado en un escenario de intencional desfinanciamiento del Instituto y de contención de su crecimiento, cuando no de abierto desmantelamiento. Mediante convenios, el IMSS inició la delegación de sus funciones de prestador, cediéndolas a los privados con la transferencia de los recursos financieros necesarios para su operación; fórmula con la que operó el incipiente proceso de separación de funciones al interior del Instituto, pues este recaudaría los recursos y establecería las directrices —rectoría— para su funcionamiento, mientras que la prestación de servicios la realizarían privados —privatización de funciones—.

A lo largo de más de 36 años del periodo neoliberal fue imponiéndose esta figura tanto en actividades sustantivas como adjetivas del Instituto, convirtiéndole en el vehículo de transferencia de inmensas cantidades de recursos públicos y responsabilidades a manos de privados. A inicio de la década de 1990 fueron desincorporados los llamados servicios adjetivos del IMSS —limpieza, transportes, lavanderías y seguridad, etcétera— para ahorrar costos de operación. Subrogaciones que fueron precursoras de la posterior concesión a los privados de servicios sustantivos, como Laboratorios, Centros de Mezcla, Hemodiálisis, entre otros (Laboralia, 1998 en Vargas, 2001).

La subrogación fue trocando al Instituto Mexicano del Seguro Social en una suerte de empresa público-mercantil o financiadora, que recauda recursos para comprar servicios, tanto públicos como privados. O bien, en otros términos, es un proceso por el que se ha ido privatizando el Instituto al liberalizarlo como ente público obligado de prestar servicios de manera directa. También fueron establecidas algunas de las condiciones necesarias para la competencia público-privada de servicios desde el propio Instituto (PNS 1984-1988; PNS 1991-1994).

Reforzamiento del carácter de autoridad fiscal del IMSS

Justificado en el objetivo de consolidar el equilibrio financiero del IMSS y hacerlo autosuficiente, fueron aprobadas modificaciones a la LSS en 1993 para modernizarlo y actualizarlo como organismo fiscal autónomo, coincidiendo con los diversos ordenamientos de carácter tributario federal, con el Código Fiscal de la Federación y su Reglamento de 1990. Propósito que estuvo siempre dirigido al fortalecimiento del carácter recaudador del Instituto en la mira de convertirlo en una aseguradora pública de recursos financieros.

Para ello, desde 1993 debieron precisarse conceptos jurídicos y de administración dirigidos a reducir controversias, generar una mayor certidumbre legal, llenar lagunas y establecer bases que evitaran interpretaciones erróneas. El fin era actualizar y hacer más eficiente al Instituto como organismo fiscal autónomo para que pudiera realizar una adecuada recaudación, procurando que sus actos de autoridad fueran más certeros y se tradujeran en un inmediato e importante reforzamiento de sus finanzas (LSS, 1993).

Para definir con exactitud las bases de recaudación, y justificado en la idea de que el sector patronal y las personas aseguradas lograran una mayor seguridad jurídica en sus obligaciones fiscales ante el IMSS, fue precisada la forma de registro y de la integración del Salario Base de Cotización, así como los conceptos susceptibles de deducciones, junto con el reforzamiento de su fiscalización; es decir su aplicación estricta (LSS, Art. 9 Bis, 1993).

También fueron otorgadas al Instituto mayores facultades de fiscalización y recaudación —como la revisión de los dictámenes de los contadores públicos sobre el cumplimiento de las disposiciones de la LSS y sus Reglamentos, y la realización de actos de administración y dominio—. Al Director General se le concedió la atribución de representar al Instituto como organismo fiscal autónomo, ante las autoridades y como persona moral para pleitos y cobranzas, y, a los contadores públicos, la relativa a dictaminar la situación fiscal de los contribuyentes que aportan al IMSS cuotas obrero-patronales (RIIMSS, Arts. 19-A, 240 F. XXI y 257 F. III, 1990a).

II.2.5. Individualización y privatización de los fondos de pensiones vía la incorporación del Seguro de Retiro y creación del Sistema de Ahorro para el Retiro

Acorde con las directrices de modernización financiera y en la lógica de la reestructuración del Instituto y de su tendencial redimensionamiento —desmembramiento y desmantelamiento— la LSS fue modificada en 1990, provocando la individualización de los ramos de aseguramiento y la privatización de los fondos pensionarios.

Separación contable de los ramos de aseguramiento —individualización— y disciplina financiera

Esta reforma introdujo la separación contable de los recursos de cada ramo de aseguramiento —Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), Seguro de Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) y Seguro de Guarderías (SG)— en la idea de acrecentar la disciplina y eficiencia financieras, autonomizando financieramente a cada ramo (LSS, 1990 y RISIMSS, Art. 11, 1990a). Dichos recursos solo podrían ser utilizados para cubrir las prestaciones y reservas correspondientes a cada uno. En la Exposición de Motivos del Decreto de 1990 fue justificada la necesidad de fortalecer, facilitar el control, mejorar la distribución de los recursos y dar mayor transparencia al manejo de cada uno de los ramos del seguro.



En el caso del IVCM, la reforma determinó que la diferencia del importe de sus cuotas y demás ingresos, junto al pago de las prestaciones y otros egresos, debían ser aplicados a incrementar su reserva, misma que debía ser invertida en activos financieros y, el producto de su inversión, ser destinado exclusivamente a cubrir las prestaciones que este seguro amparaba (RISIMSS, Arts. 263 y 264, 1990a). En febrero de 1992 fueron refrendadas por ley las atribuciones del HCT para decidir sobre las inversiones de los fondos del Instituto, con excepción de los provenientes del Seguro de Retiro (LSS, Art. 253, 1992).

Ambas reformas constituyeron el antecedente inmediato de lo que años más tarde fue la individualización y financiamiento —rentabilización— propio de cada ramo de aseguramiento. Estas establecieron más o menos tímidamente las premisas normativas que con la reforma de 1995 desestructuraron el fondo colectivo de reparto como eje del financiamiento colectivo del Instituto, así como los subsidios cruzados entre los ramos de aseguramiento, es decir, el soporte del carácter solidario y redistributivo de la seguridad social. Paralelamente, estas reformas dejaron indefinida la procedencia de recursos para crecer la infraestructura del Instituto, o bien, sentaron las bases para su desmantelamiento.

La reforma de 1990 eliminó la norma por la que las reservas del Instituto eran invertidas hasta en 85% en la adquisición, construcción o financiamiento de hospitales, sanatorios, clínicas, guarderías, almacenes, farmacias, laboratorios, centros de convalecencia, centros de seguridad social y demás muebles e inmuebles propios para los fines del Instituto, y, hasta 10% para su inversión en bonos o títulos emitidos por el Gobierno Federal, Estados, distritos o territorios federales, municipios, instituciones nacionales de crédito o entidades encargadas del manejo de servicios públicos. Los remanentes disponibles para inversión podían destinarse a préstamos hipotecarios acordes con los requisitos legales (LSS, Arts. 264-266, 1973).

Individualización y privatización del ahorro de las personas derechohabientes: creación del Seguro de Retiro

En marzo de 1992, la LSS fue reformada por decreto del Ejecutivo Federal, lo que implicó redimensionar al Instituto, liberalizándolo; además de convertirlo en el recaudador del sector financiero y, más tarde, hacia 2012, en una suerte de asegurador público de recursos.

La reforma de 1992 adicionó un nuevo ramo de aseguramiento al Régimen Obligatorio del IMSS, denominado Seguro de Retiro (SR), que luego fue instrumentado a través del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) (LSS, 1992).

Este nuevo seguro fue fomentado como medio para sanear la deuda externa, reducir el déficit fiscal del Estado, fortalecer el ahorro en el país y destinar recursos al financiamiento de proyectos productivos de los particulares (Presidencia de la República, 1994). Su implementación fue justificada discursivamente como mecanismo complementario del ahorro de las personas trabajadoras al momento de su retiro (EMLSS, 1992; LSS, Art. 11 F. V, 1992), en la pretensión de aumentar la cuantía del dinero ahorrado, permitiría disponer de recursos por incapacidad temporal o por desempleo, y facilitaría el acceso al sector financiero, facultando a las personas a invertir en las mejores condiciones entre rendimientos y riesgos.

De acuerdo con la LSS de 1992, el Seguro de Retiro estuvo constituido con una aportación del sector patronal de 2% sobre el Salario Base de Cotización (Art. 183-B), debiendo depositarla obligadamente en las cuentas individuales operadas por las instituciones bancarias (Art. 183-C), elegidas por las personas trabajadoras. Cuentas

que estaban conformadas por el Seguro de Retiro y el Fondo Nacional de la Vivienda (Art. 183-C). Además, el tope máximo del Salario Base de Cotización se trasladó de 10 a 25 salarios mínimos (LSS, 1993), para incrementar la recaudación del Sistema de Ahorro para el Retiro. Las instituciones bancarias, cobrarían por su manejo comisiones establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), el Comité Técnico del SAR y el Banco de México (LSS, Art. 183-E, J, y L, 1992).

La incorporación a la LSS del SR supuso la obligatoriedad —no voluntad— de que las personas trabajadoras ahorraran en el sector financiero —privatización de sus recursos—. A la vez, promovió que ellas, con cargo a los recursos de sus cuentas individuales, asumieran los costos de las incapacidades temporales que excedieran los periodos de prestaciones fijadas por la ley (Art. 183-P), cuando estuvieran desempleadas (Art. 183-Q) y cuando contrataran seguros de vida para sus beneficiarios (Art. 183-Ñ) (LSS, 1992). Con ello inició la introducción de una lógica individual de autoaseguramiento privado de las personas trabajadoras, obligado a realizarse por ley desde la institución pública, con cargo a sus propios recursos. Sentó los cimientos para la reforma estructural a la LSS de 1995.

La privatización de una parte del ahorro de las personas trabajadoras estimuló el crecimiento de las instituciones financieras y de los seguros privados. El Presidente Carlos Salinas de Gortari, en su Quinto Informe de Gobierno de 1993, señaló que “el ahorro de la sociedad en el sistema financiero había pasado de representar 29% del producto interno en 1988 a 40% en 1992 y a 46% en 1993; para este año, el ahorro financiero registró un crecimiento anual de 17% en términos reales, contribuyendo a ello el SAR. En agosto de 1993 habían sido incorporadas 11'400,000 cuentas individuales, cuyas aportaciones ascendieron a poco más de 12 mil millones de nuevos pesos [...]”. No obstante, la deuda externa creció a una tasa de 8.8% anual durante todo el sexenio, alcanzando la suma de 131.8 billones de pesos en 1993, con un incremento de 17.2% respecto a 1987.

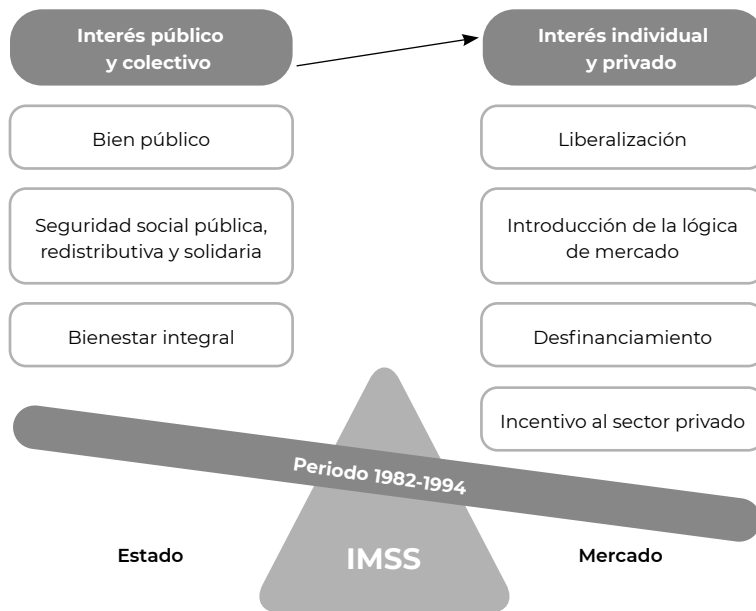
Con el SR inició la individualización y privatización de las cuentas de ahorro para el retiro de las personas trabajadoras, trasladando directamente al sector financiero los recursos de este nuevo ramo de aseguramiento, cuyo costo de administración corrió a cargo de las personas ahorradoras. En términos del Poder Ejecutivo, fue reconocido como el “precedente innovador” que introdujo el régimen de capitalización individual, gestionado por instituciones de crédito o sociedades de inversión privadas (LSS, 1993).

Su introducción implicó obligar a las personas trabajadoras a incorporarse al autoaseguramiento privado, de orden mercantil, en su calidad de beneficiarias del IMSS, institución de orden público, responsabilizándolas de sortear individualmente, con sus recursos, tanto los riesgos financieros como los de su bienestar (LSS, 1992). Además de que, con el nuevo seguro el Instituto inició su fase de sustitución por los privados en el manejo de los fondos del ahorro de las personas trabajadoras, individualizándolos y liberalizándolos al sector financiero, lo que implicó un paso en la retracción del IMSS como monopolio del bienestar integral y que le confirió el estatus de recaudador de recursos para el sector financiero privado, y luego como asegurador público financiero.

El Seguro de Retiro y su instrumentación por el SAR inauguraron la reforma estructural a la seguridad social en el sistema de pensiones mexicano. Cambios que sentaron las bases de transgresión a los principios de solidaridad social y de redistribución, así como los cimientos del desmembramiento del Instituto en su calidad de institución de Estado garante del bienestar integral: protección de los medios de subsistencia de la “cuna a la tumba” de la población derechohabiente, tal como se muestra en el esquema II.6.



ESQUEMA II.6
CAMBIO EN LOS VALORES Y PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL IMSS, 1982-1994



Nota. Elaboración propia.



CAPÍTULO III

Nueva Era del IMSS: 1994-2000



La administración del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000) consolidó las directrices ortodoxas de liberalización económica implantadas en los dos sexenios precedentes. Ajustó al IMSS a la racionalidad económica de libre mercado y a la economía del mundo globalizado, liberalizándolo —privatización— y redimensionándolo —desmembramiento— como la institución pública monopólica garante del derecho constitucional a la seguridad social.

Tres transformaciones fundamentales marcaron la suerte del Instituto en este periodo, mismas que condicionaron su futuro: 1) La privatización de los fondos de pensiones de las personas trabajadoras, derivada de la reforma estructural del Instituto con la aprobación de una nueva Ley del IMSS en 1995 que entró en vigor en 1997; 2) La Nueva Era del IMSS, que concretó las bases mercantiles de la nueva organización y funcionamiento del Instituto y, como consecuencia de estas; 3) La instrumentación en territorio de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), la cual tuvo lugar cuando el SNTSS detuvo la privatización abierta de los servicios de salud pretendida a través de la reversión de cuotas y la subrogación de servicios, tema desarrollado en el subcapítulo III.4.

Estos cambios tuvieron lugar en un escenario de agudo desfinanciamiento del Instituto que profundizó su deterioro como consecuencia de la continuidad con la implementación del modelo de libre mercado y de la reforma neoliberal del Estado. Se incentivó la mercantilización y el desmantelamiento del Instituto, lo que desplazó el bienestar de las personas como propósito de la seguridad social y lo sustituyó por la apetencia de la financiación.

III.1. CONTINUIDAD CON LAS REFORMAS DEL ESTADO NEOLIBERAL

La administración de Zedillo Ponce de León (1994-2000) consolidó la liberalización económica y la implantación del modelo neoliberal impulsado por las dos Presidencias anteriores. Llegó al poder en un marco de crisis política derivada de los sucesos violentos



ocurridos en 1994²¹. El candidato obtuvo la Presidencia con 50.13% de votos y con una amplia ventaja en ambas cámaras, 95 senadores y 300 diputados (Woldenberg, 2012), hechos que le permitieron pactar —por la vía rápida— reformas estructurales, entre las que sobresale la reforma a la Ley del Seguro Social (LSS) aprobada en diciembre de 1995 e instrumentada en 1997.

Su inicial aceptación terminó en 1997, producto del descontento social sobre la conducción económica del país y la represión a diversos grupos sociales²². Además, la ausencia de vocación política, por su perfil tecnócrata, lo alejaron de las bases del PRI, generando la fragmentación política del país. Ello aventajó al Partido Acción Nacional (PAN)²³ y al Partido de la Revolución Democrática (PRD), que quedó posicionado como fuerza opositora progresista en la capital del país. Estos cambios más la reforma electoral de 1996 —democracia liberal representativa— suscrita con los cuatro partidos representados en el Congreso (PRI, PAN, PRD y Partido del Trabajo) dieron lugar en 2000 a la “transición democrática”, terminando con 7 décadas de hegemonía del PRI como partido de Estado.

El modelo liberal continuó y, en 1995, el país enfrentó una gran crisis financiera por el llamado “error de diciembre”²⁴. Entre sus principales consecuencias destaca el incremento de la deuda externa en 19.2% (Banco Mundial, 2022) y el decremento del PIB en 6.3% (Inegi, 2020). La crisis reactivó la inflación situando la media anual en 23%, mientras que el valor del peso frente al dólar cerró el sexenio con 9.45 pesos por divisa estadounidense, generando una depreciación de 63.57% (Banco de México, 2022). Ello incidió en la contracción de la estructura laboral con la incorporación de solo 23% de la Población Económicamente Activa (PEA) (Hernández y Velázquez, 2003). La tasa de desempleo pasó de 3.7% a 6.3% (Ochoa, 2004), mientras que la informalidad incrementó de 51.8% a 54% durante el mismo periodo (Soria, 2001).

Ante la amenaza de la quiebra bancaria, el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León compró su cartera vencida por un equivalente a 40% del PIB de 1997, traducido en el Fondo Bancario de Protección al Ahorro (Fobaproa)²⁵.

En 1995, los organismos multilaterales²⁶ otorgaron al gobierno mexicano casi 75 mil millones de dólares para el rescate financiero del país, condicionados a la continuación de reformas estructurales, la privatización de las paraestatales,²⁷ la modernización de las instituciones y la reforma estructural del IMSS.

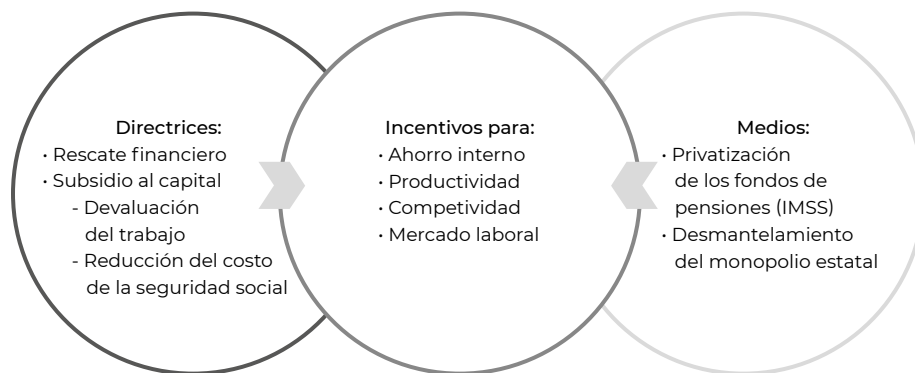
A raíz de ese nuevo paquete de políticas, el gobierno zedillista reorientó su estrategia económica, centrándola en el objetivo de fomentar el ahorro interno para afrontar la falta de flujo de capital extranjero y lograr sanear la creciente deuda externa. Al tiempo avanzó la apertura económica continuando la integración con los Estados Unidos de Norteamérica mediante el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), convirtiendo al país en el tercer proveedor de bienes y servicios de EE. UU. De 1994 a 2000, las exportaciones crecieron 173% (Sánchez, 2018).

Estos cambios afectaron al mercado laboral frenando la vinculación de la fuerza de trabajo al empleo formal —además de feminizarla—, expandieron la informalidad, restringieron la capacidad del sector manufacturero para aumentar la producción y generar nuevos empleos, y desarrollaron la maquila en el norte del país, acentuando las desigualdades productivas regionales (Alba, 2003).

Siguiendo las mismas directrices de los dos presidentes que le precedieron, Ernesto Zedillo Ponce de León continuó con los propósitos de retraer al Estado privatizándolo, incentivando el crecimiento y participación del sector privado, y fomentando su competencia, ahora en un contexto económico ávido de flujos frescos de capital. De ahí

que, guiado por los dictados del Banco Mundial de 1994, dispusiera entre sus objetivos privatizar los recursos del ahorro de las personas trabajadoras —fondos pensionarios—, que representaban un gran potencial de rentabilización económica. Su liberalización suponía disminuir las presiones financieras del sistema pensionario público y la supuesta garantía de su viabilidad futura, y abonaría al redimensionamiento del Instituto desmembrándolo (esquema III.1).

ESQUEMA III.1
ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE ERNESTO ZEDILLO, 1994-2000



Nota. Elaboración propia.

En la concreción de estos propósitos jugaron nuevamente la reforma neoliberal del Estado operada en los ámbitos social, sanitario y de la Administración Pública Federal, todos convergentes con el propósito de avanzar en la liberalización del IMSS, o contracción de su carácter monopólico del bienestar social integral.

De acuerdo con las directrices mercantiles esbozadas en el PND 1983-1988, trazadas en el PND 1989-1994 y PNMEP 1990-1994, y a consolidarse con el Programa de Modernización de la Administración Pública (Promap) 1995-2000, el IMSS debía continuar su transformación. Modernizarlo desde la APF implicaba prolongar su reestructuración desde una la lógica mercantil, profundizando las estrategias modernizadoras de: descentralización y simplificación administrativa; profesionalización; desregulación normativa y, aplicación de la orientación y técnicas empresariales como planeación estratégica, enfoque de calidad, reingeniería de procesos, austeridad y racionalidad de recursos presupuestarios. Su modernización garantizaría finanzas sanas y el desarrollo de estándares de calidad en un servicio público con enfoque al cliente.

La transformación del IMSS aconteció de manera simultánea con la de la APF, que desde la década de 1990 fue denominada Nueva Gestión Pública.

Además, la mejora de las finanzas institucionales debía lograrse constituyendo una sólida coordinación interinstitucional e intersectorial. Propósito que puso en el centro al “enfoque de calidad” —pensado como sinónimo de eficiencia gerencial empresarial, instituido como uno de los principales componentes de la reforma modernizadora del IMSS en el periodo—. Con calidad, el sector público y, por ende, el IMSS estarían habilitados para competir entre sí y con el sector privado (PNMEP, 1990; Banco Mundial, 1993 y 1997; Promap, 1996).

Desarrollar la calidad requirió profundizar dos valores no neutrales²⁸ de la gerencia mercantil al interior de la institución pública: el “enfoque al cliente” —anticiparse a las necesidades, preferencias y deseos del consumidor para satisfacerlas, favoreciendo su libre elección— y la “calidad total” —uniformidad, metas a largo plazo, bajo costo y calidad— (Promap, 1996). Actuar con calidad suponía priorizar las premisas de gestión de mercado —o razonamiento economicista de contención de costos, aumento de productividad, maximización de ganancias y orientación a la demanda—, es decir, desplazar los valores propios de la administración de un bien público que persigue generar las condiciones para hacer factible la garantía del interés colectivo sin exclusión.

Modernizar al Instituto entrañaba seguir fortaleciendo y ahondando el rediseño de su estructura y organización desde la racionalidad mercantil introducida en la década de 1980; mientras que lo novedoso implicaba escalar la mercantilización a su funcionamiento. Ello precisaba desregular las condiciones normativas, estructurales y operativas del Instituto para formalizar la separación de funciones normativas de las operativas: atención de trámites y prestación de servicios médicos y sociales. En otros términos, establecer la separación de funciones para concretar, en un futuro próximo y a nivel territorial, las condiciones que permitirían a los servicios del Instituto competir por los recursos para satisfacer la demanda de clientes —personas afiliadas—.

La reforma de la política social incidió en el IMSS al apostar el bienestar social al mercado, desmarcando la intervención estatal de la garantía de los derechos²⁹. Fue impuesta la idea de un Estado subsidiario, concebido desde una visión economicista, contraria a la preponderancia estatal para lograr el bienestar colectivo e individual. Sus intervenciones debían estar focalizadas en la cruzada contra la pobreza con pisos mínimos de bienestar. Noción de política social distante de la concepción solidaria, redistributiva, progresivamente universal y hacia la igualdad, que abonaba a la garantía de los derechos sociales a través de sólidas instituciones garantes —principios al origen del Instituto—. Este cambio ha marcado a las generaciones jóvenes con el desdibujo del horizonte de los derechos sociales como aspiración y ha cerrado su anhelo por el derecho a la seguridad social; y en paralelo ha desvanecido el compromiso social del Estado con la obligación de garantizar en lo individual y lo colectivo los derechos.

El Programa de Educación, Salud y Alimentación —Progresa— fue el pilar de la nueva política social. Como consecuencia del ajuste estructural, para 1994, 52.4% de la población mexicana era considerada en pobreza patrimonial de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2012b)³⁰.

El Progresá consistía en aliviar la pobreza con transferencias económicas condicionadas focalizadas —dinero en efectivo y algunos apoyos en especie—, con aval técnico, en familias pobres del medio rural y población indígena; así como en crear capital humano, cumpliendo las condicionalidades³¹ para una mejor inserción en el mercado; o empoderamiento económico que evitaría el círculo intergeneracional de la pobreza (Levy y Rodríguez, 2005; Banco Mundial, 1993).

Esta política impactó al IMSS a partir de la reforma a la LSS de 1995, conduciendo discreta y paulatinamente la intervención del Estado a la garantía de básicos a los sectores más desfavorecidos económicamente —cuota social y pensión mínima garantizada—.

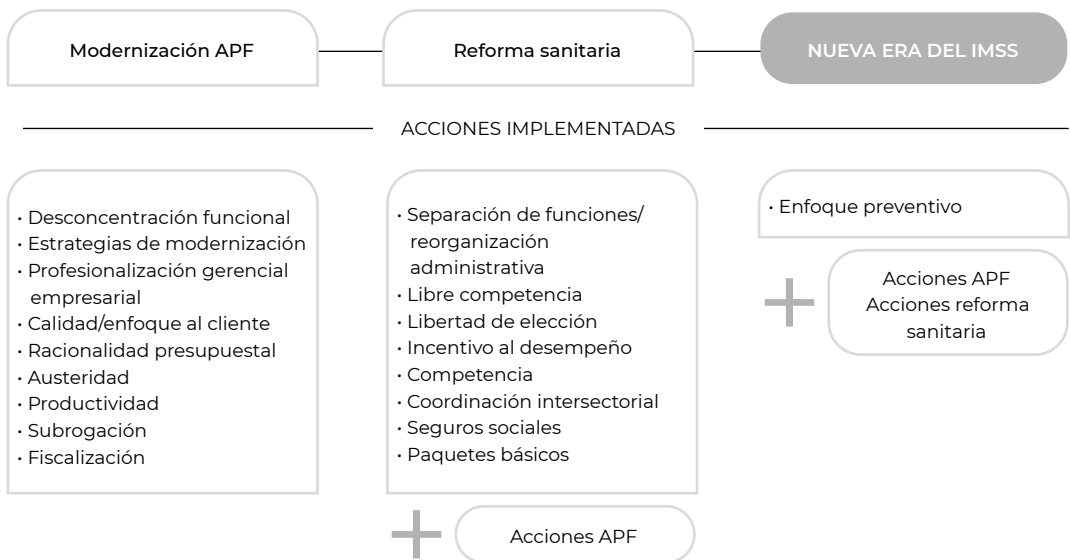
Por otro lado, la reforma estructural sanitaria continuó el enfoque economicista inaugurado por Soberón Acevedo, la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y el Banco Mundial. Dispuso la reorganización del sistema sanitario para, supuestamente, eliminar la segmentación y fragmentación del sistema de los servicios de salud mexicano,

con miras a crear el SNS. Por lo que incitó al IMSS a intensificar su desconcentración y modificar su organización. Su objetivo era apuntalar los cimientos que constituirían el mercado de salud pública, luego llamado mercado intersectorial de servicios, componente público del SNS, en competencia con el privado.

La reforma sanitaria siguió las reglas claras y precisas establecidas en 1993 por el Banco Mundial en el documento *Invertir en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial*. Dichas reglas dictaban: cambiar las estructuras —reorganización de los servicios—; asignar recursos de manera costo-eficiente; financiar por el gobierno un paquete básico de servicios esenciales para los más pobres —asignación racional y rentable de atención a los principales padecimientos de bajo costo, que maximizarían el número de años de vida saludable—, sin alterar el mercado ni la competencia, y fomentar mayor diversidad y competencia en la financiación y prestación de los servicios. Reforma que obvió la prioridad de satisfacer las condiciones sociales y necesidades de salud de la población.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PRSS) publicado en 1996, enfatizó la separación de funciones y libre competencia, también dispuestas por el Banco Mundial en el documento de 1993. El programa determinó ampliar la cobertura y prestar servicios de calidad con eficiencia financiera; subvencionar públicamente a los privados; definir la salud como un asunto privado; establecer cuadros básicos de insumos a nivel sectorial —paquete básico—; medir la eficiencia y eficacia con base en parámetros costo-beneficio, e incentivar la competencia público-privada (esquema III.2).

ESQUEMA III.2 CORRELACIÓN Y CONTINUIDAD DE LAS REFORMAS ESTRUCTURALES DE LA APF, SALUD E IMSS



Nota. Elaboración propia.

Dicho programa dictaba concluir la descentralización, incentivar el desempeño, capacitar desde la gerencia-mercantil; separar funciones; introducir seguros sociales —forma de aseguramiento privada desde el ámbito público con “libre elección”—; reorientar el gasto; reformar los sistemas de seguridad social y de salud, y convertir a la SSA en agente regulador único del sistema público y de la medicina privada.



Objetivo por el que fue firmado el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud de 1996 o de “integración orgánica”. A través suyo fueron transferidas a las entidades federativas las acciones de fomento y de vigilancia sanitaria, construcción o remodelación de nuevas clínicas y hospitales, licitaciones y el manejo local de los recursos humanos y de los bienes muebles e inmuebles. Descentralización que concluyó el Secretario de Salud Juan Ramón De la Fuente en la siguiente administración, a pesar de subsistir la segmentación del sistema, diferentes regímenes laborales y diversos esquemas de financiamiento (Soberón y Martínez, 1996).

Respecto a la seguridad social, el PRSS 1995-2000 dispuso adoptar medidas de contención de costos, eficiencia y calidad. Las adquisiciones de infraestructura, medicamentos e insumos tendrían que realizarse con criterios costo-efectivos; el enfoque preventivo predominaría sobre el curativo en la atención médica; el personal de salud tendría que hacer más con los mismos recursos —productividad—; los procesos de programación, presupuestación y evaluación serían redefinidos, y los mandos altos recibirían una formación gerencial-empresarial, mientras que los operativos tendrían capacitación técnica (PRSS, 1995-2000).

Del PRSS 1995-2000 derivaron dos tareas que marcaron los cambios del IMSS en el periodo. Por un lado, concluir la descentralización y/o desconcentración de los servicios de salud para solucionar los problemas del “gigantismo” gubernamental, causante de la “vaguedad” de responsabilidades entre autoridades centrales y locales. Desconcentración que supondría para el Instituto su reordenamiento funcional, la reducción del tamaño y facultades del Nivel Central, el aumento de las potestades a las autoridades locales y la creación de las instancias intermedias o de enlace entre niveles de autoridad.

El otro quehacer era impulsar y destinar recursos para cimentar una futura coordinación interinstitucional e intersectorial de los servicios públicos. En este mismo propósito de intersectorialidad, la SSA avanzó concluyendo la descentralización e instituyendo un paquete básico de servicios y tratamientos con 13 intervenciones, dirigido a la atención de la llamada “población abierta” para atender padecimientos de bajo costo³². Mecanismo pensado como plataforma para el intercambio interinstitucional de servicios públicos y luego con los privados.

III.2. REFORMA ESTRUCTURAL A LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE 1995

En la 76ª Asamblea General del IMSS, el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León pidió al Director General del IMSS, Genaro Borrego Estrada, realizar un diagnóstico con el propósito de impulsar al Instituto, elevar la calidad de sus servicios y emprender la Nueva Era del IMSS, haciendo corresponsables al personal y a las personas beneficiarias, así como a las aportantes.

El resultado del diagnóstico mostró una grave crisis financiera del Instituto y concluyó que era necesario intervenirlo para evitar su desaparición en el futuro próximo (IMSS, 1995a, p. 2). Para asegurar su viabilidad financiera, el Instituto estableció tres estrategias: privatizar el sistema de pensiones, garantizar la reversión de cuotas con la que las aseguradoras atendieran a las personas afiliadas al IMSS y separar los diferentes beneficios de sus fuentes de financiamiento.

Las bases técnicas del diagnóstico fueron fuertemente cuestionadas por una amplia oposición social³³ que argumentó la omisión de las variables de política económica, condicionantes del origen de su déficit financiero, y subrayó la existencia de una agenda

oculta: una estrategia para privatizar el ahorro de las personas trabajadoras y los servicios de salud. No obstante, las autoridades del IMSS presentaron la propuesta de ley, pero la obstrucción a su aprobación logró modificar más de 60 artículos que afectaban derechos adquiridos del personal del IMSS; con esos cambios fue aprobada en 1995 y entró en vigor a mediados de 1997.

La fuerte oposición del SNTSS evitó relativamente la privatización de los servicios de salud que buscaba realizarse a través de la separación de funciones entre financiadores y prestadores de servicios, vía la reversión de cuotas y la subrogación. Mecanismo de perfeccionamiento y reconfiguración de esquemas de incentivos al sector privado de salud (Soberón, 2001). La nueva LSS facultó al HCT a establecer la base legal para aprobar el Reglamento de Reversión de Cuotas, entre otros (LSS, Art. 264 F. VII, 1995).

Esta propuesta implicaba dejar al Instituto las funciones de recaudación y fiscalización para, primero, generalizar la devolución de parte de las contribuciones a las empresas que proveen servicios privados de salud a las personas trabajadoras correspondientes del ramo de enfermedad y maternidad; y, segundo, la subrogación suponía extender el traslado de recursos a manos de privados vía la compra de servicios que, por ley el Instituto estaba obligado a garantizar. La primera modalidad estuvo presente en la LSS desde 1943 (Art. 89) cuando el Instituto fue creado y carecía de infraestructura para prestar los servicios.

Detenida esta opción, las autoridades del Instituto, en apego a las directrices del Banco Mundial de 1993, 1997 y 1998, viraron la estrategia para separar las funciones entre financiamiento —con mayor calidad en la recaudación— y la prestación de servicios mercantilizables. Lo que, con libre elección de las personas demandantes de atención clínica, permitiría avanzar en la cimentación de la intersectorialidad de servicios. Propósito que conllevó a “modernizar” el primer nivel de atención médica y a conformar en territorio las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). Analizadas en el subcapítulo III.4.

Los principales ejes que afectaron al Instituto con la aprobación y puesta en marcha en 1997 de la Nueva Ley del IMSS fueron: 1) Individualizar los ramos de aseguramiento y privatizar el ahorro de las personas trabajadoras; 2) Reestructurar los esquemas de financiamiento de los ramos, y 3) Instrumentar seguros sociales —autoaseguramiento privado— dentro del sector público.

III.2.1. Privatización del ahorro de las personas trabajadoras e individualización de los ramos de aseguramiento

La principal alteración provocada por la reforma a la LSS 1995 fue la privatización del esquema de pensiones, justificándola con dos argumentos: 1) El incremento de costos del funcionamiento del Instituto por la transición demográfica y epidemiológica, en un marco de disminución de reservas actuariales y de la inexistente o poca relación entre contribuciones y beneficios, y 2) El utilizar los ahorros de las personas trabajadoras como incentivo para el ahorro interno; su disposición incrementaría la competitividad del país en una economía abierta, incentivando el crecimiento del empleo y de los salarios (LSS, 1995).

El reformar el sistema pensionario estaba dirigido, aparentemente, a recortar los pasivos laborales y a aliviar las finanzas del Instituto, pero en los hechos convirtió el pago de pensiones en un asunto de orden financiero —de “caja”—, dirigido a generar productividad y competitividad en el mercado global, lo que implicó desdibujar a la seguridad social como instrumento de bienestar, desprotegiendo los medios de subsistencia de las personas trabajadoras.



El diagnóstico adjudicó la responsabilidad del déficit financiero a las transiciones demográfica y epidemiológica como las causantes principales del incremento de los gastos del Instituto, siendo agravantes del aumento de los costos de atención. Ignoró reconocer que el comportamiento negativo de las variables macroeconómicas derivadas de la implementación del modelo de libre mercado fue lo que lo provocó y continuó haciéndolo, a través de: la restricción del gasto, el desempleo, la contención salarial, la flexibilización laboral —limitación al empleo formal— y abaratamiento del costo de la mano de obra, entre otras.

El diagnóstico también señaló que incidieron en el desfinanciamiento del Instituto los subsidios realizados por el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) para la construcción de la infraestructura del Instituto³⁴, y la operación del ramo de Enfermedad y Maternidad; así como la evasión, subdeclaración y dilación del pago de contribuciones por el sector patronal, esta última justificada por el alto valor de los salarios, y el adeudo del Estado como patrón (EMLSS, 1995).

Derivado del diagnóstico procedió la reforma estructural del Instituto, con la aprobación de la Nueva Ley del Seguro Social de 1995, que entró en vigor en 1997. Esta implicó consolidar la individualización de los ramos de aseguramiento, su antecedente fue el cambio de ley de 1992 que incorporó el SAR. La LSS de 1995 desreguló y liberalizó los ramos para autonomizar los recursos entre ellos, y separó contablemente las finanzas de cada seguro (LSS, 1995). Individualizar los ramos facilitó operar la privatización de los fondos del ahorro de las personas trabajadoras —fondos pensionarios del IVCM— y, posteriormente, mercantilizar los ramos de Enfermedad y Maternidad y de Guarderías y Prestaciones Sociales.

Desde la reforma de 1990 a la LSS (Art. 263), la separación contable de los recursos de cada ramo de aseguramiento había sido planteada para reducir al mínimo los subsidios cruzados por nivel de cotización. La reforma de 1995 añadió que, por cada ramo, debía constituirse una reserva financiera y una administración independiente, exceptuando al RCV. La reforma inició la nueva arquitectura financiera del Instituto y privatizó el ahorro de las personas trabajadoras.

El IVCM fue separado en dos ramos. El de las pensiones de retiro, ahora reconocido como Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y el de las contingencias durante la vida laboral, a cargo del Seguro de Invalidez y Vida (SIV). El IMSS depositaría el monto del SRCV en la subcuenta correspondiente de la cuenta individual por persona trabajadora aportante, abierta en el sector financiero privado a través de la Administradora de Fondos para el Retiro (Afore). Las Afore administrarían los recursos de las cuentas individuales junto con sus rendimientos —capitalización individual—, a través de fondos de inversión denominados Sociedades de Inversión de Fondos del Retiro (Siefores), determinados de acuerdo con la edad de la persona trabajadora (LSS, 1995).

De acuerdo con la LSS de 1995, la prima del SRCV estaba constituida por aportaciones calculadas sobre el Salario Base de Cotización; correspondiendo a la patronal un 3.150%, a la persona trabajadora 1.25% y al Estado 7.143% del total de las cuotas obrero-patronales (Art. 168 F. II); además, el Estado aportaba adicionalmente a esta subcuenta una cuota social, correspondiente a 5.5% de un Salario Mínimo General del Distrito Federal (SMGDF) (Art. 168 F. IV), indexable al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

La cuenta individual por SRCV o cuenta de ahorro está constituida por tres subcuentas: la obligatoria del Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; la de

Aportaciones Voluntarias —aportaciones complementarias para la pensión— y la de Vivienda —que administraría el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores— (LSS, Art. 159 F. I, 1995). Composición realizada en la mira de poder incrementar los recursos pensionarios, una vez descontado el cobro de comisiones por manejo de cuenta y de inversión. Originalmente las comisiones fueron por flujos en efectivo y saldo acumulado y, en 2007, una vez pagada la comisión por manejo de cuenta, el porcentaje de la comisión de saldo sería sobre las nuevas aportaciones más lo ya acumulado; mismas que solo entre 1998 y 2000 crecieron de 19.8% a 23%, de acuerdo con la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar, 2020).

La prestación de ayuda para gastos de matrimonio —con anterior cargo al IVCM— fue modificada, estableciendo una suma equivalente a 30 días del SMGDF con cargo a la cuota social del Estado (LSS, Art. 165, 1995), dejando de ser una prestación social para convertirse en dinero disponible del monto de recursos de las cuentas individuales. Opción que además de menguar los recursos, disminuía el número de semanas cotizadas; tiempo restituido con la reforma a la LSS de mayo de 2009 (LSS, Art. 6° Transitorio, 2009).

En el SIV fueron incluidos los seguros de Invalidez —por incapacidad temporal o permanente— (LSS, Art. 120, 1995), y el de Vida —pensión a las y los beneficiarios de la persona asegurada en caso de muerte—, concerniéndole al Instituto la recaudación y administración (LSS, Arts. 127 y 129, 1995).

La Consar autorizó la creación en 1997 de 17 Afores y una Siefore (SB1), mismas que concentraron a todas las personas trabajadoras no importando su edad, cuyas inversiones las realizaron en instrumentos de renta variable y valores.

Los instrumentos de inversión Siefores podían ser de renta variable nacional e internacional, deuda privada, valores gubernamentales y en porcentajes, conforme a lo determinado por la Consar. Fondos destinados a impulsar la productividad nacional, generar empleos y construir viviendas, entre otras (Consar, 2020). Empero, la inversión ha sido de bajo riesgo, generalmente en papeles del gobierno a corto plazo como los Certificados de Tesorería de la Federación, con bajos rendimientos y utilizados por el Estado para el pago de gasto corriente (Consar, 2020).

Desde la reforma de 1995, los rendimientos han sido precarios y las pensiones representan una cuarta parte del salario promedio cotizado según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2016). Hay estimaciones que indican que las pensiones, en su mayoría, estarán en el nivel mínimo garantizado (Ham, 2003).

Para poder acceder a los recursos las personas trabajadoras deben contratar obligatoriamente Rentas Vitalicias (RV) o Retiros Programados (RP). Las RV son contratos por los que la aseguradora, a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta individual, pagará obligatoriamente de manera mensual una pensión durante la vida de la persona. Los RP son una modalidad de pensión que fracciona el monto total de los recursos de la cuenta individual y toma en cuenta la esperanza de vida de las personas pensionadas y los rendimientos previsibles de los saldos (LSS, Art. 159 F. IV y V, 1995).

Para contratar la RV, el Instituto calculará el monto constitutivo necesario para su adquisición, debiendo aportar la suma de recursos correspondientes para que, sumados a los existentes en la cuenta individual, la persona trabajadora alcance la pensión establecida. La suma deberá ser suficiente para financiar la pensión de las personas beneficiarias (LSS, Art. 127, 1995).



Ahora bien, el acceso a las pensiones está sujeto al cumplimiento de los requisitos de ley: en el caso de la pensión de vejez, haber cumplido 65 años y contar con 1,250 semanas cotizadas (Art. 162); para cesantía, cumplir 60 años y tener 1,250 semanas cotizadas (Art. 157); para retiro, haber cumplido 60 o 65 años, o bien cuando la pensión calculada en el SRCV sea superior en más de 30% al monto de la pensión mínima garantizada, calculada sobre un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal y una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para los beneficiarios (Art. 158). En los tres casos, la reforma de 1995 fue regresiva en derechos, aunque las edades de acceso a las pensiones quedaron iguales que en la LSS de 1973, las semanas cotizadas se elevaron 250%, de 500 a 1,250 (LSS, Arts. 154 y 162, 1995).

El incremento en el número de semanas cotizadas se dio en un escenario de contracción del trabajo formal, de crecimiento de la informalidad y de entradas intermitentes al empleo formal, situación que afectó los derechos adquiridos de las personas trabajadoras. Y dado que el país contaba con bono demográfico, cerró las posibilidades a las generaciones jóvenes de acceder al derecho a las pensiones una vez concluida su vida productiva o por alguna contingencia durante esta. Situación negativa que incide mayormente en las mujeres, en las personas con menores niveles salariales y en las que trabajan en las zonas de bajo desarrollo.

La nueva ley también obligó a que, una vez dada de alta en la Afore cada cuenta individual la persona trabajadora deba contratar, con cargo a los recursos de esta, un Seguro de Sobrevivencia (SS) a favor de sus beneficiarios (Art. 189). Además, para acceder a la pensión del SIV, también debe adquirir, a través de la institución de seguros que elija, un seguro de renta vitalicia (RV) y otro de sobrevivencia (SS). En caso de fallecer, la pensión por viudez, orfandad y ascendencia, según sea el caso, la otorgará la institución de seguros elegida por los beneficiarios, con quien contratarán la renta vitalicia (Arts. 120 y 127). Para el acceso a la pensión de SRT, la exigencia es la misma, aunque el seguro de sobrevivencia se otorga por la institución de seguros que elija la persona trabajadora (Art. 58).

La contratación de los seguros de RV y SS, implicó junto con la privatización del ahorro, introducir el autoaseguramiento —contratar un seguro privado desde la institución pública—. Con ello se dio continuidad al autoaseguramiento ya iniciado en 1992 con el Seguro de Retiro (LSS, Art. 183-Ñ, 1995); convirtiendo al IMSS en una suerte de recaudadora de recursos, para su administración y rentabilidad por el sector financiero privado.

Ahora bien, en el caso en que las personas trabajadoras no acumulen la cantidad necesaria de recursos ahorrados, para poder contratar cualquiera de los dos productos financieros (RV o RP), podrán retirarlos en su totalidad. Asimismo, quienes tengan la edad requerida, pero no reúnan las 1,250 semanas de cotización podrán retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las semanas requeridas para obtener una pensión (LSS, Arts. 154 y 162, 1995).

Cuando las personas cumplan con los requisitos de ley, pero los recursos de su cuenta individual sean insuficientes para alcanzar una pensión, el Estado aportará la diferencia para cubrirla por el tiempo necesario, mediante la figura de la Pensión Mínima Garantizada (PMG) equivalente a un SMGDF (LSS, Arts. 2 y 172, 1995). Estrategia acorde con las directrices del Banco Mundial de que el Estado tienda a una atención asistencialista focalizada con básicos de bienestar social —un ingreso mínimo de supervivencia—; proceso instrumentado desde la propia institución pilar de la seguridad social, cuyo horizonte era la garantía del derecho al bienestar integral desde la cuna a la tumba.

La fuerte oposición a la reforma obligó a que el Instituto administrara las pensiones en dos modalidades. Por un lado, las pensiones en curso de pago —o las que estaban vigentes—, además de las pensiones de quienes optaran por la ley de 1973, siempre y cuando hubiesen estado afiliadas previo a la entrada en vigor de la ley en 1997 y cumplieran con los requisitos de ley; ambas, pagadas por el Estado (LSS, Art. 12° Transitorio, 1995). Y por el otro, las pensiones concernientes a las cuentas individuales obligatorias para las personas afiliadas al IMSS a partir de la entrada en vigor de la LSS el 1 de julio de 1997.

Respecto a las diferencias entre las LSS de 1973 y la de 1995 por tipo de pagador y ramo de aseguramiento ver cuadro III.1.

**CUADRO III.1
COMPARATIVO DE PENSIONES DEL IMSS, LSS 1973 Y 1995**

RÉGIMEN	RAMO DE ASEGURAMIENTO	TIPO DE PENSIÓN	PAGADOR
Ley 1973	RT	Incapacidad permanente y/o parcial	Pensiones en curso de pago por el Estado
	IVCM	Invalidez, cesantía, vejez	
	Muerte	Incapacidad permanente y/o parcial	
		Indemnización global	
Ley 1995	RT	Incapacidad permanente y/o parcial	IMSS. Temporal
		Indemnización global	Afore. Definitiva Estado. PMG
	RCV	Retiro, cesantía, vejez	Afore. Definitiva Estado. PMG
	IV	Invalidez y vida	IMSS. Temporal Afore. Definitiva Estado. PMG
	Muerte	Viudez, orfandad y ascendientes	Afore por seguro de sobrevivencia

Nota. Elaboración propia con base en la LSS 1973 y 1995.

La reforma al IVCM de 1995 constituye la mayor transformación del sistema mexicano de seguridad social en los últimos 30 años, pues privatizó las pensiones reemplazando obligatoriamente al esquema público-solidario de pago intergeneracional —fondo común de reparto— de beneficios definidos, por un esquema de capitalización individual administrado por el sector financiero privado, y con ganancias inciertas. En el primero, las personas trabajadoras en activo pagaban las pensiones de las que estaban en retiro, con beneficios definidos. En el segundo, los cuentahabientes pagan comisiones por la administración de los recursos de sus cuentas individuales y pensiones (Afore y Siefore), por lo que, aunque las contribuciones están definidas los beneficios son inciertos.

El nuevo esquema de pensiones supone un alto costo fiscal de transición, que incluye el pago de las pensiones en curso, la cuota social del nuevo sistema y las pensiones

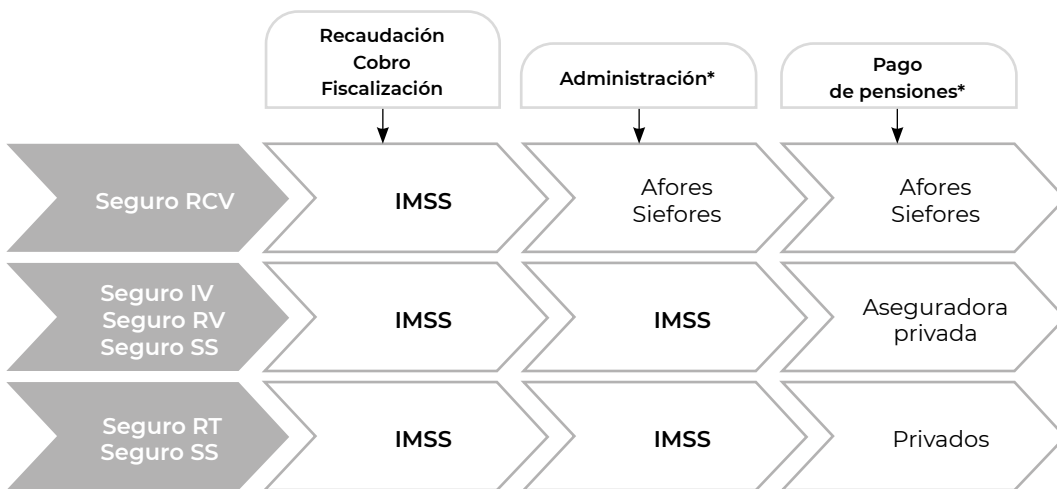
mínimas garantizadas. Se calculó que significaría 0.4% del PIB en los primeros años, pero para 2017 llegó a representar 1.52% del PIB y se espera que alcance 3% en 2035 (Ramírez, 2019).

La privatización del RCV también impactó la concepción y sentido de la seguridad social. La seguridad social tripartita, colectiva y solidaria, de utilidad social, pública y con justicia social —por la que era disminuida la inequitativa distribución de la riqueza entre las personas afiliadas y entre sus familias, y que garantizaba una reserva de medios de vida al concluir la vida productiva— pasó a ser concebida como una seguridad social privada, pensada como medio individual y obligatorio de ahorro para generar riqueza en el sector financiero. También fue acentuada la responsabilidad individual ante los riesgos vitales y sociales poniendo en entredicho la responsabilidad del Estado a través del IMSS.

Además, la privatización introdujo un nuevo concepto de la seguridad social, pensada como una suerte de aseguradora pública de recursos financieros frescos, esta vez utilizables por el gobierno en turno según las condiciones económicas prevaecientes para apuntalar el crecimiento económico, el incremento de la productividad y la competitividad del país en el mercado global o para enfrentar las presiones de la deuda. La reforma no fue pensada con el objeto de mejorar las pensiones y los servicios de salud, toda vez que no incidió en el gasto en salud y tampoco ha puesto a las personas ni en su calidad de pacientes ni como pensionadas en el centro del sistema.

La privatización también significó desincorporar áreas del Instituto, liberalizándolas al mercado, redimensionamiento que ocurrió en paralelo a la separación de funciones en sus adentros. Estas fueron concentrándose, de manera paulatina, en acciones de recaudación y fiscalización de recursos para luego traspasarlos al sector financiero privado (esquema III.3). Proceso que supuso un abierto impulso y estímulo al crecimiento del sector asegurador privado, en paralelo al que experimentaba el sector financiero³⁵, lo que ha desvanecido al IMSS como bien público.

ESQUEMA III.3
SEPARACIÓN Y TRANSFERENCIA DE FUNCIONES ADMINISTRATIVAS Y DE PAGADURÍA DEL IMSS A LOS PRIVADOS



*Con costo para la persona cuentahabiente.
Nota. Elaboración propia con base en LSS, 1995.

El apuntalamiento del Instituto como un organismo público, intermediario, recaudador, fiscalizador y administrador de recursos de los fondos pensionarios para transferirlos al sector financiero derivó de la inicial separación de funciones al interior del IMSS. La cual más tarde propiciaría que el Instituto ofreciera los servicios médicos de manera indirecta a través de su subrogación con los privados.

Otra consecuencia de la transferencia de los fondos pensionarios al sector financiero privado fue la agudización del déficit financiero del Instituto, descapitalizándolo. Los ingresos por concepto del IVCM que ingresaban al Instituto representaban 33% de las cuotas obrero-patronales. Con la entrada en vigor de la ley en 1997, solo ingresaron por el seguro de Invalidez y Vida 23.6% de las cuotas obrero-patronales, reduciéndose en 2000 a 12.3% (IMSS, 2011).

El IMSS despojado de los fondos de pensiones, quedó únicamente limitado a proteger la salud de la población asegurada, aunque el déficit financiero lo obstaculizó a cumplir con sus obligaciones de ley respecto a la prestación integral de servicios médicos con oportunidad, calidad y humanismo.

Los servicios fueron brindados conforme a la precaria disponibilidad financiera del Instituto —racionalidad presupuestal y austeridad—, lo que ha provocado la degradación de la infraestructura médica, su casi nulo crecimiento y obsolescencia, junto a la falta de equipamiento, insumos, medicamentos y recursos humanos, entre otros; imponiendo sobrecargas laborales al personal.

III.2.2. Reestructuración de los esquemas de financiamiento de los ramos de aseguramiento

La individualización de los ramos de aseguramiento fue acompañada de la modificación de sus respectivos esquemas de financiamiento.

Respecto al Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) a partir de la reforma de 1995 las empresas serán las encargadas de calcular sus propias primas, mediante una fórmula actuarial compuesta por una prima mínima —para gastos de administración del seguro—, y el grado de siniestralidad —frecuencia y gravedad de los accidentes y enfermedades de trabajo—. Además, las empresas que realicen acciones preventivas verían reducidas las primas (Art. 82) con el propósito de disminuir sus costos de producción —abaratar la fuerza de trabajo—, con miras a impulsar la productividad y competitividad (LSS, 1995). Lo que supuso subsidiar al empresariado toda vez que las primas habían estado clasificadas y agrupadas en clases de riesgos —peligrosidad de su actividad— (LSS, Arts. 79 y 81, 1973).

La disminución de los recursos financieros de seguros como el de RT, beneficiaron doblemente a las empresas, disminuyendo las aportaciones y delegándoles la facultad del cálculo de las primas (LSS, Art. 72, 1995). Hecho que posibilitó prácticas discrecionales en el registro de los riesgos ocasionados a su personal, así como en la identificación del tipo de riesgo de su actividad. Asimismo, reducir las primas por instrumentar prácticas preventivas implicaría gratificar aquello que es una obligación constitucional; su consecuencia inmediata ha sido el detrimento de la cuantía de las aportaciones y, por ende, de los recursos para atender integral y oportunamente a las personas trabajadoras.

El Seguro de Invalidez y Vida (SIV) registró una reducción en la cuota de personas trabajadoras y patrones respecto al desaparecido IVCM, pasando de 3.75% y 1.5% del Salario Base de Cotización (SBC), respectivamente, a una de 1.75 % y 0.625 %. La disminución del Estado cambió de 20% del total de las cuotas reportadas por los patrones a un porcentaje fijo de 7.143% de las cuotas patronales (LSS, Art. 148, 1995; LSS, Art. 178, 1986, respectivamente) modificaciones que supusieron menguar el financiamiento del ramo.



En lo relativo al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), la reforma de 1995 agravó su desfinanciamiento. Separó el financiamiento de las prestaciones en especie de las de dinero. Estableció una contribución tripartita para el pago de las últimas equivalente a 1% del Salario Base de Cotización —obrero 0.25%, patronal 0.70% y estatal 0.5%— (LSS, Art. 107, 1995). Además, para el pago de los servicios médicos para personas pensionadas estimó una cuota de 1.5% sobre el Salario Base de Cotización, que ha sido insuficiente.

El financiamiento de los servicios en especie del SEM alteró la base de cotización, ahora calculada sobre el SMGDF y no con base en el Salario Base de Cotización (SBC), estableciendo una cuota fija de aportación. Esta dejó de estar calculada con base en el SBC para la patronal, la cual quedó en 13.9% de un SMGDF. Para los asegurados cuyo SBC sea mayor a tres veces el SMGDF se cubrirá, además de la cuota anterior, una cuota adicional patronal de 6% de la cantidad que resulte de la diferencia entre el SBC y tres veces el SMGDF, y una cuota adicional obrera de 2% calculada de la misma forma (LSS, Art. 106, 1995).

La aportación estatal se incrementó sustancialmente de 7.143% sobre el total de las cuotas patronales calculadas sobre el SBC —equivalentes a casi 0.6% del SMGDF—, a 13.9% del SMGDF por persona asegurada, compensando relativamente la baja del financiamiento e introduciendo lentamente la idea de asistencialismo por parte del Estado para la prestación de los servicios de salud públicos (LSS, 1995).

Establecer la cuota única de financiamiento también representó una regresión en términos de distribución del ingreso, dado que desdibujó el principio de solidaridad entre las personas trabajadoras de altos y bajos ingresos; previo a la reforma los mayores salarios eran traducidos en mayores aportaciones. Situación que ocurrió en detrimento de un seguro desfinanciado como el SEM, afectando directamente tanto a la población asegurada y derechohabiente, como al personal que presta los servicios. Circunstancia que ha beneficiado a las grandes empresas, reduciendo los costos de la fuerza laboral, en el supuesto de aumentar su productividad y la generación de empleo (LSS, 1995).

La LSS de 1995 conjuntó en un solo ramo al Seguro de Guarderías y a las Prestaciones Sociales (SGPS) a fin de que compartieran presupuesto (Art. 211). Eliminó la norma cuyo contenido designó al IVCM como fuente del financiamiento de las prestaciones sociales (LSS, Art. 235, 1973). La aportación patronal de 1% del SBC fue dividida en 80% para el Seguro de Guarderías y 20% para el de Prestaciones Sociales —ayuda para gastos de matrimonio, mantenimiento de teatros y centros vacacionales, etcétera— (LSS, Art. 211, 1995). El Seguro de Guarderías vio reducidas sus finanzas, factor que incidió en su deterioro gradual y justificó la proliferación de su subrogación con el sector privado. En el caso de las prestaciones sociales, algunos inmuebles de recreación social fueron desincorporados o concesionados.

III.2.3. Seguros sociales y autoaseguramiento

Tanto el Diagnóstico del IMSS de 1995 como el PRSS 1995-2000 coincidieron en señalar que el monto de las cuotas de la seguridad social desincentivaba la contratación de seguros por parte de las personas no derechohabientes de la seguridad social, argumento que sirvió para justificar la reducción de las cuotas del SEM y crear el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), costado a partir de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Ello, con el propósito supuesto de acrecentar la protección a la población no asegurada (EMLSS, 1995) y como una alternativa para que las personas trabajadoras del campo,

migrantes y quienes desearan contratar un seguro de gastos médicos con el IMSS, pudieran hacerlo a través de convenios con el Instituto, cubriendo una cuota anual que les daría acceso a las prestaciones médicas (LSS, Arts. 235, 236, 240 y 243, 1995).

El SSFAM representa una modalidad de aseguramiento voluntario al Seguro Social a través de un mecanismo, inicialmente de bajo costo como aseguramiento privado en salud dentro de una institución pública. Variedad que cumple con la norma del Banco Mundial de ampliar el acceso a los servicios médicos con “seguros sociales” o forma de acceso “equitativo” a la asistencia clínica, con contención de costos incorporada a los servicios públicos de la seguridad social (Banco Mundial, 1993, p. 7). Bajo esta óptica, la salud es una mercancía de orden individual y privado, adquirible con un prepago anualizado por las familias con capacidad de pago en una institución pública.

A través del SSFAM, el aseguramiento “voluntario” al IMSS promovió un esquema de prepago similar al de los seguros privados, consistente en un contrato entre el Instituto y las personas con capacidad contributiva, las que por no ser asalariadas antes tenían que asistir a los servicios públicos de salud con cargo al Estado o acudir a la medicina privada (LSS, 1995).

Sus implicaciones son varias: naturaliza la noción de la salud como una mercancía, normaliza socialmente la idea de que para acceder a la salud debe hacerse a través de adquirir un seguro privado —ya sea para recibir la atención clínica en una institución pública, de menor costo, o en una privada, más gravosa—. Además, supone un cambio en la concepción del Instituto de su calidad de bien público garante del derecho a la seguridad social y a la salud de manera integral, solidaria y redistributiva, a una empresa aseguradora en salud con funcionamiento de mercado. Esta yace al interior de la institución pública, por lo que comparte su infraestructura y recursos, incluyendo al personal y segmenta la atención entre las personas derechohabientes y las pagadoras de servicios.

Este aseguramiento ocurrió en un escenario de desfinanciamiento del Instituto con deterioro acumulado de los servicios, falta de mantenimiento, de crecimiento de la infraestructura y con aumento en la demanda de servicios.

Esta modalidad voluntaria de Seguro Social, privado dentro del público, entre 1998 y 2000, fue paralela al establecimiento de un marco jurídico por la Secretaría de Hacienda y Crédito público (SHCP), la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y la SSA, por el que se creó a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Opción de aseguramiento prepago privado impulsado con el fin de diversificar la oferta en salud. Además, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros fue reformada en 1999, autorizando a las Administradoras de Salud, operar seguros de accidentes y enfermedades en el ramo de salud, y facultándolas para vender seguros privados o voluntarios (SHCP, 2000).

La SHCP determinó las reglas para operar el ramo de salud a cargo de las ISES a fin de liberalizar la oferta de servicios en materia de seguridad social pública, regular el mercado de la medicina prepago y dotar de un marco jurídico a las personas usuarias para garantizarles certeza y protección con los servicios contratados. Ello, en congruencia con uno de los principios básicos del SNS consistente en garantizar, a través de las ISES, la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas (SHCP, 2000).

Con la reforma a la LSS de 1995 además, fue redefinida la opción de afiliarse voluntariamente al Régimen Ordinario del Seguro Social, en el supuesto de que a



través del SSFAM y la nueva modalidad de aseguramiento voluntario podía ampliarse la cobertura de atención facilitando la incorporación de grupos, individuos o familias sin relación asalariada (LSS, 1995).

El cambio modificó los grupos de aseguramiento sujetos al Régimen Obligatorio: “ejidatarios, colonos, pequeños propietarios, trabajadores en industrias familiares, independientes, profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos, no asalariados, domésticos y patrones personas físicas” (LSS, Art. 13, 1995). También estipuló que los adheridos por decreto en 1973, así como las administraciones obreras y mixtas, únicamente podrían permanecer de manera voluntaria dentro del IMSS, debiendo celebrar un convenio de incorporación al Régimen Obligatorio, por libre elección, asumiendo de manera individual el costo total de cada aseguramiento de prepago anualizado, con acceso a las prestaciones en especie del SEM y a ramos de IV y RCV, pero excluyendo de las prestaciones a su familia (LSS, Arts. 218 y 224, 1995).

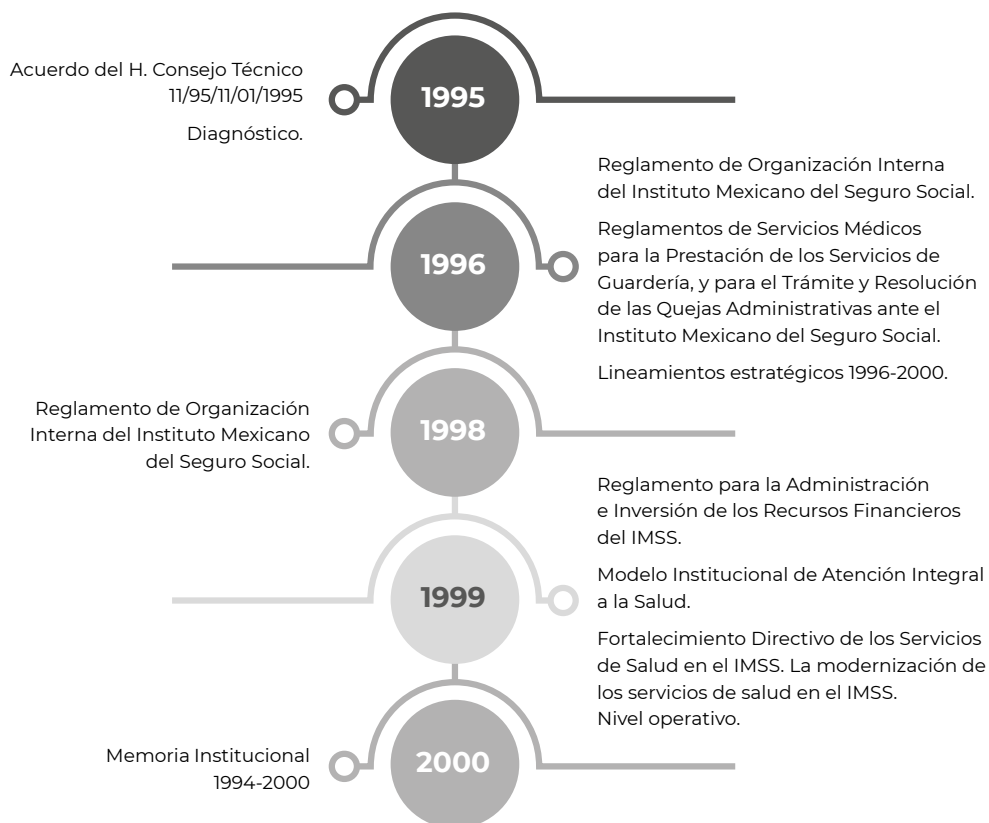
En el caso de las personas trabajadoras carentes de una relación laboral asalariada con un mínimo de 52 semanas cotizadas, podrían continuar voluntariamente en el Régimen Obligatorio, aportando sus contribuciones a los ramos de IV y RCV, con restricción en el acceso al resto de ramos. Para el RCV el contratante asumiría las cuotas obrero-patronales, aportando el Estado la cuota social; para el IV, la persona trabajadora cubriría las cuotas obrero-patronales, y el Estado su contribución de ley (LSS, Art. 218, 1995).

La tendencia de aseguramiento privado desde el IMSS significó avanzar en contra de la integralidad y solidaridad propias a una institución pública emanada de luchas y conquistas sociales. Además, desdibujó de forma gradual la responsabilidad del Estado de proteger y garantizar los derechos individuales y colectivos de las personas trabajadoras ante contingencias y eventualidades propias del ciclo de vida. La consecuencia fue desvanecer del imaginario colectivo la ampliación de los esquemas de seguridad social y debilitar al IMSS como garante de derechos. También supuso avanzar junto con las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada hacia el logro de la mezcla público-privada en el Sistema Nacional de Salud (Soberón, 2001).

III.3. NUEVA ERA DEL IMSS

La mayor parte de las modificaciones respecto a la privatización de las pensiones quedó plasmada en la LSS de 1995 y, en paralelo, fueron profundizados los cambios a la estructura, organización y funcionamiento del Instituto, también de orden orgánico, propiciando la reorganización de los servicios médicos en continuidad con la modernización mercantil del IMSS. Estos cambios fueron soportados desde una regulación normativa secundaria: reglamentos, normas y Acuerdos del HCT (figura III.1), que fueron reconocidos como la Nueva Era del IMSS.

FIGURA III.1
DOCUMENTOS INSTITUCIONALES DEL IMSS, 1995-2000



Nota. Elaboración propia.

Entre las transformaciones más significativas destacan: 1) Desconcentración funcional —separación de funciones de rectoría, administración-financiamiento y prestación de servicios—; 2) Cultura gerencial por la calidad; 3) Fiscalización; 4) Subrogación de servicios; y, a partir de las anteriores, como consecuencia de todas ellas, y 5) Constitución de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) y las bases de la intersectorialidad de servicios médicos.

La reforma estructural a la LSS de 1995 caminó de la mano con la profundización de la modernización del Instituto, dando primacía al razonamiento economicista sobre el de la garantía del bienestar, iniciada en la década de 1980 y por la que fueron establecidas las condiciones para operar al Instituto como una empresa público-mercantil, aseguradora de recursos financieros, pilar del mercado intersectorial de servicios de salud, también en ciernes. Componentes esenciales del SNS para competir a futuro con el sector privado de salud.

Este periodo de modernización (1994-2000) fue adjetivado como la Nueva Era del IMSS (IMSS, 1995a, p. 2), justificado con el argumento que el Instituto, en su calidad de monopolio de Estado, centralizaba decisiones, era rígido e ineficiente en

su funcionamiento y organización y débil financieramente para hacer frente a sus obligaciones futuras. Para lo cual, la Nueva Era del IMSS significaba profundizar su liberalización al mercado, alterándolo como bien público.

El propósito fue desregularlo y flexibilizarlo para hacerlo eficiente, eficaz, productivo, competitivo y autofinanciable; consiguiéndolo vía: transferir facultades y funciones entre niveles, así como evitando la concentración de la autoridad; reorganizar los servicios médicos, sociales y administrativos bajo un esquema mercantil de competencia; promover la prestación de servicios privados con financiamiento público; impulsar la participación de privados en la provisión de los servicios —pensiones, guarderías y servicios médicos—; fomentar el autoaseguramiento vía el prepago —seguros sociales—; aplicar técnicas empresariales para contener costos, y aumentar la eficiencia e introducir la cultura de la calidad de mercado. Estos fueron los objetivos por los que la Propuesta Obrero-Empresarial de Alianza para el Fortalecimiento y Modernización de la Seguridad Social de 1995, dictó fortalecer y sanear las finanzas del IMSS, garantizando su viabilidad financiera y adecuando los esquemas de organización y funcionamiento de la atención médica a un nuevo modelo institucional de atención integral de salud con un programa completo de reorganización administrativa que lo modernizaría (IMSS, 1999a).

Además, el Instituto emitió el documento Lineamientos Estratégicos 1996-2000 (IMSS, 1996a) para ordenar acciones generales para su modernización, soportadas en la orientación de la reforma a la LSS de 1995. Abarcaron incidir en la eficiencia operativa y mejoramiento de los servicios —productividad hospitalaria, promoción de la salud, prevención, contención de costos y extensión del servicio de guarderías—; apuntalar el financiamiento de los ramos de aseguramiento, la creación de la cuenta individual de pensiones, la constitución de Afore-IMSS y la fiscalización; además de modernizar al Instituto con un nuevo modelo de Medicina Familiar —regionalización, desconcentración, autonomía de gestión, modernización de los procesos de afiliación, cobranza y diseño—.

Estas normas eran afines a las del PND, del PRSS y del Promap emitidas por la administración zedillista. De acuerdo con estas normas, la modernización del IMSS, constitutiva del progreso de la ortodoxia neoliberal, consolidaría el redimensionamiento y liberalización del Instituto como monopolio estatal de bienestar y de salud, coadyuvando, tanto a la retracción del Estado como a incentivar el crecimiento del sector privado.

Modernizar las instituciones públicas implicaba buscar la eficiencia financiera, subvencionar públicamente a sectores privados y sociales, definir a la salud como un asunto privado e individual, medir la eficiencia y eficacia institucional desde una lógica costo-beneficio, impulsar la competencia entre proveedores públicos y privados, perseguir la calidad y eficiencia de los servicios públicos, descentralizar y desconcentrar, incentivar el desempeño y capacitación, separar las funciones al interior de las instituciones y entre ellas, estimular los seguros sociales —lógica privada—, reorientar el gasto reformando los sistemas de seguridad social y de salud y, reglamentar los seguros médicos privados (PRSS, 1996; Banco Mundial, 1993, pp. 5-7 y 129-133).

Lo particular a la Nueva Era del IMSS, o su formal modernización mercantilista fue legalizar, legitimar y reglamentar los trazos y cambios iniciados en la década de 1980 para profundizarlos, ya que fueron pensados como procesos de largo plazo. Por ello, las estrategias modernizadoras precedieron a la reforma estructural de 1995, generando las condiciones para posibilitarla y, con tintes diversos, continuaron en la óptica de ahondar la mercantilización del Instituto.

En el periodo de 1994 a 2000, las estrategias instrumentadas tuvieron el claro propósito de favorecer un funcionamiento de mercado al interior del Instituto. Para

ello debía consolidarse la desconcentración y separar las funciones entre rectoría, administración y provisión de servicios. Con ello, serían generadas las condiciones para constituir un mercado de servicios escalonados de salud a nivel territorial; justificado con el argumento de lograr eficiencia, reducción de costos y racionalización de recursos, y que implicaba impulsar la autogestión de las estructuras organizativas y un funcionamiento gerencial empresarial.

La Nueva Era del IMSS profundizó algunas estrategias: racionalización presupuestal, funcionamiento eficiente y productivo, simplificación administrativa, enfoque gerencial, contención de costos, competitividad y desconcentración administrativa y de servicios, planeación estratégica y calidad total. De igual forma, añadió: la desconcentración funcional —separación de funciones—, el énfasis fiscalizador del Instituto, la autonomía de gestión, la calidad —racionalidad económica—, el Expediente Clínico Electrónico, el lenguaje mercantil, la subrogación, la reorientación mercantil de las prestaciones sociales, seguros sociales, el fortalecimiento del primer nivel en servicios médicos y la prevención en salud. Estrategias que continuaron implementándose hasta 2018, mismas que se reconocieron como componentes de la Nueva Gestión Pública, cuyos alcances estuvieron condicionados por su imbricación a la aún prevalecte cultura organizacional burocrática —jerárquico-autoritaria—.

El cuadro III.2 muestra las estrategias modernizadoras de la APF y las de salud para reorganizar la seguridad social como entidad paraestatal y su correlato con las instrumentadas por el IMSS en su modernización mercantil.

CUADRO III.2
LÓGICAS MERCANTILES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (IMSS) COMO ENTIDAD PARAESTATAL

PRSS, 1995-2000	PROMAP, 1995-2000	NUEVA ERA DEL IMSS, 1995
Sistema Nacional de Salud, competencia de prestadores de servicios público-privada	Modernización	Desconcentración funcional
Ampliación de cobertura y servicios eficientes y de calidad	Descentralización	Reestructuración institucional Separación de funciones Carácter fiscalizador Autonomía de gestión
SEGURIDAD SOCIAL REFORMAS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD		
Contención de costos	Contención de costos	Eficiencia financiera (disciplina)
Estrategias de eficiencia y calidad	Calidad	Calidad
Criterios costo-efectivos en adquisiciones de infraestructura, medicamentos e insumos		Administración gerencial
Incremento de la productividad con escasez de recursos	Planeación estratégica	Expediente electrónico
Lógica mercantil en la programación, presupuestación y evaluación	Orientación a la demanda	Lenguaje mercantil
Formación gerencial para los altos mandos y capacitación técnica para el personal operativo	Maximización de ganancias / productividad	Subrogación

CUADRO III.2
(CONTINUACIÓN)

SEGURIDAD SOCIAL REFORMAS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD		
PRSS, 1995-2000	PROMAP, 1995-2000	NUEVA ERA DEL IMSS, 1995
Enfoque preventivo sobre el curativo en atención médica	Reingeniería de procesos	Reorientación de las prestaciones sociales
Fomentar la libre elección	Instrumentos y técnicas empresariales del ámbito privado (gerencialismo)	Aseguramiento con seguros sociales
Reglamentar seguros médicos privados	Enfoque al cliente	Fortalecimiento del primer nivel de servicios médicos
		Prevención en salud

Nota. Elaboración propia con base en PRSS, 1996; Promap, 1996 y LSS, 1995.

III.3.1. Segunda ola de desconcentración del Instituto, reestructuración y separación de funciones de rectoría, administración y prestación de servicios

El fortalecimiento del proceso de desconcentración fue un propósito central de la modernización en este periodo. En diciembre de 1994, la LSS fue modificada para dar continuidad a la desconcentración impulsada en 1984. Esta vez implicó el rearmado y reestructuración funcional del Instituto, e involucró su redimensionamiento y la separación de facultades y funciones. Esta segunda ola estuvo caracterizada por desconcentrarlo funcionalmente, ya habiendo sido transferidas con anterioridad las facultades administrativas a los órganos dependientes en territorio.

La desconcentración funcional consistió en trasladar funciones del Nivel Central al Nivel Intermedio —Direcciones Regionales y Consejos Consultivos Regionales—, reconociendo en este nivel potestades de autoorganización y actuación política y administrativa, con formas autogestivas —costo-eficientes— de toma de decisiones. Nivel pensado con vigencia transitoria, que traspasaría las funciones operativas a un nivel de gobierno institucional de menor rango: las Delegaciones ubicadas en el Nivel Local con las Subdelegaciones, Oficinas de Cobro y unidades médicas. En conjunto operarían la prestación de los servicios médicos y administrativos, respectivamente, y definirían las necesidades locales acercándolas a las decisiones de la autoridad intermedia y central del Instituto.

El Nivel Central conservaría las funciones relativas a la rectoría y manejo financiero; al Nivel Intermedio, con autonomía de gestión costo-eficiente, corresponderían las administrativas, la adquisición, la asignación de recursos, la supervisión y la vigilancia, y al Nivel Local, concernirían las funciones relativas a la prestación de los servicios médicos, sociales y administrativos.

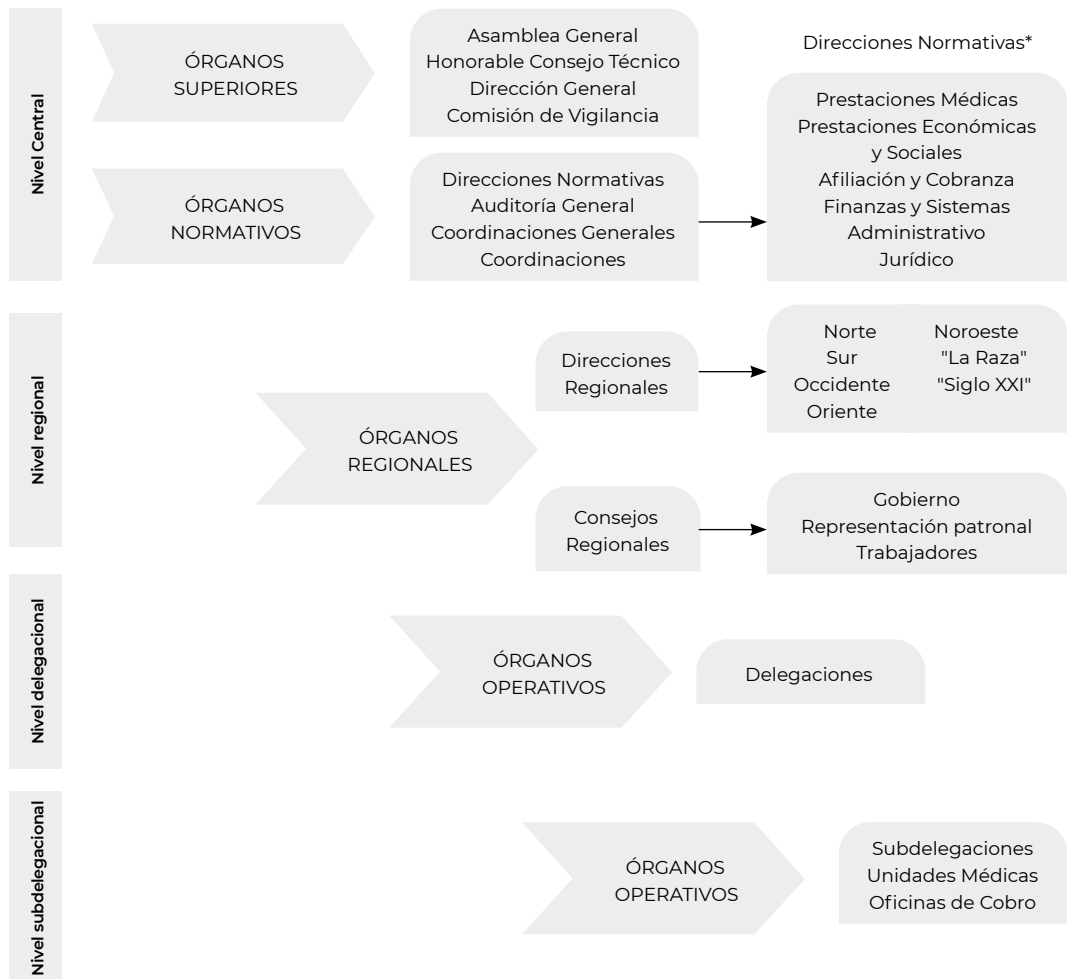
Separación de funciones

En la Exposición de Motivos de la reforma a la LSS de diciembre de 1994 quedó establecida la ruta para desconcentrar al IMSS, separando las funciones institucionales, a partir de distinguir las normativas de las operativas.

Con la reforma a la LSS, el HCT quedó facultado para establecer o suprimir órganos (LSS, Art. 253 F. III, 1994), por lo cual luego estableció por acuerdo, en 1995, la creación y operación de Órganos Regionales con funciones propias, es decir, las Direcciones Regionales y los Consejos Consultivos Regionales. La finalidad de estos era fungir como intermediarios entre el Nivel Central y el Delegacional denominándolas instancias intermedias, mismas que refrendarían la separación de funciones entre niveles (PRSS, 1996; LSS, 1994).

Esta segunda ola de desconcentración supuso cambios a la LSS y al Reglamento, además de particulares acuerdos del HCT para propiciar la reorganización administrativa. A partir suyo quedaron definidos cuatro niveles de operación: central, regional, delegacional y subdelegacional (LSS, Art. 258-A-E, 1994; IMSS, 1995b; IMSS, 1996b). Niveles que se ilustran en el esquema III.4.

**ESQUEMA III.4
DESCONCENTRACIÓN EN EL INSTITUTO POR NIVELES DE COMPETENCIA**



Nota. Elaboración propia con base en la LSS, 1994; IMSS, 1995b; IMSS, 1996a; IMSS, 1996b; ROIIMSS, 1998a; IMSS, 1998a.

Al Nivel Central correspondieron las funciones normativas, de asignación presupuestal, vigilancia y evaluación de las Direcciones Regionales (ROIIMSS, Art. 1, 1996b). La reorganización subrayó el papel rector del Órgano de Gobierno, representado por el HCT del IMSS, y atribuyó a las Direcciones Normativas la atención de los asuntos de su competencia en acuerdo con las Coordinaciones y Divisiones, así como entre los mismos órganos normativos y con los regionales y operativos (ROIIMSS, Arts. 16-22, 1996b; IMSS, 1995b).

El Nivel Regional fungió como intermediario entre la autoridad central y la local. Las Direcciones Regionales fueron definidas como órganos de mando, representantes regionales del IMSS y autoridades de las Delegaciones. Destacan entre sus facultades: dirigir y coordinar directamente a las Delegaciones de su región, y asignarles el presupuesto, supervisando y vigilando su operación institucional, a partir de indicadores de desempeño y de eficiencia (IMSS, 1995b; IMSS, 1996a; ROIIMSS, Arts. 113 y 114, 1998a).

Cada Dirección Regional contó con su propio Consejo Consultivo, integrado tripartitamente, con facultades para vigilar, supervisar y resolver el funcionamiento de los servicios en su región; autorizar la celebración de convenios sobre adeudos y facilidades de pago de las cuotas obrero-patronales; y cancelar créditos de personas no derechohabientes por recibir servicios médicos y farmacéuticos otorgados por el IMSS (LSS, Art. 257 Bis, 1994; ROIIMSS, Art. 93, 1996b).

Las Direcciones y Consejos Regionales buscaron contener costos, vía limitar la presencia y funciones operativas del Nivel Central. Debían acatar las directrices centrales y, como autoridad directa, hacerlas cumplir por las Delegaciones. Les fueron transferidas las adquisiciones de competencia regional, para fortalecer el proceso de desconcentración de recursos financieros, quedando facultados los Consejos para supervisar y vigilar que cumplieran con los requisitos de la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas (ROIIMSS, Art. 93 F. IX, 1998a; IMSS, 2000a).

Las Delegaciones con autonomía de gestión, fueron designadas como responsables de la operación de los servicios institucionales en su ámbito geográfico, delimitado por región. Contaron con facultades para coordinar a las Subdelegaciones y unidades médicas que las conformaban, y para proporcionarles el presupuesto y los recursos necesarios para el cumplimiento eficiente de las metas de trabajo (ROIIMSS, Art. 33, 1996b); y para realizar labores administrativas, crear programas —según las necesidades locales—, y supervisar y evaluar a las unidades a su cargo. A su vez, las Delegaciones transfirieron funciones operativas a las Subdelegaciones y a las unidades médicas.

El Nivel Subdelegacional quedó integrado por las Subdelegaciones, unidades médicas y Oficinas de Cobro. Las primeras fueron limitadas a funciones relativas a la afiliación y cobranza; el otorgamiento de prestaciones sociales y realización de trámites, dejando de tener a su cargo los hospitales y las unidades médicas de su zona. Además, contaron con autonomía de gestión para operar los servicios administrativos y financieros —ya reordenados—, desconcentrando funciones de contraloría, tesorería e informática hacia las unidades médicas y Oficinas de Cobro. Las segundas desempeñaron funciones de recaudación, cobro y fiscalización, con facultades para aplicar el procedimiento del Código Fiscal y cobrar créditos a favor del IMSS (IMSS, 1996a; IMSS, 2000a).

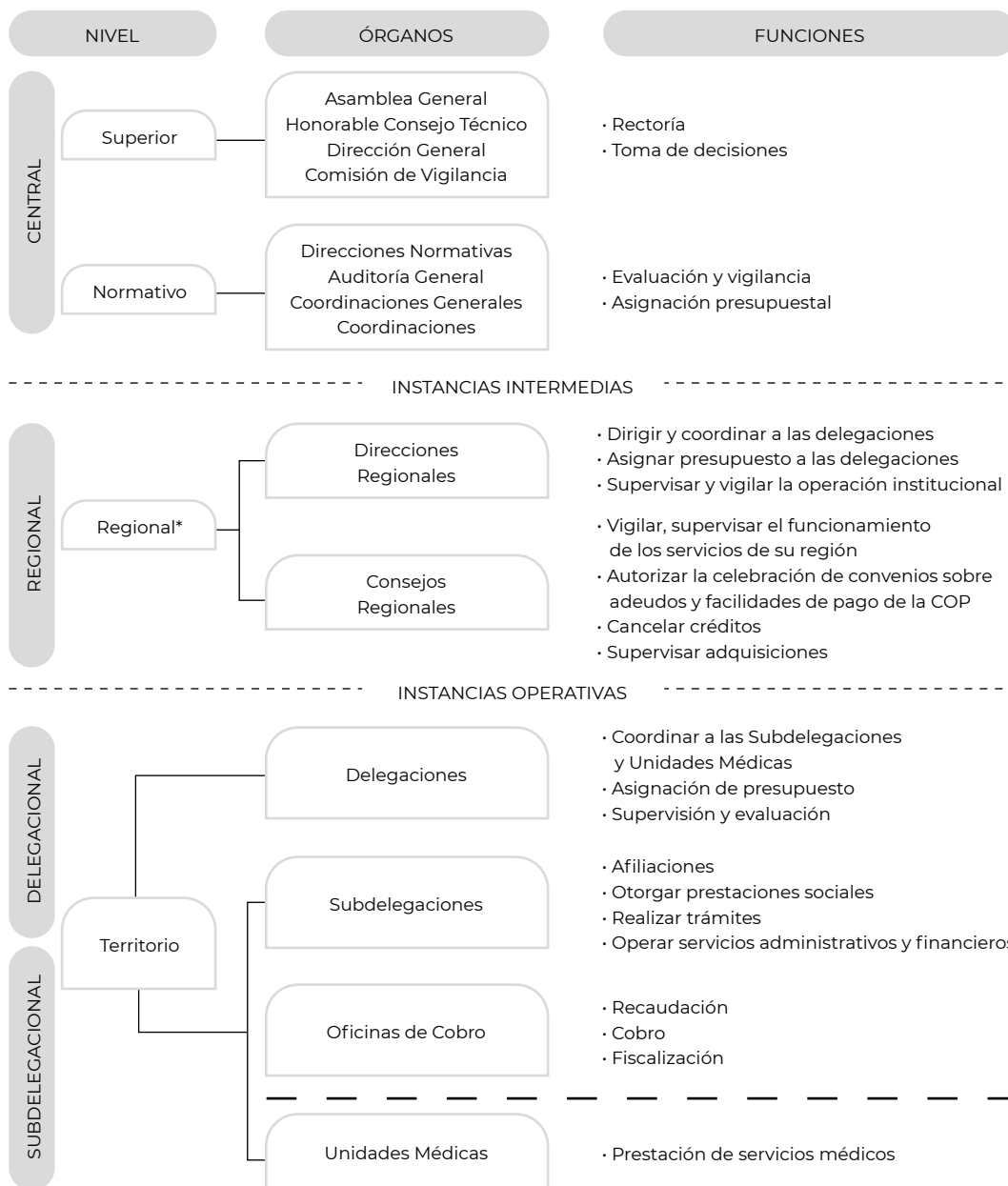
Las unidades médicas estuvieron integradas escalonadamente por Unidades de Medicina Familiar en el primer nivel (UMF); Hospitales Regionales (HR), de Zona (HZ) y Subzona (HS) en el segundo nivel, y Centros Médicos y Hospitales de Especialidad, en el tercer nivel (IMSS, 2000a).

La desconcentración incorporó programas que fortalecieron la autonomía de gestión y el aprovechamiento de la capacidad resolutoria conferida a las Direcciones Regionales, Delegaciones, Subdelegaciones y unidades médicas; objetivos por los que fue implantado el Plan Multianual para la Modernización Informática del IMSS 1996-2000. Incluyó el rediseño del Sistema de Personal para aumentar la eficiencia de los procesos desconcentrados; el de abasto total, para incrementar la productividad y eficiencia del suministro de medicamentos; el de pensiones, para una mayor eficiencia administrativa y control; el de la plataforma del Programa de Medicina Familiar Siglo XXI, para implantar el nuevo modelo de Medicina Familiar; y el de agilización y control de trámites, para aumentar la calidad, eficiencia y capacidad resolutoria (IMSS, 2000a).

Esta segunda ola de desconcentración funcional del IMSS, sumada a la administrativa iniciada desde el sexenio del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, destaca por sentar las bases para la separación de las funciones del Instituto entre rectoría, financiamiento, administración y prestación de servicios (esquema III.5). Proceso de largo plazo precisado y ahondando en todo el periodo neoliberal, en la mira de constituir un mercado intersectorial de servicios de salud que compitiera al interior del SNS. Pero que en el periodo de 1994 a 2000, fue operada principalmente para asentar la estructura, organización y funcionamiento de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), analizadas en el subcapítulo III.4.³⁶



ESQUEMA III.5 DESCONCENTRACIÓN FUNCIONAL EN EL IMSS POR NIVELES DE COMPETENCIA



*Órganos transitorios territoriales en la desconcentración funcional, con funciones de intermediación entre las Direcciones del Nivel Central y las necesidades a nivel territorial.

Nota. Elaboración propia con base en la LSS, 1994; IMSS, 1996a y b; ROIIMSS, 1998a; IMSS, 1999a; IMSS, 2000a.

III.3.2. Cultura gerencial, calidad y premio al mérito

En el IMSS, la calidad continuó siendo uno de los principales objetivos y estrategias modernizadoras de mercado, sumado a la desconcentración. La calidad introducida desde 1980, buscó organizar y hacer funcionar al Instituto desde una lógica de eficiencia gerencial empresarial de calidad y calidez. Ahora, estuvo centrada en su componente técnico —razonamiento económico de costo-beneficio—, obviando o desestimando la atención del factor interpersonal —calidez/humanismo—.

A partir de la reforma a la LSS de diciembre de 1995 fue formalizado legalmente que todo el personal del IMSS debiera alcanzar la excelencia y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a las personas derechohabientes (LSS, Art. 303, 1995). Objetivos por los que en 1997 fue creada la Unidad de Organización y Calidad, para ser promovida, en 1998, a rango de Dirección Normativa con el nombre de Dirección de Organización y Calidad (ROIIMSS, Art. 73, 1998a). Sus facultades fueron regular, conducir, capacitar, administrar, diseñar y operar lo concerniente a la organización institucional, con base en la mejora de procesos, satisfacción de la persona usuaria, la operación de un sistema de seguimiento y evaluación con indicadores de desempeño y eficiencia.

A esta Dirección le fue encomendado conducir el Plan Institucional de Calidad 1998-2000 (PIC), que marcó la ruta técnica para fomentar la cultura de la calidad en el IMSS, y por la que serían reorganizados la administración y los recursos humanos. La nueva cultura laboral del Instituto debía centrarse en valores mercantiles de calidad —costo-beneficio—, satisfacción de la persona usuaria, optimización de procesos estratégicos, fomento al liderazgo y competitividad.

La cultura por la calidad introdujo en el Instituto una concepción y un relato gerencial-empresarial desde el que debía ser administrado el Instituto, propios a la empresa privada, y por los que fueron introducidos variadas normas y mecanismos de estímulo y recompensa; cultura instrumentada en el Instituto corresponsablemente entre autoridades y el SNTSS, con la que paulatinamente fueron alterados los propósitos esenciales del Instituto como bien público, propiciando su tránsito de garante público del derecho social a la seguridad social, al de satisfactor de las personas usuarias (Lara, 2002).

Cultura gerencial

En coherencia con lo anterior, las estrategias de capacitación del personal de los niveles directivos —profesionalización— estuvieron vinculadas al emprendimiento individual o desarrollo de su capacidad gerencial, elevación del potencial resolutivo de las unidades médicas, incremento de la eficiencia en la asignación de recursos, contención de costos, aumento de la efectividad en las acciones y mejora en la calidad y capacidad de gestión del personal.

Con la capacidad y desarrollo gerencial de los servidores públicos en áreas administrativas y médicas era perseguida la formación en el corto y largo plazos de líderes en las jefaturas de las áreas de los servicios desconcentrados. Mismos que adquirirían las habilidades para operarlos con autogestión, desempeño eficiente, productividad —en escasez de recursos/ahorros— y posibilidades de competencia. Ello suponía que desarrollaran competencias para establecer prioridades costo-eficientes, gestionar o liderar al personal y pensar los servicios públicos como empresas mercantiles; requisitos necesarios para consolidar la autonomía de gestión de las estructuras institucionales desconcentradas y, con ella, consolidar la separación de funciones.

Esta forma de profesionalización correspondía a la orientación dictada por el subprograma Dignificación, Profesionalización y Ética del Servidor Público del Promap



1995-2000, dirigido a impulsar una cultura de servicio de superación y reconocimiento del individuo, que concretara la autonomía de gestión y el aprovechamiento eficiente y eficaz de los escasos recursos en la función pública. La capacitación en técnicas de administración gerencial del personal directivo fue realizada en todos los niveles del Instituto y, en especial, en el encargado de conducir las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, como será detallado más adelante.

Calidad

El Plan Institucional de Calidad (PIC) 1998-2000 también tuvo como propósito mejorar la calidad en la prestación de cinco servicios estratégicos: consulta de Medicina Familiar, consulta de Especialidades, servicios de Urgencias, servicio de Cirugía y surtimiento de Recetas en Farmacias. Ello requería cambiar la forma de concebir y ofrecer los servicios, aplicar criterios lógicos y herramientas de calidad en la resolución de problemas, generalizar una cultura de medición por indicadores y estándares de productividad, eficacia, eficiencia y calidad; implantar sistemas informáticos para el funcionamiento, y fortalecer la evaluación y la rendición de cuentas (Lara, 2002).

Las premisas del Plan Institucional de Calidad normalizaron el funcionamiento de mercado en la dinámica institucional, a partir de pautas que de suyo pueden ser ventajosas para hacer eficientes a las instituciones públicas: austeridad, disciplina fiscal, productividad, estímulos al desempeño, cumplimiento de metas, indicadores, así como evaluación de calidad y resultados. No obstante, la orientación de estas y la forma de su instrumentación respondieron a propósitos de orden gerencial empresarial y no públicos (ROIIMSS, Arts. 71, 72, 73, 76, 77, 78, 81, 84, 85, 113, 114, 143 y 150, 1998a). Estas penetraron la cultura organizacional y laboral del Instituto y, gradualmente, fueron sustituyendo sus valores de institución garante del bienestar para convertirla paulatinamente en una empresa público-mercantil. Sus nuevos objetivos de rentabilidad y autosuficiencia financiera, como fines en sí mismos, desdibujaron el horizonte de la garantía del bienestar como prioridad del Instituto.

Los procesos sustantivos del IMSS fueron apegados a esa lógica con la colaboración de las autoridades centrales, regionales, delegacionales médicas, administrativas y sindicales. Fueron conformados 37 equipos integrados por directivos del Instituto y representantes del SNTSS, quienes formularon, a su vez, 37 planes respectivos en las Delegaciones (IMSS, 2000; Lara, 2002).

Este proceder fue afianzado en 1999 por la Comisión Ejecutiva Institucional, que aprobó la instauración de un mecanismo denominado Premio IMSS de Calidad, cuya finalidad fue medir los avances, la productividad y el desempeño; incentivar la competitividad y la gestión de calidad en unidades médicas, sociales y administrativas; así como la práctica de los recursos humanos —personal médico y administrativo— permeó entre el personal gratificándolo con reconocimiento y estímulos económicos.

La habilitación y la normalización de la lógica gerencial en el personal fueron promovidas con incentivos al desempeño individual y meritocrático (estímulo-recompensa). El cumplimiento de metas sería reconocido con técnicas de medición y evaluación, compensándolo económicamente y con buena reputación. El desempeño así quedó asociado a estímulos afectivos y económicos individuales o recompensas, a cambio de validar todo tipo de restricciones a la garantía efectiva y oportuna de las prestaciones concernientes al derecho a la seguridad social.

Por su vínculo con la constitución de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) destaca, en este proceso mercantil-economicista, la instrumentación de

estrategias de dignificación y profesionalización del desempeño del personal médico de las UMF, cuyos méritos individuales también fueron enlazados a esquemas de estímulos económicos —pago por productividad—, proceso ligado, a su vez, a incentivar la libertad de elección de la persona derechohabiente y usuaria del personal médico tratante, según sus preferencias y necesidades, y que también implicaría acicatear la competencia entre el personal de salud por mayores estímulos económicos y afectivos (IMSS, 1995a; PRSS, 1996; SHCP, 2000).

El pago por mérito inició la sustitución del compromiso ético del personal del Instituto respecto a la garantía del derecho social a la salud y a la seguridad social, como un bien público. Los incentivos económicos, en un escenario de desfinanciamiento y deterioro de los servicios, consecuente con el propósito de dismantelar la seguridad social, cambiaron los valores del personal y la cultura organizacional. En el discurso fue justificado como solución a la falta de motivación del personal en el desempeño de sus funciones, pero en los hechos constituyó la moneda de cambio para incorporar al conjunto del personal a la Nueva Era del IMSS con funcionamiento, narrativa y cultura organizacional propias al mercado.

III.3.3. Fiscalización y cambio de funciones

La Ley del Seguro Social de 1995 dio continuidad a la reforma de 1993 en el sentido de reforzar las facultades fiscales del IMSS. Proceso que respondió, quizá, tanto al desfinanciamiento y desmembramiento sufrido por el Instituto, provocados, primero, por el comportamiento errático de los factores de orden económico estructural, y luego, por la descapitalización derivada de la privatización obligada del ahorro de las personas trabajadoras —individualización y capitalización del RCV— y su transferencia al sector financiero privado.

Abonando al objetivo financista del Instituto, formalizado con la reforma a la LSS de 1995; el Instituto pasó a ser autoconcebido como organismo fiscal autónomo, además de que estableció el marco legal de actuación frente a las acciones y omisiones patronales —no enterar las cuotas o falsear datos—; equiparando a estos últimos como delitos de defraudación fiscal, sancionables por el Código Fiscal de la Federación (Arts. 5, 304 y 305). Ello fortaleció el carácter fiscalizador del IMSS, iniciando un largo camino, al menos normativo, para hacer eficiente la recaudación y fiscalización. Convirtiendo estos fines en ejes torales del Instituto en detrimento de priorizar el cumplimiento de sus obligaciones de ley de garantizar la prestación de los servicios con oportunidad, calidad y humanismo.

Estos cambios alteraron las funciones del IMSS, centrándolas cada vez más en las de escrutador del recaudo de las aportaciones obrero-patronales y en las de intermediario e impulsor del sector financiero privado, vía las Afores —recaudo, cálculo y vigilancia del traspaso de los recursos del ahorro de las personas trabajadoras por concepto de los seguros de RCV e IV, cuando concierne—. A la vez, dejó de asumir funciones relativas a la administración de las prestaciones económicas de los seguros de Invalidez, Vida y Retiro, que transfirió a manos de las instituciones de crédito y/o Siefores.

Los propósitos recaudatorio y fiscalizador fueron justificados discursivamente en el objetivo de ayudar a incrementar los recursos para financiar las prestaciones económicas y los servicios médicos, ahora tendencialmente orientados por la demanda y no por la oferta, a través de la operación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD); validando con ello la separación de funciones del Instituto —desconcentración funcional— entre el Nivel Central, el Intermedio y el Territorial.



En dicho propósito y para hacer más eficiente la recaudación de recursos, fueron modernizadas las Subdelegaciones y en ellas, los procesos de afiliación y cobranza. Sus facultades recaudatorias fueron precisadas y ampliadas, simplificaron los trámites, mejoraron los espacios físicos, recibieron equipo de cómputo, automatizaron los procesos, y redujeron las prácticas ilícitas o fraudulentas (IMSS, 2000). De igual forma, les fue conferido un nuevo sistema de recaudación informático denominado Sistema Único de Autodeterminación (SUA) (IMSS, 2000).

Acorde a la desconcentración funcional del Instituto, las Subdelegaciones dejaron de realizar trámites administrativos de acceso a la prestación de los servicios médicos —vigencia de derechos, rectificación de datos, incapacidades, entre otras—, transfiriéndolos a las Unidades de Medicina Familiar.

III.3.4. Subrogación

Otra estrategia modernizadora implementada en el periodo de 1994 a 2000 fue la subcontratación de terceros para la provisión de servicios médicos por medio de la figura jurídica de la subrogación.

Este proceder fue pautado en la década de 1980 en el PND 1983-1988 y en el PNMEP 1990, y propuesto de manera explícita por el Banco Mundial en 1993. Como ha sido señalado, la subrogación consiste en que una empresa privada produzca el servicio de salud que le es demandado al IMSS por parte de la población asegurada y derechohabiente, a través de la firma de un contrato público, en el que son explicitados los servicios solicitados y sus costos, además de asentarse que compete al Instituto la inspección de la provisión del servicio y que este hará el pago al contratista por los servicios prestados.

A través de esta estrategia son transferidas onerosas cantidades de recursos financieros públicos a manos de privados para cumplir con las obligaciones de ley del IMSS. Hecho que, en un escenario de desfinanciamiento del Instituto, junto con la falta de inversión en nueva infraestructura, equipo y recursos humanos; de deterioro de servicios; de falta de personal médico y de presión en la demanda, también supone desincorporar del Instituto las funciones de prestación directa de los servicios. Constituye un ejemplo de liberalización de las áreas públicas y de regular en favor del libre mercado, es decir, ha sido un recurso de privatización del Instituto, por el que se le ha redimensionado, retrayéndolo en crecimiento y en su obligación de ley de prestar directamente los servicios.

Entre 1996 y 1998, la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) elaboró un diagnóstico situacional de la subrogación de servicios parciales de atención a la salud; incluyó información sobre las unidades médicas, servicios parciales, datos de proveedores, precios unitarios por servicio, acciones de salud subrogadas, entre otras (IMSS, 2000). Con la información elaboró el Catálogo Institucional de Proveedores de Servicios Subrogados Parciales y el proyecto de Reglamento para la Subrogación de Servicios Parciales (IMSS, 2000), aprobado por el HCT, e incluyó la subrogación de servicios de hospitalización (ROIIMSS, Arts. 9 y 57, 1996b)³⁷.

De los datos de 1998 destaca la realización de 2'388,361 eventos de subrogación por un monto de 192'651,790 pesos. De entre ellos, los tres principales servicios fueron: laboratorio clínico, auxiliares de tratamiento y consulta de Medicina Familiar. Cifra que representó un incremento anual de 30% del presupuesto destinado a servicios médicos respecto del ejercicio anterior. Esto justificado por la ausencia del servicio, falta de personal y de equipo, entre otros (IMSS, 2000a, pp. 56-58).

La reforma a la LSS de 1995 también desreguló la prestación directa por el IMSS de las guarderías y dio pie a la participación del sector privado mediante la creación del esquema de Guardería Vecinal Comunitaria, cuyo propósito fue aprovechar la infraestructura de guarderías privadas existentes en el mercado para contener costos, evitando gastos de adquisición y el mantenimiento de los inmuebles. Modelo que representó “una ruta de abierto retiro del Instituto en la prestación directa” (Leal, 2010, p. 148).

El Instituto operaba este ramo a través de tres esquemas: Madres IMSS —trabajadoras del Instituto—, Ordinario —trabajadoras aseguradas— y Participativo —pagos a asociaciones civiles sin fines de lucro—. Este último sirvió de base para determinar los requisitos del esquema Vecinal Comunitario, para su operación con guarderías administradas por terceros, mediante convenios de subrogación y reversión de cuotas (Pomar, 2004).

La guardería subrogada debía determinar las reglas y forma de organización y administración internas para brindar los servicios de Nutrición, Pedagogía y fomento a la salud. La selección, contratación y capacitación era responsabilidad del oferente y su funcionamiento debía ser eficiente en términos de recursos humanos, materiales y financieros (Pomar, 2004).

Concesiones

La Nueva Era del IMSS también incluyó el redimensionamiento de las prestaciones sociales, vía su concesión, con dos propósitos: contener los costos y hacerlas autofinanciables; o bien transferirlas al sector privado —desincorporándolas del Instituto—. Para ello fue aprobado en 1997 por el HCT el Programa de Enajenación de Inmuebles sin Uso Institucional del IMSS (AHCT489/97/8/10/1997a). En este año la Dirección Jurídica del IMSS estableció el título de concesión como la figura legal idónea para permitir la intervención del sector privado en la inversión, instalación y funcionamiento del proyecto de un parque acuático (IMSS, 1998b).

Un mes después de aprobado el citado programa, fue autorizada la reestructuración del Centro Vacacional IMSS Oaxtepec "Presidente Adolfo López Mateos"; estableciendo las bases para su autonomía técnica, financiera, administrativa y operativa. Ello requería constituir un Consejo Consultivo tripartita y un proyecto de modernización del centro (AHCT 489/97/19/11/1997b).

La concesión a una empresa privada para operar el parque acuático Centro Vacacional IMSS Oaxtepec "Presidente Adolfo López Mateos" constituyó un primer ejemplo de privatización, que no supuso la venta de activos, sino el traspaso de la propiedad pública para el usufructo privado —su rentabilidad— (AHCT 553/97/19/02/1997; IMSS, 1997c).

Asimismo, en el marco del Programa de Enajenación, en 1999 el HCT estableció lineamientos para enajenar los inmuebles institucionales autorizando la desincorporación de 131 (AHCT 151/99/24/04/1999c). Algunos fueron enajenados gratuitamente en favor del Gobierno Federal, mientras que otros fueron vendidos al sector privado (IMSS, 2000), como el caso del emblemático Parque de Béisbol del Seguro Social en 2000 (AHCT 25/2000/19/01/2000b). Además, el Instituto celebró con el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes convenios de arrendamiento de tres teatros y dio en comodato otros 14 (IMSS, 2000).

III.4. CONFORMACIÓN DE LAS ÁREAS MÉDICAS DE GESTIÓN DESCONCENTRADA: HACIA LA INTERSECTORIALIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS

La reforma de los servicios médicos fue planteada desde 1997 e iniciada parcialmente en 1998 con la puesta en práctica de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD); aunque estas fueron formalizadas hasta 1999 por el HCT (AHCT 628/99/17/11/1999d). En su diseño e instrumentación influyeron las directrices del Diagnóstico del IMSS (IMSS, 1995a) y del PRSS (1996), orientadas por los lineamientos estratégicos y operativos del Banco Mundial fijados en distintos momentos y documentos: *Invertir en Salud de 1993; IMSS-Banco Mundial. Unidad Coordinadora para la Modernización de los Servicios del IMSS de 1997 y México: reforma del sistema de salud. Informe y recomendación del presidente del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento a los Directores Ejecutivos sobre una Propuesta de Reforma del Sistema de Salud-IMSS de 1998.*

El Diagnóstico de 1995 señaló que el SEM enfrentaba retos que arriesgaban su viabilidad financiera: déficit permanente, cuotas obrero-patronales indizadas a los salarios y no al costo de los servicios, y la transición epidemiológica y demográfica de la población derechohabiente (IMSS, 1995a, p. 31). El PRSS de 1996 dictó algunos criterios para modificar la situación: cambios en el primer nivel de la atención, fomento a la libre elección de la población usuaria y fortalecimiento de la capacidad gerencial, entre otros.

Las propuestas concordaron con los criterios pautados por el Banco Mundial para reformar los sistemas públicos de salud: descentralización de la planificación y gestión de los servicios, fomento a la participación privada y contratación de servicios con terceros, contención de costos, además de autonomía presupuestaria y administrativa para unidades médicas y hospitales públicos (Banco Mundial, 1993, pp. 131 y 134). Asimismo, en 1997 en el documento *IMSS-Banco Mundial. Unidad Coordinadora para la Modernización de los Servicios del IMSS*, el Banco Mundial estableció junto con el IMSS, el Programa de Asistencia Técnica para la Reforma de los Servicios Médicos del IMSS³⁸.

La Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) del IMSS fue la encargada de la ejecución de este programa, el cual, a su vez, incluía varios proyectos: Fortalecimiento Gerencial de los Servicios de Salud en el IMSS, Reorganización Administrativa —Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada—, Modelo de Medicina de Familia, Evaluación Tecnológica y el Fondo de Desarrollo Innovativo. Para su realización fue creada la Unidad Coordinadora de Proyectos para la Modernización de los Servicios Médicos del IMSS, conformada por consultores externos y representantes institucionales (Reyes, 2011, pp. 10-12).

Los lineamientos de este programa fueron de observancia obligatoria para el IMSS al financiarse con dos desembolsos, junio de 1998 y junio de 2000, con un crédito por 700 millones de dólares que otorgó el Banco Mundial al Instituto (1998, p. 27) para realizar la Reforma de los Servicios Médicos del IMSS.

El programa de 1997 incluyó las estrategias preparatorias para reorganizar los servicios médicos: un plan de financiamiento, asistencia técnica para proyectos de mejora e innovación de la capacidad gerencial, calidad de la atención médica y equilibrio financiero, y reorganización y fortalecimiento de las estructuras de los tres niveles de atención en salud. Además, incluyó la descentralización de funciones del IMSS, desconcentrando la toma de decisiones y fomentando la autonomía de gestión —para redefinir las funciones de financiamiento y provisión de servicios del Instituto—; el desarrollo de mecanismos internos con incentivos por mérito, así como mejorar la respuesta y responsabilidad ante las personas beneficiarias (Reyes, 2011, pp. 10-12).

En el documento de 1998 México: Reforma del Sistema de Salud, el Banco Mundial determinó cómo debían concretarse los cambios: 1) Desarrollar e implementar reformas financieras al seguro de salud y en la asignación de recursos; regular la separación del financiamiento de la prestación de servicios, descentralizando la toma de decisiones y desconcentrando los servicios de salud; impulsar la libre elección de las personas usuarias; extender la cobertura, afiliando a personas trabajadoras independientes, y de la economía informal; e implementar mecanismos de compra costo-eficiente, y 2) Fortalecer al IMSS modificando su estructura corporativa y preparar la red de prestación de servicios de salud para la creciente competencia con el sector privado con base en un sistema de universos de personas usuarias, entre otros (Banco Mundial, 1998, pp. 15-18).

III.4.1. Modernización del primer nivel o Unidades de Medicina Familiar

La modernización del primer nivel de atención médica fue el primer paso hacia la reforma privatizadora de los servicios médicos del IMSS. El primer nivel de atención médica fue diagnosticado como ineficiente, de baja capacidad resolutive y con abusos, traducidos en falta de oportunidad en consultas, diferimiento de estudios, carencia de medicamentos, obsolescencia de equipos, ausencia de motivación del personal e incentivos a su productividad, e insatisfacción de la persona usuaria, entre otros. Situación que justificó realizar cambios de fondo para disminuir costos y eliminar el desequilibrio financiero de forma permanente (IMSS, 1995a).

Su modernización, idealmente estuvo dirigida a hacer eficiente, productivo y menos costoso al Instituto, a través de incorporar estímulos por desempeño —premios— al personal médico, inducir la libre elección de estos por la población derechohabiente, automatizar los procesos con herramientas tecnológicas y aumentar la capacidad resolutive.

A través de implementar el Sistema Médico Familiar en el IMSS de 1995, fue incorporado a las UMF la figura de persona médica de cabecera de familia cuyas actividades estuvieron guiadas por el Instructivo del Médico Familiar. Su objetivo era reducir los procesos de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención médica y abatir costos. También fue automatizado este nivel con el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) para recolectar, almacenar y utilizar la información generada por las UMF y, posteriormente, integrarla al Expediente Clínico Electrónico (ECE) por cada paciente, además de digitalizar algunos procesos y trámites a fin de agilizarlos y contener los costos de operación.

Desde 1993 el ECE formaba parte del Proceso de Mejora de Medicina Familiar para fortalecer la atención, la capacidad resolutive del primer nivel, la prevención y el fomento a la salud. El ECE serviría para controlar la amplia información médica emanada de las atenciones derivadas de la transición epidemiológica y demográfica del país (IMSS, 2000a).

En paralelo a la instrumentación del Sistema Médico Familiar, en el segundo y tercer niveles de atención fue impulsada la autonomía de gestión respecto al Nivel Central, mediante la instauración de Unidades de Apoyo a la Operación, además de abrir la subrogación de servicios médicos con proveedores privados. Su fin era garantizar territorialmente todas las atenciones requeridas por las y los pacientes, previa validación de su adscripción al Instituto (IMSS, 2000a).

La subrogación de servicios fue justificada por la insuficiencia financiera frente al aumento de demanda, en un escenario de más de una década de deterioro y falta de crecimiento de la infraestructura y equipo, y por la descapitalización provocada por la



privatización del ahorro. Ello, derivado de la intención de combatir los monopolios sociales del Estado (Promap, 1996), con lo que se amplió el jugoso negocio para los privados de proveer algunos de los servicios médicos y sociales del Instituto.

III.4.2. Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud

La reforma de los servicios médicos del IMSS estuvo acompañada de un nuevo modelo médico, diseñado por la DPM con asistencia del Banco Mundial, denominado Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud (MIAIS). Su propósito fue transformar el enfoque tradicional de la atención médica tecnológica y curativa para dar prioridad a las acciones preventivas y anticipatorias de las enfermedades (IMSS, 2000a, p. 526).

El MIAIS estuvo conformado por cuatro subsistemas: Salud Comunitaria, Medicina de Familia, Hospitales y Prestaciones Sociales. Las últimas fueron reorientadas al fomento a la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, así como a elevar los niveles de vida de la población. La propuesta radicaba en articular las Prestaciones Sociales a los otros tres subprogramas del MIAIS y con los propuestos en la LSS 1995: promoción de la salud; educación higiénica, materno-infantil, sanitaria y de primeros auxilios; y mejoramiento de la alimentación y de la vivienda, entre otros (LSS, Art. 210, 1995).

Las dimensiones del MIAIS fueron esencialmente cuatro: las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), la autonomía de gestión, el Programa de Instrumentación Gerencial o Fortalecimiento Directivo, y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

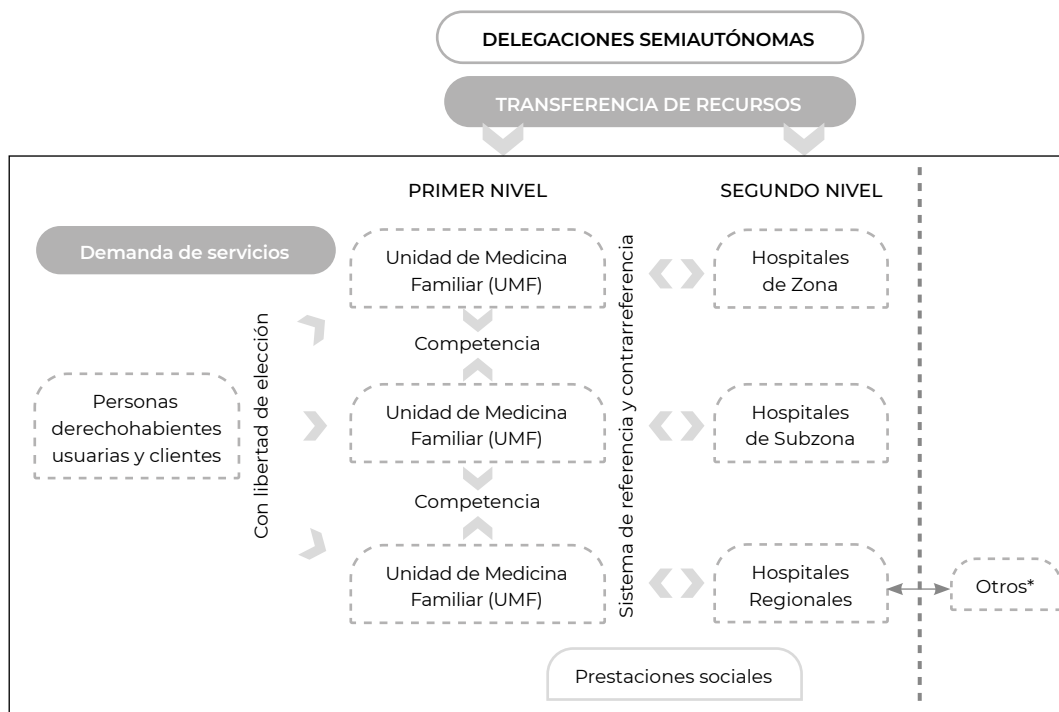
III.4.3. Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, impulsadas en 1998, aunque detenidas en 2002, constituyeron el componente central del proceso de la reforma privatizadora silenciosa de los servicios médicos del Instituto. El MIAIS junto con un esquema de regionalización implicaron un funcionamiento médico, técnico y administrativo de orden mercantil de las unidades del Instituto para, supuestamente, dar respuesta a las necesidades de salud de sectores específicos de la población (IMSS, 1999a), es decir, se introdujo la competencia administrada.

En los hechos constituía un arreglo mercantil autogestionario de pago de servicios a demanda a través de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), con libre elección del personal médico de familia por parte de las personas derechohabientes y las usuarias del SSFAM. A través de ello competirían entre sí las unidades para la obtención de recursos; mismas que estarían administradas desde lógicas gerenciales de mercado, con premio a la productividad médica. El SSFAM constituyó un elemento crucial para operar las AMGD con un sector de población que antes no se atendía en el Instituto y que ahora lo haría con un seguro anual prepago.

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada estaban diseñadas como enlace lógico de servicios de atención a la salud y enfermedad además de coordinar las prestaciones médicas y sociales, bajo un esquema regional de competencia. Quedaron integradas por un Hospital General de Zona o Regional, Hospitales de Subzona y la UMF en cada circunscripción. El Hospital de Zona o Regional era el proveedor de servicios de Segundo Nivel de las UMF, provisión que se realizaba por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia, que a su vez garantizaría la contención de costos. Los hospitales formaban el eje de agrupación de las UMF dentro de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (esquema III.6).

ESQUEMA III.6
ESQUEMA REGIONAL DE ATENCIÓN DE LAS ÁREAS MÉDICAS DE GESTIÓN DESCONCENTRADA



*Incluye el tercer nivel y servicios ambulatorios.
 Nota. Elaboración propia.

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada³⁹ fueron definidas como circunscripciones geo-demográficas de salud con autonomía de gestión, interrelacionadas con los servicios y capacidad instalada del IMSS en un microespacio de producción; vinculando lo científico, social y económico para transformarlos en salud, bienestar y desarrollo. Estuvieron constituidas para atender entre 150 mil y 250 mil personas derechohabientes por área, en primer y segundo nivel (IMSS, 1999a). Debían fortalecer la atención ambulatoria, así como promover la salud vinculando las acciones de prestación médica a las sociales: unidades deportivas y centros culturales, entre otros.

A las Regiones y Delegaciones del Instituto les correspondería, en un primer momento, promover la competencia administrada de servicios entre las diferentes Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada con base en parámetros de calidad, eficiencia y productividad, sometiéndolas a una evaluación permanente de resultados y de competitividad (IMSS, 1999a). Competirían entre ellas por atender a la población usuaria, que a libre elección demandaría los servicios médicos, como clientes, (Banco Mundial, 1998) o estímulo a la demanda.

Para operar el MIAIS también era requerido concretar la autonomía de gestión de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, según lo establecía el Programa de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada; la cual fue entendida como la facultad de gobernarse en lo médico, social, técnico, financiero y administrativo (IMSS, 1999a).

El Programa de Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada tenía previsto constituir 139 áreas médicas e inició con 37 en 1998, una por Delegación, con el propósito de

reforzar la desconcentración y afianzar su autonomía de gestión. La DPM, las Direcciones Normativas y las Coordinaciones Generales participaron en dicho propósito junto con el Comité de Presupuesto del Fondo del Seguro Social para los Servicios de Salud, que condujo los programas de fortalecimiento presupuestal y financiero a Nivel Regional, los dictámenes de adhesión a Nivel Delegacional y la firma de acuerdos de gestión entre las Delegaciones y sus respectivas AMGD (IMSS, 2000a).

Simultáneamente, entró en operación el Programa de Instrumentación Gerencial o Fortalecimiento Directivo, ejecutado por Funsalud. Estuvo enfocado a capacitar desde una lógica gerencial-empresarial a los cuadros directivos del Comité de Administración de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, y a las autoridades delegacionales, regionales, centrales y sindicales (IMSS, 1999a).

III.4.4. Grupos Relacionados con el Diagnóstico

Para que operaran las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada fueron implantados los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) sugeridos por el Banco Mundial en 1997 (IMSS, 2000). Los GRD consistían en una técnica de costeo que estimaba la cuantía y calidad de los servicios, mediante la clasificación de episodios de atención médica en hospitales, según el consumo de recursos del diagnóstico terapéutico de pacientes con padecimientos similares (IMSS, 1999a). Esto permitió relacionar a grupos de pacientes con enfermedades o tratamientos comunes, con el costo de su atención.

Los GRD permitieron calcular, desde una lógica costo-eficiente, el consumo de recursos por población atendida, con calidad y desarrollo técnico, a efecto de homologar gastos, evaluar la productividad y regular los presupuestos. Sirvieron como insumo para definir los mecanismos de un sistema de pago prospectivo para el reembolso, particularmente en hospitalizaciones (Averill *et al*, 1995).

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada estuvieron dirigidas a fortalecer la atención en el primer nivel mediante la transformación del modelo tradicional de atención curativo a uno preventivo para reducir los costos de los servicios médicos, responsabilizar a las comunidades locales y fomentar la competitividad de los servicios entre las distintas AMGD —mediante factores de calidad, eficiencia y equidad—. Ello consolidaría la autosuficiencia institucional, desarrollaría la capacidad gerencial del personal, garantizaría la satisfacción de la población derechohabiente y serían alcanzados los resultados de impacto social de efectividad y productividad (IMSS, 1999a). De igual forma, sirvieron como marco de costeo para el SSFAM (Soberón, 2001).

Junto con el ECE, los Grupos Relacionados con el Diagnóstico constituyeron el cimiento para proceder a la compra-venta de servicios y a la competencia por clientes.

III.4.5. Modelo de Gestión Clínica

La administración de hospitales de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) planteó realizar la implantación del Modelo de Gestión Clínica, el Sistema de Información del Producto Hospitalario y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. El Modelo de Gestión Clínica es una estrategia gerencial dirigida a descentralizar la gestión mediante la autonomía, la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas soportadas en evidencias científicas, la contención de costos, el aumento de la eficiencia y eficacia de los servicios, y la flexibilización de la organización del personal (González, 2007; Román, 2012)⁴⁰.

El modelo preveía la interacción y gestión de las autoridades regionales, delegacionales y de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada para aplicar los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, con el objetivo de convenir los traspasos de

costos entre unidades médicas y garantizar la regulación presupuestal en las etapas de planeación, organización y control. Pretendía establecer los GRD por hospital, nivel de atención y padecimientos con alto índice de mortalidad, a fin de tener un mayor conocimiento y control de los recursos ocupados, así como contener costos (IMSS, 1999a).

Contaba con el Sistema de Información del Producto Hospitalario que tenía por objetivo registrar y gestionar los datos médicos y administrativos para su organización, almacenamiento y posterior interpretación, a fin de utilizarla para optimizar los recursos humanos, elevar la calidad de atención, aumentar la eficiencia de los recursos disponibles y mejorar la productividad del personal (Bautista *et al*, 2013).

El funcionamiento de las AMGD a Nivel Local estuvo pensado ya no para ofrecer servicios públicos garantizando el derecho a la salud, sino para responder a la demanda —y preferencias— de atención médica por parte de las personas derechohabientes y usuarias, consideradas clientes con libertad de elección. La demanda de servicios incitaría a garantizar la calidad y eficiencia de los prestadores de servicios, que competirían por allegarse un mayor número de clientes y, con ello, mayores recursos financieros y humanos.

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada se pensaron como la plataforma a partir de la cual podría consolidarse el mercado intersectorial de servicios de salud, componente, a su vez del Sistema Nacional de Salud —de competencia público-privada— trazado desde 1982 por Soberón Acevedo al frente de la SSA. El nuevo rearmado territorial de los servicios médicos del IMSS enmascaraba la intención silenciosa de privatizar los servicios de salud del Instituto, convirtiéndolos en empresas mercantiles eficientes, proveedores de servicios médicos a demanda, con financiamiento público, de magnitud proporcional al número de peticiones de servicios por parte de los clientes —en primera instancia, las personas derechohabientes y ahora también usuarias a partir del SSFAM—.

La instrumentación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada o ensayo privatizador de los servicios médicos del IMSS fue temporal, pues inició su operación en 1998 y fue detenido en 2002 por la situación política y por la oposición del SNTSS (Aguirre-Gas, 2008) por diferencias con los fines privatizadores del modelo. Estas significaban convertir al Instituto en el espacio de prueba de la propuesta del Banco Mundial de 1993, separando las funciones de regulación, administración, financiamiento y prestación de los servicios. Ensayo que con particularidades sirvió como experiencia previa a la implantación del Sistema de Protección Social en Salud, a partir de 2003, bajo la dirección del Dr. Julio Frenk en la SSA, dirigido también a concretar la intersectorialidad de los servicios —pública-privada—.

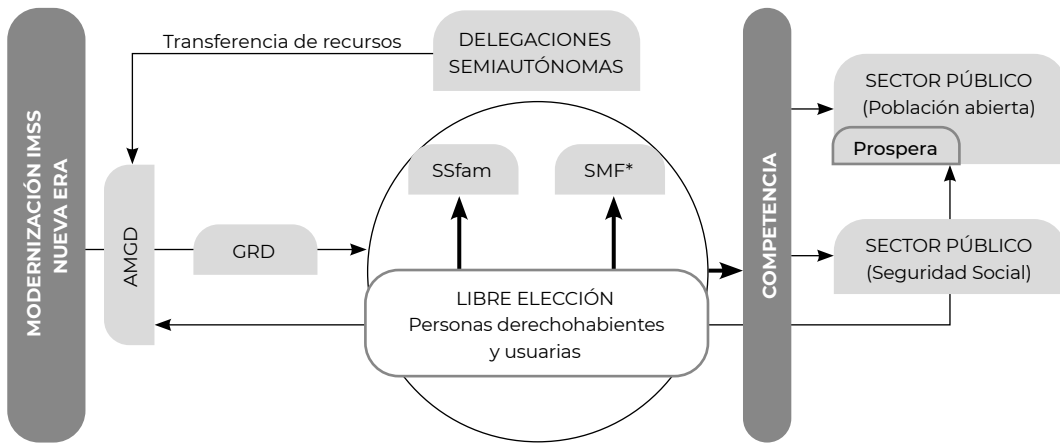
III.4.6. Intersectorialidad

En el periodo de 1994 a 2000, con la concreción de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, el IMSS operó el inicial proceso de coordinación intersectorial de servicios de salud públicos en el ámbito local. Proyecto de largo aliento por el que primero era necesario fortalecer la integración administrativa entre el sector público de la salud —seguridad social y población abierta— y luego, conseguido este, en una segunda fase, integrar al sector privado compitiendo entre sí por recursos para atender la demanda de servicios de parte de los diferentes sectores de la población, constituyendo el Sistema Nacional de Salud (LGS, 1984; PNS, 1984; Soberón, 2001). No obstante que, en paralelo, la participación de los privados dentro de los servicios públicos continuaba potenciándose vía la subrogación de servicios sustantivos.



La experiencia de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada del IMSS, pionero en la separación de funciones entre financiamiento y prestación de servicios, sirvió de ejemplo como esquema a operarse, con sus especificidades, en los Sistemas Estatales de Salud (Sesa). Tendencia que concretaría los intercambios mercantiles entre prestadores de servicios de salud públicos —intersectorialidad— conforme al esquema III.7.

ESQUEMA III.7
TENDENCIA DEL MODELO AMGD, IMSS PARA LA COMPETENCIA MERCANTIL HACIA
LA INTERSECTORIALIDAD PÚBLICA. MODELO PAUSADO EN 2002



*Sistema Médico Familiar.
 Nota. Elaboración propia.

En este periodo se ensayó la colaboración coordinada del IMSS y la SSA para regionalizar los servicios de salud a población abierta, ampliando la cobertura de atención a microrregiones sanitarias con atenciones en salud a las familias beneficiarias del Progresá —en su componente de salud— (IMSS, 2000), misma que perduró con el Progresá, Programa de Inclusión Social.

El avanzar en la concreción del proceso de la intersectorialidad reclamó apuntalar acciones de diferente tipo durante un largo plazo, con estrategias y ensayos varios. En este periodo destaca la colaboración entre el Instituto y la SSA para implantar el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Ambos sistemas permitirían contar con información sectorial integrada para la toma de decisiones.

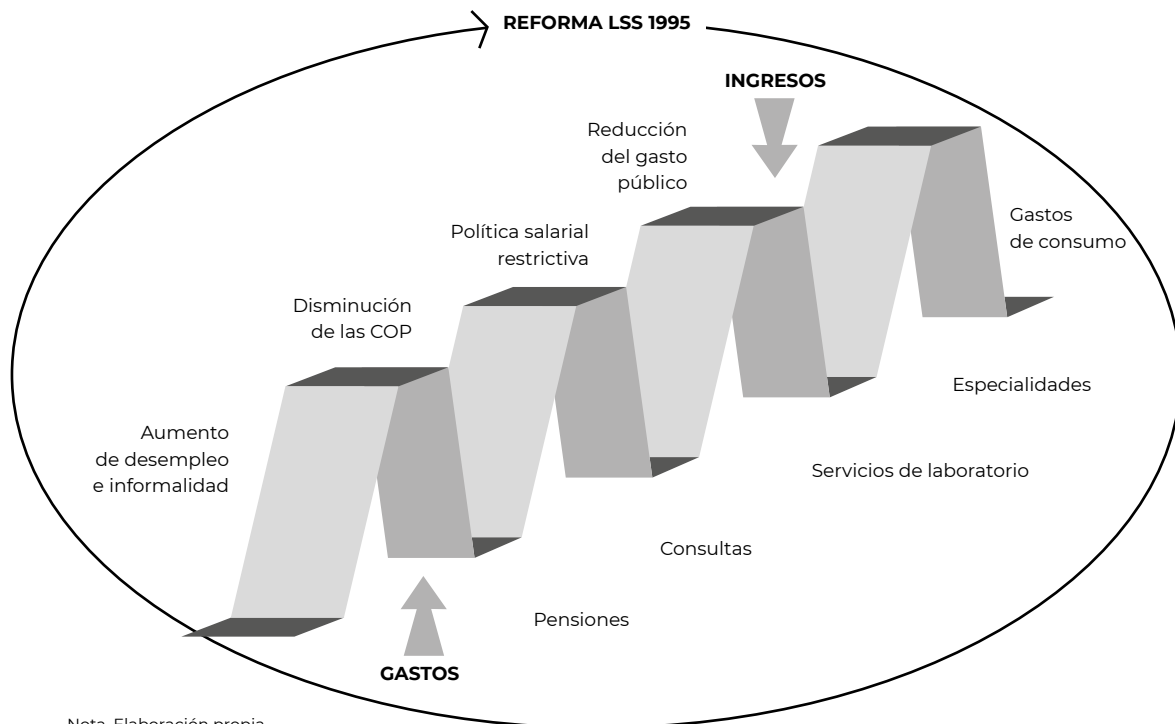
En 1998, el SISPA fue simplificado a efecto de agilizar y desconcentrar la captura de información de los componentes del sistema, así como establecer intercambios de información dentro del Instituto, y de este con otras instituciones del sector salud, por medio del acceso a internet y el uso del correo electrónico (IMSS, 2000).

III.5. DESFINANCIAMIENTO, DETERIORO INSTITUCIONAL Y AVANCE EN SU DESMANTELAMIENTO COMO INSTITUCIÓN MONOPÓLICA DE ESTADO

El proceso de modernización del IMSS en el periodo de 1994 a 2000 se dio en un escenario en el que el Instituto experimentó un proceso regresivo en las finanzas. Ello incidió en un mayor debilitamiento estructural y en la degradación generalizada de los servicios. Se

descapitalizó al Instituto por la privatización del RCV, la reducción del gasto en salud, el aumento del desempleo y la informalidad, la política salarial restrictiva y el perfil salarial de las afiliaciones, junto con las transiciones demográfica y epidemiológica, entre otras (esquema III.8).

ESQUEMA III.8
DETERIORO EN LA RELACIÓN INGRESOS-GASTO DEL IMSS EN EL PERIODO 1994-2000



Nota. Elaboración propia.

La privatización de las pensiones despojó al IMSS de una importante fuente de recursos. Previo a la reforma a la LSS 1995, los recursos que ingresaban al Instituto a través del seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, representaban 32.6% del total de las cuotas obrero-patronales; pero derivado de la privatización del RCV, solo lo hicieron los correspondientes al IV, administrados por el Instituto, que representaban tan solo 12.3% en 2000 (IMSS, 2020a).

El gasto en salud pasó de representar 26.2% del total del gasto en desarrollo social, que correspondía a 1.9% del PIB, a 23.5%, es decir, a 1.8% del PIB. Cabe destacar que el IMSS fue el más afectado con el recorte, cuya tendencia decreciente fue experimentada durante todo el sexenio. Los recursos canalizados al IMSS pasaron de 68% del total del gasto en salud a 65% para el cierre de la administración, mientras que el gasto para la SSA y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) incrementó de 12.3% en 1994 a 17.3% en 2000, con el propósito de concluir la descentralización (SHCP, 2020b).

Contrario a ello, el gasto en seguridad social al final del sexenio aumentó de 12.9% (1% del PIB) a 23.8% (1.8% del PIB) (SHCP, 2020b, relativo al pago de pensiones en curso de pago —régimen de pensiones de 1973— y a la cuota social, aunque los recursos de esta última pasaron directamente a las cuentas individuales sin ingresar a los fondos del IMSS).



Aunado a lo anterior, la crisis de 1995 —error de diciembre— aumentó el desempleo y la informalidad, y ahondó las nuevas formas de contratación temporal precarias y desprotegidas, aumentando la caída del número de personas afiliadas permanentes al Instituto. La afiliación pasó de 10'300,000 en 1994 a 7'200,000 en 2000, lo que significó que el Instituto perdiera alrededor 30% de afiliaciones permanentes, sufriendo una importante baja de ingresos fijos, a la vez que iba ampliándose la discontinuidad de incorporación de recursos al Instituto originada por el crecimiento del empleo temporal (IMSS, 2020b)⁴¹.

La continuidad con una política salarial restrictiva para contener la inflación derivó en una erosión del salario de 21.2% entre 1998 y 2000, lo que significó un decremento del salario de 4.1% promedio anual (Conasami, 2022). Deterioro que en una realidad como la del Instituto, donde 70% de las personas afiliadas estuvo registrado en puestos de trabajo con un ingreso entre 1 y 3 salarios⁴² (IMSS, 2020a) impactó fuertemente los ingresos del IMSS. Además, con la reducción de las aportaciones de las personas trabajadoras y patronal, derivadas de la reforma de 1995, los ingresos del Instituto bajaron de 219 millones de pesos en 1994 a 191'900,000 pesos en 2000, significando una caída de ingresos de 11.9% (SHCP, 2020b).

El desfinanciamiento del Instituto fue acompañado con el incremento en la demanda de atención por parte de la población asegurada y derechohabiente en un escenario generalizado de afectación a las condiciones de vida. El sexenio del Presidente Zedillo Ponce de León inició con una inflación de un dígito equivalente a 7.05%, indicador que aumentó, en su primer año de gobierno a 51.97%, para cerrar el sexenio en 8.96%. Esto significó que, en promedio, el Índice Nacional de Precios al Consumidor en todo el sexenio fuera de 20.33%. El incremento en los precios supuso que una parte importante de las personas dejaran de atenderse en el sector privado y demandaran los servicios del Instituto.

Entre 1988 y 1994 la demanda de personas atendidas en consulta externa había crecido en una tasa de 3% anual, la de los servicios de laboratorio y especialidades lo hicieron en 6% y 6.3%, respectivamente. Situación que en la administración de Ernesto Zedillo Ponce de León fue ajustándose al modelo de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada y a la modernización del primer nivel para contener los gastos del segundo y tercer nivel. El número de personas atendidas en el primer nivel —consulta externa— creció 2.8% promedio anual, mientras que especialidades solo lo hizo 2.6% y 2.5% en promedio anual; como lo muestra el cuadro III.3 (IMSS, 2020a).

CUADRO III.3
IMSS PERSONAS Y TASAS DE ATENCIÓN POR SERVICIO.
COMPARATIVO 1988-1994 Y 1994-2000

SERVICIOS	1988-1994		1994-2000	
	MILLONES DE PERSONAS	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL	MILLONES DE PERSONAS	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL
Consulta Externa	76.1 a 90.7	3.0	90.7 a 107.4	2.8
Laboratorio	12.8 a 18.1	6.0	18.1 a 21.2	2.6
Especialidades	9.2 a 13.2	6.3	13.2 a 15.3	2.5

Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2011c; IMSS, 2020a.

Proporcional al incremento de personas atendidas, la relación ingresos-gastos continuó su reducción, consecuencia de las estrategias instrumentadas de racionalización y contención de costos para eficientizar el uso de los recursos; el gasto pasó de 277,000'300,000 pesos en 1994 a 234,000'500,000 pesos en 2000, lo que significó un decremento de 2.8% promedio anual (IMSS, 2020a).

Producto de la contracción de 5.4% de la afiliación entre 1994 y 1996, los gastos decrecieron 9%. No obstante, conforme el empleo se recuperó, los gastos incrementaron 4% entre 1997 y 1999. A pesar del aumento de servicios otorgados, los recursos para mantenimiento y servicios de personal —sueldos y salarios del personal médico, servicios generales y mantenimiento de instalaciones— mostraron una contracción de 3.1% y 1%, respectivamente (IMSS, 2011c); cifras que evidenciaron que se destinaron menos recursos para la atención médica.

El gasto en consumo de bienes —materiales, insumos médicos y medicamentos— creció 5.1%; encarecimiento derivado del avance técnico-científico en materia sanitaria asociado al tipo de cambio que fue de 8.22 pesos por dólar (Banco de México, 2022). Otro elemento que presionó las finanzas del Instituto fue el cambio del perfil epidemiológico de la población, lo que supuso tratamientos más costosos y de larga duración⁴³. Además, la población mayor de 65 años y más creció a un ritmo de 3.5% promedio anual, mientras que la población en edad de trabajar —población de 15 a 64 años— experimentó una tasa de 2.2% (Conapo, 2022).

Con respecto a la infraestructura médica, esta experimentó un crecimiento mínimo. El primer nivel fue el más favorecido con 45 unidades⁴⁴, apegándose a la directriz de fortalecer este nivel para contener los costos, priorizando acciones preventivas sobre las curativas, impulsando la prevención y el autocuidado individual. Lo que correspondió a la puesta en marcha de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, modernizando el primer nivel e incorporando el MIAIS (Banco Mundial, 1993, 1997 y 1998). El segundo y tercer niveles decrecieron, pasando de 224 a 217 y de 41 a 40 unidades, respectivamente, contrastando con el crecimiento de las dos administraciones anteriores que crecieron el segundo nivel en 7 unidades y el tercero en 5 (IMSS, 2020a).

La contracción de la capacidad médica implicó que el número de camas censables por cada mil habitantes pasara de 0.33 a 0.31 (Presidencia de la República, 2018). Ello generó la saturación de servicios médicos, molestia y quejas de las personas aseguradas y derechohabientes, y sobrecarga laboral para el personal médico.

Las quejas por parte de las personas derechohabientes incrementaron. Entre 1996 y 1999, más de la mitad estuvieron asociadas a la falta de medicamentos y a una mala atención, mientras que las vinculadas a largos tiempos de espera pasaron de 10.1% a 13.6%. La mala actitud del personal y el descuido en la atención incrementó como motivo de queja, pasando de 5.6% y 10.1%, respectivamente, a 9.8% y 14.5% del total durante el sexenio (IMSS, 1999b).

La erosión de los servicios y el consecuente y paulatino menoscabo de la imagen del IMSS, en un contexto sociolaboral caracterizado por el desempleo, la precarización laboral y la creciente pobreza, promovieron la idea que la seguridad social y el IMSS, en particular, han beneficiado solo a las personas trabajadoras asalariadas (Laurell, 1997). No obstante, 70% de las mismas cotizaba sobre tres SMGDF (IMSS, 2020a). También llegó a calificarse a la población derechohabiente del IMSS como población privilegiada (Franco, 2000; Organización Internacional del Trabajo, 2000), responsabilizándola incluso de la desigualdad social en México, dado que 58.6% de la población mexicana carecía de acceso a servicios de salud en 2000 (Coneval, 2010).



Este argumento justificó la necesidad de acabar con las desigualdades vía desmantelar al IMSS, legitimando la idea de reemplazar el derecho constitucional a la seguridad social integral por una protección social universal de básicos, propia al pensamiento del Estado subsidiario neoliberal (Franco, 2000; Organización Internacional del Trabajo, 2000). De ese juicio derivó la idea que el Instituto, en su calidad de sistema de protección contributivo —vinculado a la relación laboral asalariada—, debía complementarse con mecanismos de corte no contributivo —programas dirigidos a población abierta—, integrándolos financieramente para constituir un solo Sistema Universal de Protección Social de Básicos.

Esta discusión permanece abierta y enfrenta marcos axiológicos enfrentados, garantizar derechos a partir de una reforma fiscal progresiva o dar paliativos gravando nuevamente a la población, sin atender las causas de la desigualdad y de la concentración de la riqueza.

La noción del Sistema Universal de Protección Social de Básicos comparte las mismas premisas que indujeron el proceso de modernización del IMSS —Nueva Era— o reforma mercantil sanitaria. Reforma que buscó terminar con el monopolio de Estado garante del bienestar a través de poner precio a la salud —Grupos Relacionados con el Diagnóstico— y separar las funciones de financiamiento de las de prestación de servicios médicos —Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada—. Con ella buscaría conformarse a corto plazo el mercado de servicios de básicos dentro del Sistema Nacional de Salud, con libre elección de las personas demandantes de servicios y estos últimos en competencia; al mismo tiempo que era incentivado el crecimiento del sector privado (Soberón, 2001).



CAPÍTULO IV

Democratizar el IMSS, 2000-2006:
hacia el Sistema Universal de Salud



En la Presidencia de Vicente Fox Quesada, los procesos de continuidad y transformación institucional en el IMSS siguieron orientados por el modelo de libre mercado y fueron formalizados, entre otros, con una nueva reforma a la LSS en 2001, acompañada de modificaciones a las normas secundarias del Instituto en la mira de “Democratizar al IMSS”.

Entre 2000 y 2006, cinco procesos generales convergieron en el acontecer del IMSS: 1) Publicación del primer Programa Institucional del IMSS (PIIMSS); 2) Reforma a la Ley del IMSS en 2001, hacia la sustentabilidad financiera; 3) Profundización de las estrategias mercantiles y tercera fase de la desconcentración con autogestión; 4) Estrategias pioneras hacia la intersectorialidad de servicios y constitución del Sistema Nacional de Salud y 5) Persistencia en el desfinanciamiento y deterioro del Instituto. Todos estos cambios acontecieron en un contexto en el que las directrices económicas, políticas y sociales de la nueva administración continuaron asentadas en las premisas neoliberales con democracia liberal representativa.

IV.1. PROFUNDIZACIÓN DEL MODELO NEOLIBERAL EN LA FASE DE DEMOCRACIA LIBERAL REPRESENTATIVA

Vicente Fox Quesada, candidato del Partido Acción Nacional (PAN), asumió la Presidencia en diciembre de 2000, culminando con ello 7 décadas ininterrumpidas de Presidencias del partido de Estado (PRI). Su triunfo electoral resultó de la interacción de factores previos a las elecciones: crisis económicas; inestabilidad política; pérdida de legitimidad del régimen político; descontento social, y reformas político-electorales — como la apertura democrática y la pluralidad de partidos—. Sucesos que provocaron el realineamiento electoral conduciendo a la alternancia del partido en el Gobierno Federal (Montero, 2011). No obstante, ello no se tradujo en la alteración de las directrices de libre mercado, ya que continuaron presentes en la vida nacional.

La derrota presidencial del PRI abrió la puerta a que otras élites políticas contendieran por el poder político nacional, resultando triunfante el PAN, partido conservador de derecha que captó el voto útil para desalojar al PRI del poder. Sin



embargo, su margen de maniobra estuvo restringido en virtud de que las estructuras institucionales siguieron siendo las mismas y, a que el PRI mantuvo su fuerza electoral y poder político en los distintos niveles del sistema de representación —Senado de la República, Cámara de Diputados y Congresos locales, Gubernaturas y Presidencias Municipales— (Zapata, 2004)⁴⁵.

La llamada transición democrática no fue concluida, hubo solo una alternancia electoral de partidos (Schmidt, 2003; López *et al*, 2014) o liberalización política (Loeza, 1994). Aunque inicialmente el cambio abrió amplias expectativas para una agenda de transformaciones en el país, los hechos demostraron lo contrario. Su administración estuvo caracterizada por un amplio deterioro del clima político y la paz social: la marcha de los zapatistas a inicios del sexenio, el descontento de San Salvador Atenco en 2001, que concluiría en una detención arbitraria en 2006, y el de la Asociación Popular de los Pueblos de Oaxaca en contra de la intervención de la Policía Federal, por mencionar algunos.

La administración de Fox Quesada refrendó el compromiso del Estado Mexicano con la continuidad del modelo de libre mercado. Siguió aplicando políticas económicas de disciplina monetaria y fiscal para el incremento del ahorro público y el saneamiento de la deuda externa, persistió con la contracción del gasto público productivo, ahondó la apertura y la desregulación de la economía para afianzar la integración del país en el proceso de globalización, además de autorizar el aumento de la participación del capital transnacional en la economía mexicana.

Fox Quesada persistió con el propósito de concretar las reformas estructurales que sus predecesores no pudieron: intentó privatizar las paraestatales energéticas —última rama productiva en manos del Estado—, avanzando en la celebración de asociaciones bajo contrato; aprobó una reforma fiscal regresiva que no incluyó el polémico punto del IVA unificado para medicinas y los alimentos, y no logró formalizar la reforma del marco jurídico laboral.

El proceso de democratización política amenazó las prácticas del corporativismo, sumadas a la regresión en sus prestaciones, lo que generó grandes tensiones. No obstante, el corporativismo asumió una actitud pragmática, desvinculada del PRI, redefiniendo sus alianzas con el PAN, por lo que permaneció esta relación como estructura de regulación Estado-sindicalismo —ahora ya no partido de Estado-sindicalismo—, lo que les permitió a las representaciones corporativas continuar en los organismos tripartitas.

El control estatal sobre los sindicatos permaneció anclado a las estructuras y redes de poder tradicionales, ejerciendo influencia en el sistema de relaciones laborales con formas de negociación del viejo régimen —dominación a cambio de bienestar—, impidiendo el avance de la democracia y libertad sindical, que fue relegada y perseguida —en particular la Unión Nacional de Trabajadores y Frente Sindical Mexicano— (Aguilar y Guzmán, 2006).

La bonanza económica de inicios de sexenio quedó desvanecida por el impacto de la crisis estadounidense, la incapacidad para llevar a cabo las reformas estructurales prometidas y por el enorme crecimiento de la pobreza.

Durante todo el sexenio hubo un débil desempeño de la economía, con crecimiento de solo 1.9% (Inegi, 2020), distante en más de 5% de la meta señalada en el PND 2001-2006. Continuó la reducción de la inversión productiva —2% promedio anual—, ralentizando el crecimiento del aparato productivo nacional. Los factores ligados a la transnacionalización de la economía provocaron una creciente dependencia del capital transnacional, suscitando que fueran dirigidas al mercado externo casi 90% de las exportaciones (Pérez y Pérez, 2014).

La deuda aumentó 1.9% en promedio anual, mientras que la paridad cambiaria pasó de 9.45 pesos a 10.9 pesos por dólar. La inflación logró disminuir por una relativa estabilidad del entorno financiero internacional pasando de 8.96% a 4.05% (Banco de México, 2022). La política de contención salarial no fue modificada, incrementando el salario solo 0.3% durante los 6 años del sexenio, es decir, de 75.57 a 76.83 pesos diarios (Conasami, 2022), erosionando aún más el poder adquisitivo de la población.

El precario comportamiento de la economía continuó incidiendo en la segmentación del mercado laboral. La tasa de desempleo abierto representó 3% de la Población Económicamente Activa (PEA) (Camberos y Bracamontes, 2015), mientras que la informalidad concentró a 14'400,000 personas trabajadoras (Inegi, 2004), ubicando su índice 6 puntos porcentuales por arriba del registrado en 1990. La población en pobreza patrimonial ascendió a 53.6% y la alimentaria a 31.8% (Coneval, 2012a) y carecían de acceso a la seguridad social 48.2% del total de la población (Presidencia de la República, 2018).

IV.1.1. Innovación de la Administración Pública Federal

Como parte del proceso democratizador, la administración del Presidente Vicente Fox Quesada estableció tres estrategias que mejorarían la gestión de la Administración Pública Federal (APF) desde una visión gerencial-empresarial de mercado: el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo 2001-2006 (PNCCFTDA de 2002); el Modelo Estratégico de Innovación Gubernamental (MEIG de 2001) y la Agenda de Buen Gobierno (ABG de 2002). Tres estrategias con las cuales se dio continuidad y profundizó la modernización mercantil de la APF, iniciada desde los primeros años de la década de 1980, a la que denominó "Innovación Gubernamental".

El PNCCFTDA 2001-2006 priorizó acciones por la transparencia y el acceso a la información, la adecuación del marco legal de responsabilidades de las personas servidoras públicas y la conformación del servicio profesional de carrera. A partir del enfoque de calidad con visión gerencial, el MEIG guió la transformación de la APF, e incluyó entre sus componentes la inserción de privados vía la subcontratación de servicios —subrogación—, al gobierno electrónico y la implementación de técnicas de mercadotecnia en la oferta de los servicios públicos. La Agenda de Buen Gobierno planteó seis principios para la modernización de la APF: honestidad y transparencia, profesionalización, calidad, digitalización, austeridad —escasez de recursos— y mejoras regulatorias (Oficina para la Innovación Gubernamental, 2001).

IV.1.2. Reforma social de básicos universales

En política social, la administración foxista continuó propagando y legitimando el modelo de Estado neoliberal residual, desvinculado de la distribución y el crecimiento, focalizando la atención en la pobreza extrema con paliativos básicos. Política social que siguió subordinada a la económica y confinada a los márgenes de las políticas públicas; continuó enfatizando los programas de transferencias directas y condicionadas focalizadas en los pobres, sin estrategias que generaran desarrollo y oportunidades productivas. Su consecuencia fue incentivar la migración hacia EE. UU. y engrosar las filas de la delincuencia y el narco.

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades de 2001 sustituyó al Progreso ampliando la cobertura a zonas urbanas y semiurbanas con el objetivo de disminuir la transferencia intergeneracional de la pobreza entre las familias en pobreza extrema (Hevia, 2009). Buscó generar oportunidades y apoyar el desarrollo de capacidades



—capital humano⁴⁶— desvinculadas de las estrategias de fomento económico y desarrollo regional. La población adscrita al IMSS-Oportunidades era de casi 11 millones, fue reduciéndose hasta contar con casi 1 millón de personas menos al final de su gobierno (IMSS, 2011b).

En 2004, la administración de Fox Quesada promulgó la Ley General de Desarrollo Social, primer ordenamiento para regular y coordinar la política social asistencial en México y operar —con reglas— la política social; además, introdujo por ley la medición multidimensional de la pobreza y creó el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (Coneval) para evaluar los programas, entre otros aspectos.

Su estrategia asistencialista Contigo, para reducir la transferencia intergeneracional de la pobreza extrema, representó uno de los cimientos del Sistema de Protección Social de Básicos Universales a integrarse en salud con el Seguro Popular, instrumento operativo del Sistema de Protección Social en Salud.

La política social fue consecuente con los ordenamientos de los organismos multilaterales (Dávila y Guijarro, 2000 y 2008) en el sentido de construir una protección social universal de básicos. A lograrse, entre otros, a través de un Sistema de Protección Social Universal en Salud de básicos para población sin seguridad social, a fin de universalizar la protección y abatir la segmentación y la fragmentación del sistema sanitario mexicano. Su financiamiento debía soportarse con recursos fiscales, buscando integrar los dos sistemas públicos preexistentes en México y dejar de operarlos de forma paralela por ser generadores de desigualdad entre grupos y regiones: el sistema de protección contributiva —seguridad social vinculada al trabajo asalariado— y el no contributivo —programas dirigidos a población abierta o sin seguridad social—.

A pesar de este anhelo por igualar a la baja a la población, el IMSS protegía en 2000 a una población derechohabiente de aproximadamente 45 millones de personas (IMSS, 2011b) —46.2% de la población total (Inegi, 2002)— y a casi 11 millones de personas por solidaridad —campesinas e indígenas en zonas rurales—. El Instituto continuaba siendo toral en la atención en salud de una amplia mayoría y en la garantía de la estabilidad y cohesión sociales a pesar de su descapitalización y deterioro, inducidos desde el gobierno. Realidad por la que incluso el propio Banco Mundial reconocería que el IMSS debía seguir siendo el principal organismo público proveedor de atención médica, aunque también afirmaba que solo lo sería durante algún tiempo (Banco Mundial, 1998, pp. 18 y 19).

Santiago Levy Algazí, siendo Director General del IMSS, sostenía y defendía que el Instituto debía persistir como eje en materia de seguridad social, distribución del ingreso nacional, generación de ahorro interno y protección de la salud de casi la mitad de la población, así como en su cobertura solidaria. Por lo que el Instituto continuó ocupando un lugar relevante en la agenda foxista, aunque no reconocido ni publicitado. No obstante, fue promovido a instrumento financiero y fiscal, descentrándolo del bienestar de las personas: su original razón de ser —con atención oportuna, de calidad y humanidad—.

Con la reforma de 2001 a la LSS, el Instituto fue convertido en el segundo ente recaudador y fiscalizador de recursos a nivel nacional, a efecto de poder cumplir con su nuevo papel económico y social: generador de ahorro y prestador de servicios. Simultáneamente y a voz en cuello, el Gobierno Federal constituía un seguro financiero de protección social de básicos en salud para la población sin seguridad social, conocido como Seguro Popular.

IV.1.3. Reforma estructural en salud: Seguro Popular, un paso adelante ni uno atrás

La modernización mercantil del sector salud iniciada en 1982 prosiguió a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) (SSA, 2001), denominado La Democratización de la Salud en México: hacia un Sistema Universal de Salud. El cual estuvo alineado a las directrices del Informe de 2001 del Banco Mundial denominado México. Una Agenda Integral de Desarrollo para la Nueva Era. Este dictó reformar al sistema de salud a partir de tres ejes: acceso universal a la salud; eliminación de la fragmentación del sistema y de los obstáculos a la eficiencia, equidad y calidad de los servicios y revisión del papel de la medicina privada en el sistema, para aprovecharlo, regulándolo sin abusos.

El PNS 2001-2006 buscó responder a cuatro desafíos: la inequidad del sistema por la desigual protección en salud entre grupos sociales y regiones, agudizado por la transición epidemiológica; elevar la calidad en el nivel técnico e interpersonal; crear un seguro público financiero en salud (Frenk, 2001) y prestar de manera plural los servicios —modelo público-privado— (Soberón, 2001).

Guillermo Soberón Acevedo, ahora en su calidad de presidente ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C. (Funsalud), planteó en 2001 cinco estrategias que resolverían los retos mencionados: establecer un seguro nacional de salud; separar el financiamiento de la prestación de los servicios de salud; abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios; incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud, y crear el Fondo Nacional de Salud Pública (Soberón, 2001). Propuestas que sirvieron de guía para profundizar la reforma sanitaria y que reconocieron en el IMSS una pléyade de acciones pioneras, emulando su profundización. En conjunto implicaban cuatro grandes acciones:

- 1) Concretar el Seguro Nacional de Salud que cubriría a la población urbana no derechohabiente de la seguridad social y, que por equidad, subsidiaría a los más pobres, con una contribución federal equivalente a la del IMSS por cuota social —representarían solo 0.29% del PIB—. El resto de las personas con capacidad de pago asumiría sus gastos y los seguros privados complementarían la atención médica básica pública, aplicando los recursos de forma descentralizada.
- 2) Separar a las instancias financiadoras de las prestadoras de servicios —deslindarlos—, imitando el esquema de las 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada del IMSS dispuesto en 1998, aunque con particularidades (Soberón, 2001). Soberón Acevedo en 2001 propuso crear un Fondo Nacional de Salud para financiar los servicios a población abierta, dejando, en primera instancia, la prestación de los servicios de salud en manos de los Sistemas Estatales de Salud (Sesa), junto a los Institutos Nacionales de la SSA. Para, posteriormente, conformar el mercado plural de prestadores de servicios públicos y privados, los que competirían entre sí por los recursos, una vez certificados en calidad y desempeño.
- 3) Cambiar el paradigma de salud pública prevaleciente —clínico-técnico— a uno de atención primaria en salud como lo había hecho el IMSS. Modernizar las UMF, haciéndolas resolutivas y ahorradoras, a través del Sistema Médico Familiar en el IMSS, al que acompañó con estímulo a la libertad de elección del personal médico por las personas demandantes de atenciones, pagándoles en función de su desempeño (Soberón, 2001); y
- 4) Darle rectoría a la SSA en regulación sanitaria; atención primaria a la salud —paquete básico—; protección al ambiente y la salud ambiental; vigilancia epidemiológica; información en salud; investigación en salud; formación de recursos humanos así como asegurar la calidad en la producción de insumos, entre otros (Soberón, 2001).



Con base en estos valores, premisas y orientaciones, el Dr. Julio Frenk, como nuevo titular de la SSA, dio un paso contundente en la profundización de la reforma sanitaria mexicana, concebida desde su origen como una transición de largo plazo, la que ya para 2000 contaba con 18 años en su haber.

El objetivo explícito de su propuesta fue concretar el “aseguramiento universal” en salud para la población sin seguridad social o su protección financiera, lo que implicaría cubrir 46% de la población del país (Presidencia de la República, 2011; Inegi, 2018). Además, buscaba lograr la equidad en el acceso a los servicios y la protección a las familias contra gastos catastróficos en salud. Otra de las finalidades de la reforma, de carácter medular, aunque permaneció encubierta y hasta a veces silenciada, fue constituir el mercado intersectorial de servicios público-privados—compraventa de servicios— en el Sistema Nacional de Salud.

Realizar tal propósito, suponía adaptar a las particularidades propias de la SSA y de los Sesa, la experiencia del IMSS —hasta ese momento pionera y exitosa—, implantada en 1998: la disposición de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, que supusieron la separación de las funciones de financiamiento de las de prestación de servicios, junto con el avance en la implementación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico—homologación y alineación de precios—.

Una vez concluida la descentralización de los servicios de salud a población abierta y constituidos los Sesa, era necesario: 1) Concretar el financiamiento de un seguro financiero voluntario prepago contra gastos catastróficos en salud para población abierta —Seguro Popular—; 2) Generar las condiciones que fortalecieran a los Sesa en capacidades y calidad de servicios —infraestructura, equipamiento y recursos humanos—, por los que serían ofrecidos los servicios demandados a la población usuaria; 3) Incentivar la prestación cruzada de servicios entre instituciones de salud del sector público, social y privado (SSA, 2006). Además, según Escandón, cuando faltaran los de los Sesa, los del IMSS y del resto de los institutos de seguridad social, los complementarían junto con los servicios privados⁴⁷ (Leal, 2013) y 4) Constituir una estructura administrativo-financiera paralela a la SSA y a los Sesa, eje de las directrices y lineamientos del funcionamiento y financiación mercantiles para operar el seguro y el sistema —mercado— de salud en su conjunto.

En ese objetivo, el 15 de mayo de 2003 fue reformada la LGS adicionando el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y, su brazo operativo, el Seguro Popular (SP) (LGS, Arts. 3 F. II Bis, 13-A F. VII Bis, 77 Bis, 1-41, 2003). El SPSS buscaba: 1) Completar la federalización de los servicios; 2) Fortalecer el papel rector de la SSA; 3) Consolidar un sistema universal en salud con diversidad de financiamiento y disgregación de servicios; 4) Propiciar la libertad de elección como valor instrumental de las personas demandantes de servicios, y 5) Fortalecer la inversión en infraestructura física, recursos humanos y conocimiento.

El SPSS era la materialización del modelo del pluralismo estructurado propuesto por Londoño y Frenk en 1997. Ambos proponían una estructura descentralizada en la que el Estado delegaba la responsabilidad de la prestación directa de los servicios, limitando sus funciones a regular, coordinar, financiar y brindar protección en el sistema de salud. Fracturaba al monopolio del sector público separando sus funciones de financiamiento, de las de prestación de servicios; lo que supuestamente mejoraría las finanzas públicas y aumentaría las opciones a las personas consumidoras y proveedoras de salud, es decir, se concretaba la competencia de servicios de salud con pluralidad de prestadores de servicios públicos, privados, sociales y público-privados, regulada con reglas del mercado por el Estado.

La ejecución del SPSS estaba a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNSPSS) en el nivel federal y a nivel de cada entidad federativa, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).

Los REPSS fueron creados como estructuras más o menos independientes de los Sesa, tenían como objetivos: gestionar y administrar los recursos financieros del sistema, y coordinar y supervisar la prestación de los servicios de atención médica, ofrecidos en los sistemas estatales de salud que operan los gobiernos estatales, o comprados a las instituciones de la seguridad social y a los proveedores privados. Además, poseían funciones de afiliación e integración del padrón de afiliaciones. Su funcionamiento dependía del grado de autonomía y denominación jurídica conferidos por entidad.

La provisión de los servicios de salud estaba a cargo de los Sesa, en primera instancia, o con otros servicios públicos por carencia de estos. El REPSS decidía los recursos que debían destinarse al pago de los servicios y coordinaba su prestación; lo que era realizado a través de convenios de prestación de servicios —convenios de colaboración interinstitucional y mecanismos de compensación económica—, tanto con los Sesa de cada entidad, los servicios de otros estados, las instituciones de seguridad social e, incluso, los privados (Flamand y Moreno, 2015).

El financiamiento del SPSS estaba constituido, remedando al tripartismo del IMSS, por contribuciones fiscales: una aportación del Gobierno Federal, o cuota social anual por cada familia afiliada equivalente a 3.92% de un SMGDF; una cuota de las entidades federativas, o aportación solidaria, compuesta por una cuota estatal mínima y los recursos asignados a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), y una prima individual o cuota prepago anual —anticipada— y progresiva por cada persona afiliada, a partir del nivel de decil de ingresos V y hasta el X. Se exentaba total o parcialmente del pago únicamente a las personas de más bajos recursos, situados en los deciles de ingresos IV y menores.

Los servicios de salud del SPSS combinaron carteras de servicios: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), intervenciones básicas de primer, segundo nivel y ambulatorias; el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y atenciones de tercer nivel de un reducido número de enfermedades de alto costo (LGS, 2003). Todos estos paquetes de intervenciones y servicios eran muy inferiores a los cubiertos por los institutos de seguridad social laboral, particularmente los del IMSS, pues el SPSS tenía como propósito esencial garantizar la sustentabilidad financiera del SP.

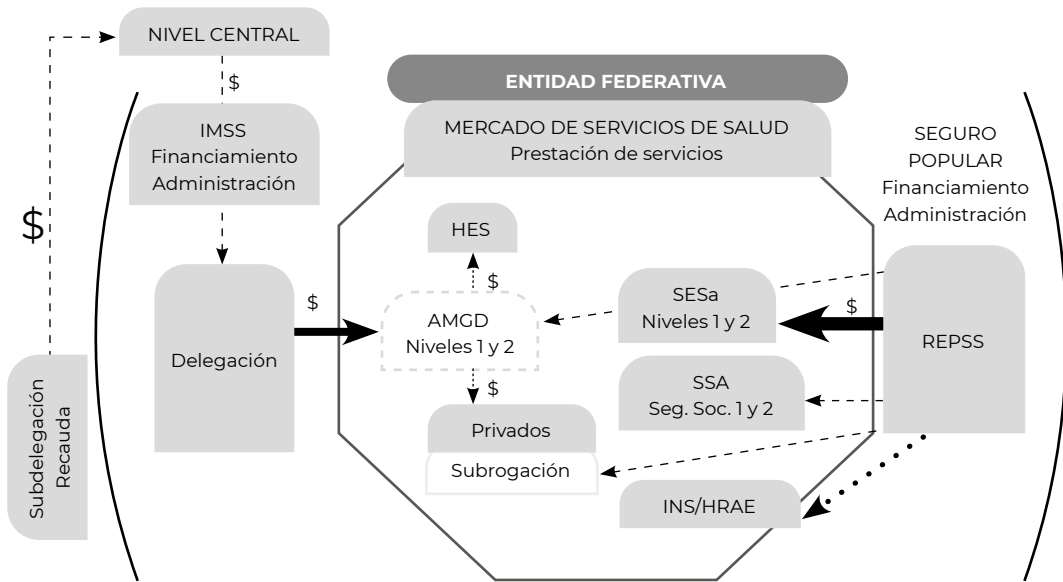
En 2002 inició el Seguro Popular como programa piloto en cinco estados y, en 2004, ya operaba en 24. Significó un aumento importante de recursos destinados a la SSA y a los Sesa. El gasto público en salud pasó de 122,365 millones de pesos en 2000 a 417,730 millones de pesos en 2011, en valores nominales. En términos reales, el incremento fue 5.2% anual en el periodo. El gasto en salud representó solo 1.9% del PIB (De la Cruz, 2012).

Robustos estudios demostraron la inexistencia de evidencia empírica que diera cuenta que el Seguro Popular haya contribuido a disminuir la desigualdad en salud, protegido a la población pobre, incrementado el acceso a los servicios o reducido el gasto de bolsillo de las personas a quienes estuvo dirigido (Laurell, 2013).

El esquema IV.1 muestra cómo con las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada y el Seguro Popular, espejo de las anteriores, estaban dispuestas las condiciones para materializar el mercado de la salud (SNS), con separación funcional entre los entes financiadores y los prestadores de servicios. Razón por la que la implementación del Seguro Popular fue reconocida como la tercera reforma estructural sanitaria en México.

Reconocimiento efímero que solo duró en esa particular y corta coyuntura, pues la interrupción funcional de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada en 2002, la aplazaron. Condiciones que se establecieron nuevamente a finales de la administración de Molinar Horcasitas y Karam Toumeh, en la Dirección General del IMSS, y con Calderón Hinojosa, en la Presidencia.

**ESQUEMA IV.1
FUNCIONAMIENTO Y FINANCIAMIENTO ESPEJO; AMGD, (1998-2002), Y SEGURO POPULAR**



Nota. Elaboración propia con base en la Ley General de Salud 2003; IMSS, 1999a. La flecha de puntos redondos corresponde a recursos para gastos catastróficos.

Para la concreción del Seguro Popular, el Gobierno Federal promovió tres estrategias: Arranque Parejo en la Vida, Cruzada Nacional por la Calidad y el Paquete Básico de Servicios de Salud (SSA, 2002). La primera buscó abatir la mortalidad materno-infantil, creando una red social dinámica entre los tres niveles de gobierno y las instituciones públicas de salud, privadas y sociales. Alineada a las directrices del Banco Mundial de 1987, 1993 y 2001, este programa asignaba al Estado tareas básicas —vacunación, vigilancia epidemiológica, etcétera—, focalizando los servicios en la población más pobre y sin acceso a la atención sanitaria —paquetes básicos costo-eficientes—.

La Cruzada Nacional por la Calidad gatilló el inicio de la nueva era del SNS en el propósito de lograr la cobertura universal efectiva, a través del Seguro Popular; su fines fueron homologar los niveles de calidad técnica en la atención médica, estandarizar los procesos de atención, monitorear los resultados de la Cruzada y certificar hospitales públicos y privados con criterios de calidad para operar el sistema (Ruelas, 2012).

La calidad estuvo asociada al propósito de certificación de las unidades por la SSA y el Consejo de Salubridad General, conforme también era acreditada la calidad de los Sesa (Ruelas, 2012). La calidad fue la condición necesaria para consolidar el funcionamiento mercantil de las instituciones públicas con una visión empresarial basada en la gestión eficiente, la productividad y el enfoque al cliente (SSA, 2001). Además, condujo a

institucionalizar un lenguaje, valores, prácticas y sentido común mercantil, que priorizó lo financiero —costo-eficiente y productivo—, y lo cuantificable y estandarizable, por encima de lo humano; paso que permitiría operar la prestación cruzada de servicios de salud públicos, privados y sociales.

Para concretar estas estrategias, la SSA formalizó y generalizó en 2006 el Modelo Integrador de Atención Primaria a la Salud (MIDAS⁴⁸), iniciando la aplicación del paradigma médico basado en evidencia técnico-científica —Medicina Basada en Evidencia— para desarrollar intervenciones en salud costo-efectivas (SSA, 2001). El MIDAS representó la guía preventivo-curativa para operar de forma similar e integral los servicios en todas las unidades y redes del sector salud: públicas, privadas y sociales (SSA, 2006; Alarcón-Cerón, 2013). Desde 1999 el MIDAS había sido instrumentado por el IMSS, sin nombrarlo de esa manera, para formar las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (IMSS, 1999a) y, a partir de 2001, lo utilizó para elaborar las Guías de Práctica Clínica (IMSS, 2014b), base de homologación de intervenciones y costeos.

IV.2. DEMOCRATIZACIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2001-2006

Al tiempo que era instrumentado el SPSS, eje del Programa Nacional Democratizador en Salud en México hacia un Sistema Universal; el proceso de profundización y afianzamiento de la mercantilización del IMSS seguía en curso. A la vez que este iba afinándose, sorteaba importantes obstáculos de orden social y político, que le condujeron a virar tácticas y pausar alcances. Tal fue el caso del funcionamiento de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada, detenido en 2002 por la acción del SNTSS para evitar el intento privatizador del Instituto. No obstante, nuevos procederes reforzaron el tramo avanzado, robustecidos con una nueva reforma a la LSS en 2001.

IV.2.1. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001-2006

En la 88ª Asamblea General del IMSS, realizada en marzo de 2001, el Presidente Vicente Fox Quesada hizo públicas las acciones que debían seguirse para continuar la modernización del Instituto: fortalecer la racionalidad, eficiencia y transparencia en la administración de los recursos financieros; garantizar la sustentabilidad financiera mediante la creación de reservas financieras y la profesionalización del manejo financiero; establecer un programa de gestión profesional del capital humano; integrar las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la modernización de los procesos sustantivos y orientar al IMSS hacia una cultura de calidad y servicio a sus clientes (Chong, 2005).

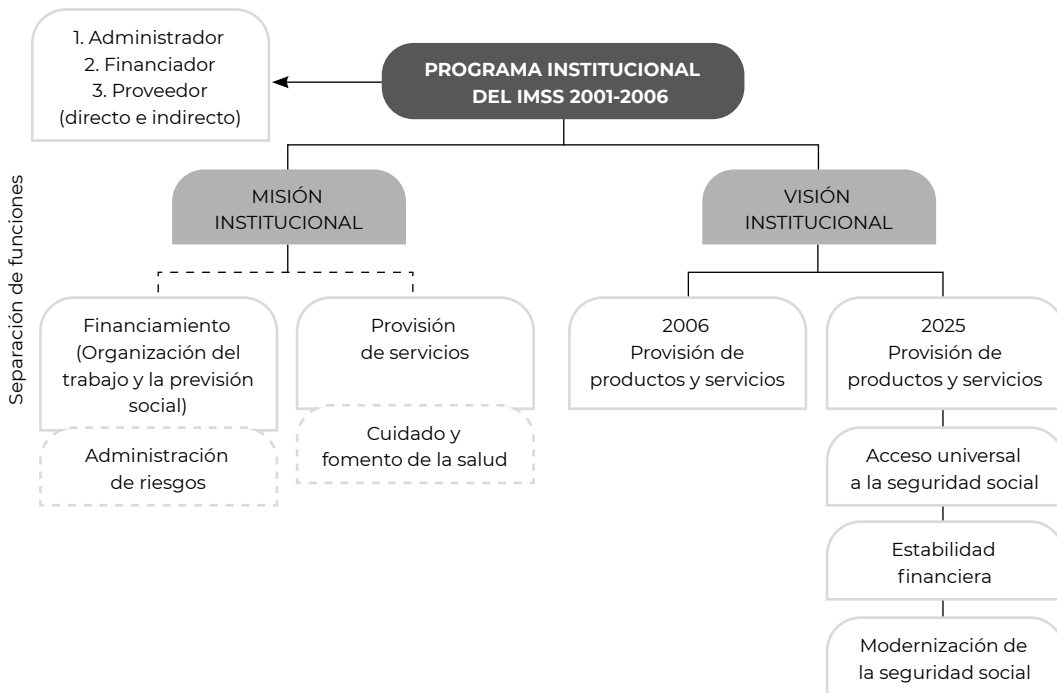
Con el propósito de concretar dichas orientaciones, el Director General del IMSS, Santiago Levy Algazi, a través de la Dirección de Planeación y Finanzas, elaboró por vez primera el denominado Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2001-2006 (PIIMSS) (IMSS, 2001). El programa conformó un instrumento operativo que precisó las actividades y metas a realizar coordinadamente en y por el Instituto para consolidar su fortaleza financiera, expandir la cobertura y alcanzar una mayor calidad en los servicios. La nueva Misión del Instituto⁴⁹ fue redefinida a partir de dos funciones: 1) La organización social del trabajo y previsión social y 2) La provisión de servicios.

La primera refería a la función del IMSS como administrador de las contribuciones y recursos financieros que garantizan las prestaciones en especie y en dinero a las personas trabajadoras y sus familias o administrador del presupuesto de los riesgos cubiertos por la Constitución y materializados en sus cinco ramos de aseguramiento —administración y financiamiento—. La segunda aludía a la función institucional de proveer servicios

preventivos y médicos, cuidando y fomentando la salud de la población trabajadora, la asegurada voluntariamente y la de sus familias, así como a través de guarderías para las madres trabajadoras; contribuyendo a la calidad de la atención y la productividad de las personas trabajadoras —prestación de servicios— (IMSS, 2001).

Para lograr la Misión del IMSS fue determinada una Visión institucional para dos momentos históricos: uno de largo plazo —2025—, cuyos objetivos fueron el acceso de toda la población mexicana a la seguridad social, la estabilidad financiera de largo plazo, la modernización de la seguridad social como instrumento de apoyo al mercado laboral, y su organización eficiente y eficaz. Y otro de corto plazo —2006—, orientado a la provisión de productos y servicios, así como a la consecución de resultados en las áreas de prestaciones económicas y sociales, de afiliación y cobranza, financieras y administrativas, y de apoyo o adjetivas. Ambas con el propósito de equilibrar la viabilidad y fortaleza financiera, lograr la modernización y eficiencia administrativa y tecnológica, y aumentar la calidad en la atención médica (esquema IV.2).

ESQUEMA IV.2
SEPARACIÓN DE FUNCIONES DE FINANCIAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS PIIMSS 2001



Nota. Elaboración propia con base en el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2001-2006.

En otros términos, la nueva Misión del Instituto estaba asociada al fortalecimiento de la separación de funciones entre financiamiento y provisión de servicios, que inició desde 1982 con la reestructuración progresiva del Instituto y la desconcentración de sus funciones —primero administrativas y luego funcionales—. La última permitió concretar, en 1998, las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada como proveedoras —directas e indirectas— de servicios médicos, separadas de la función financiera y administrativa

de recaudación, cobro y fiscalización, entre otras. Proceso que supondría el triunfo de su desmembramiento como monopolio del bienestar social, habiendo fomentado la participación privada⁵⁰ y dado un primer gran paso en la constitución del SNS de competencia mercantil público-privada.

Antes de iniciar su modernización neoliberal en 1982, el IMSS concentraba las funciones de recaudación, afiliación, fiscalización, administración e inversión de todas las cuotas obrero-patronales y los ramos de aseguramiento, pago directo de prestaciones económicas —pensiones—, provisión directa de servicios médicos y sociales, realización de tareas adjetivas, construcción de infraestructura, producción de medicamentos y mantenimiento de unidades habitacionales para personas trabajadoras, entre otras. Funciones que gradualmente fueron eliminándose, desde 1982, como parte de la reforma del Estado y sus instituciones.

El redimensionamiento de sus funciones implicó reducirlas y separarlas —ver capítulos II y III—, lo que en su papel estratégico dentro del modelo de salud neoliberal, ayudó a allanar el camino a la incorporación de prestadores privados, para cumplir las obligaciones de ley del Instituto, en la mira de consolidar el mercado de la salud con fondos públicos. Retracción del Instituto justificada con base en premisas no comprobadas que vaticinan que el sector privado es más eficiente que el sector público y que la función del gobierno debe ser la de regular, y no la de proveer servicios (López y Jarillo, 2017).

Horizonte que condujo al PIIMSS 2001-2006 a determinar cinco objetivos: 1) Manejar estrictamente y con calidad los recursos financieros y su asignación; 2) Fortalecer la creación de reservas financieras; 3) Establecer sistemas modernos de gestión de recursos humanos; 4) Modernizar informática y digitalmente los procesos del Instituto, 5) Comprometerse con la calidad, transparencia, ética y probidad, así como el apego a la ley. Cada uno imbricado a una serie de acciones estratégicas encaminadas a reorganizar la administración y prestación de los servicios en manos del Instituto.

Estos propósitos fueron concretados a partir de una nueva legislación y con el robustecimiento de las estrategias modernizadoras que desde 1982 venían siendo implementadas en el Instituto.

IV.2.2. Reforma a la Ley del Seguro Social de 2001: hacia la sustentabilidad financiera del Instituto

De acuerdo con las directrices del PIIMSS 2001-2006, aprobadas en noviembre de 2001, fue publicada el 20 de diciembre de ese mismo año una nueva reforma a la Ley del Seguro Social, regulando las condiciones que las harían posibles.

La reforma fue aprobada en el marco del desfinanciamiento del IMSS, provocado por la variabilidad del entorno macroeconómico y profundizado por la descapitalización derivada de la reforma estructural de 1995.

La reforma de 2001 tuvo como objetivo central la reestructuración financiera del Instituto fortaleciendo sus atribuciones para garantizar su sustentabilidad financiera y operación en el largo plazo. También reforzó sus facultades fiscales, administrativas, procedimentales y tecnológicas —en lo presupuestario y en la administración de recursos humanos—, evitando incrementar los recursos fiscales al Estado y modificar la estructura de cotizaciones vigentes.

En la lectura de los reformadores, el elemento que contradecía estos propósitos era el alto costo de los pasivos laborales del Instituto, es decir, el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de las personas trabajadoras IMSS afiliadas al SNTSS. De ahí que desde la

exposición de motivos de la reforma de 2001 fuera señalado el RJP como el factor decisivo del permanente déficit del Instituto, izando una contundente propuesta para reformarlo, reducir sus costos y sanar las finanzas públicas (EMLSS, 2001).

En la narrativa de los reformadores, el alto costo del RJP fue adjudicado a la rápida creación de plazas durante las décadas de 1970 y 1980 (EMLSS, 2001). Sin embargo, obviaron incluir como componente central del gasto del Instituto al factor político —no todo es mercado—, es decir, la onerosa contratación colectiva, engrosada desde hacía 18 años por los reformadores del Instituto, a cambio de permitirles privatizarlo.

Acallaban la relación corporativa de los nuevos tiempos con un nuevo proceso de dominación hegemónica centrado en dejar privatizar las pensiones de los otros, a cambio de no tocar las suyas, y de beneficios y prebendas laborales muy superiores a las del resto de las personas trabajadoras incorporadas al apartado A del Artículo 123 constitucional. Una intermediación que, por política, nunca ha estado ayuna de tensiones y resistencias, además de no ser monolítica.

Modificar el RJP, además de reducir los pasivos laborales, también le restaría poder al SNTSS al interior del Instituto. Lo limitaría en la toma de decisiones sobre la creación de nuevas plazas y, particularmente, ayudaría a contener su rebeldía y oposición para llevar a cabalidad, sin concesiones, la consolidación del funcionamiento de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) para desarrollar su competencia en el mercado intersectorial de la salud, y luego con los privados en el Sistema Nacional de Salud.

En 2002 la presión y movilización del SNTSS logró pausar el funcionamiento de las AMGD e impidió formalizar las modificaciones sustantivas al RJP. Por el contrario, fueron asentadas en la ley especificaciones que las garantizarían. El SNTSS logró que el RJP no formara parte del patrimonio del Instituto, por lo que sus recursos no podrían utilizarse para funciones distintas al pago de pensiones de las personas afiliadas al SNTSS. Para asegurar los pasivos laborales fue constituido el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, con recursos contabilizados de manera independiente a las finanzas institucionales (Osorio, Ravelo y Sánchez, 2006).

A cambio, fue introducido un nuevo esquema segmentado de relaciones laborales que diferenció a las personas trabajadoras de confianza Estatuto A —puestos de alta dirección, contratados directamente por el IMSS—, de las del Estatuto B —contratados por una comisión mixta IMSS-SNTSS, asignados a puestos de confianza— y de las de Base —regidos bajo las normas, estatutos y contrato colectivo del SNTSS— (LSS, Art. 286-F y K, 2001).

También se limitó la decisión del SNTSS respecto al número y perfiles de las plazas del Estatuto A (LSS, Art. 256, 2001), constriñéndolo solo a la aprobación de sueldos y prestaciones, sujeta a la viabilidad financiera. Estos puestos de carácter técnico y gerencial fueron vinculados a las pautas de la flexibilización laboral: su salario estuvo vinculado a la productividad, con contratos individuales —excluyéndolos del Contrato Colectivo de Trabajo— y apegados al Código de Ética articulado a la agenda del “Buen Gobierno” foxista.

En 2004, nuevamente hubo un intento por reformar el RJP con una propuesta externa al Instituto hecha por parte del PRI y presentada por el diputado federal Manlio Fabio Beltrones, la cual fue aprobada sin discusión en la Cámara de Diputados. La iniciativa partió del mismo argumento que la anterior: el alto costo del RJP era el que ponía en riesgo las finanzas del Instituto, ya que las aportaciones de las personas trabajadoras al régimen resultaban insuficientes para hacer frente al pago de las pensiones, en curso y futuras. Además, alegaba que, para cubrir el déficit, el IMSS había tenido que contraer los

recursos que debían canalizarse a la inversión física y a la compra de insumos, ahondando el grave deterioro de los servicios médicos (IMSS, 2005e).

La reforma buscó limitar la capacidad del SNTSS en la contratación de nuevo personal. Estableció que el HCT podría crear, sustituir o contratar nuevas plazas —sujetas a criterios de productividad, eficiencia y calidad—, siempre y cuando tuviera los recursos presupuestales suficientes para cubrir sus obligaciones futuras (LSS, Art. 277-D, 2001). Contratación que también estaba sujeta a la propuesta del Director General y de la SHCP. También fue refrendado el contabilizar de forma separada los recursos del RJP, impidiendo el uso de las reservas para el pago de las pensiones (LSS, Art. 286-K, 2001).

La aprobación de la reforma al RJP ocurrió la mañana del 13 de marzo de 2004, generando enfrentamientos entre el SNTSS y las autoridades del IMSS, y fue derogada en la tarde de ese mismo día. La negociación entre ambos quedó traducida en el Contrato Colectivo de Trabajo de 2005-2007, negociado en octubre de 2005 y publicado el 30 de junio de 2006. Ambas partes pactaron un incremento salarial de 4% y de 1.5% a prestaciones; a cambio, el esquema para el retiro aumentaría las cuotas anualmente en 1%, por lo que 4% del salario se aumentaría hasta llegar a 10% (IMSS, 2005a); proceso que contó con el aval de los resolutivos del polémico XLVI Congreso (Leal, 2009).

En un convenio adicional para las jubilaciones y pensiones de las personas trabajadoras de base de nuevo ingreso, de fecha 14 de octubre de 2005, firmado entre el IMSS y el SNTSS, quedó establecido que las prestaciones para las personas jubiladas no cambiarían, mientras que los nuevos ingresos obtendrían la jubilación hasta cumplir 60 años, con 34 y 35 años de servicios, las mujeres y los hombres, respectivamente, y con un tope salarial de jubilación de 100% de su último salario (IMSS, Cláusula 5, 2005a, p. 3). Además, fue autorizada la contratación de entre 65 mil y 70 mil nuevas personas trabajadoras de parte del SNTSS en todo el sexenio, habiendo justificado que eran plazas indispensables y asegurado los recursos para el pago de las obligaciones (Osorio, Ravelo y Sánchez, 2006; Dion y Murillo, 2006).

A la postre, el costo del RJP sigue señalado como la principal causa de la erosión financiera del IMSS y del desvío de recursos a su cumplimiento, pero no así al fortalecimiento del Instituto.

Sorteado este asunto, temporalmente, el nuevo funcionamiento del Instituto, iniciado desde 1998, con la separación de la función de administración y financiamiento de la de prestación de servicios —AMGD—, hizo imperativo una nueva regulación acorde. El derrotero fue fortalecer a toda costa el carácter recaudador del Instituto para financiar tanto el ahorro nacional como la prestación de los servicios médicos y sociales, ya fueran prestados estos de manera directa —pagando el Instituto los propios— o de forma indirecta —comprándolos el Instituto a otros, privados o públicos—.

La separación de funciones en el Instituto implicó reconceptualizarlo. De haberse concebido como pilar del bienestar centrado en las personas, transitó a pensarse como una maquinaria —empresa— que cada vez debía ser más eficiente en la recaudación y cobro, con facultades de fiscalización y castigo para los evasores y morosos. De ahí que la reforma de 2001 hiciera prevalecer un horizonte institucional financiero para el Instituto, en contraposición a su origen: responsable público de garantizar el derecho a la seguridad social y a la salud, con calidad, oportunidad y humanismo, de manera individual y colectiva.

Seis cambios normativos fueron los propiciados con la reforma de 2001: 1) Fortalecer la capacidad recaudatoria del IMSS como autoridad fiscal; 2) Reforzar la autonomía presupuestal con transparencia y eficiencia; 3) Constituir reservas técnicas; 4) Redefinir

lo público y ampliar el régimen patrimonial; 5) Modernizar la gestión de los recursos humanos, y 6) Legalizar la incorporación y aplicación de las TIC para que la prestación de los servicios fuera más eficiente y de calidad.

Fortalecer la capacidad recaudatoria del IMSS como autoridad fiscal

El carácter de organismo fiscal autónomo le fue otorgado al IMSS por ley en 1944 (Art. 135), debido a la naturaleza fiscal que ejercía respecto al pago obligatorio de las cuotas obrero-patronales. Durante las 5 primeras décadas de la vida del Instituto no hubo ninguna modificación sustancial al respecto y fue hasta el periodo neoliberal, particularmente en 1993, cuando fue promovido un primer cambio a la LSS con el propósito de modernizar y actualizar al Instituto en su carácter de autoridad fiscal. Dos años después, la reforma estructural de 1995 (LSS, Art. 5, 1995) refrendó esta facultad, aunque sin precisarla, lo que generó, según los reformadores de 2001, ambigüedades, criterios contradictorios y limitaciones en su actuar (LSS, 2001).

Por ello, la reforma de 2001 amplió las atribuciones, funciones y capacidades del IMSS como organismo fiscal autónomo, reconociéndolo como el segundo agente recaudador nacional, después del Servicio de Administración Tributaria (SAT) (EMLSS, 2001). Acción jurídica que le dio al Instituto las herramientas para hacer más eficiente y eficaz la recaudación de los recursos por cuotas obrero-patronales, a fin de resolver el histórico boquete en la recaudación, producido por la evasión fiscal patronal, y garantizar mayores finanzas, en un contexto de contención del gasto público —escasez de recursos—. A partir de esta reforma, el Instituto proliferó en opciones para facilitar la operación administrativa, simplificar los trámites patronales para el pago de las cuotas obrero-patronales y para ampliar su agencia imponiendo sanciones por delitos fiscales (EMLSS, 2001).

Los cambios fiscales promovidos por la reforma a la LSS en 2001 fortalecieron el carácter autónomo del Instituto facultándolo a actuar conforme a las disposiciones del Código Fiscal de la Federación, sin requerir de la participación de ninguna otra autoridad (LSS, Arts. 5, 270 y 271, 2001). Esta precisión legal, supuso incluir, en materia recaudatoria, disposiciones específicas para la operación del Instituto, con autonomía de gestión y autonomía técnica, y así conciliar sus facultades de organismo público de carácter tripartita con las propias de un organismo fiscal autónomo (LSS, 2001).

Como parte de la agenda de la APF (PNCCFTDA 2001-2006, MEIG y ABG), el componente del gobierno electrónico y digital quedó incorporado a la LSS en 2001. Aunque ya había sido introducida la digitalización al Instituto con el proceso de su modernización, ahora quedaba establecida por ley la obligación para concretarla. La digitalización particularizó en el aspecto financiero para facilitar la recaudación y fiscalización de las obligaciones patronales respecto al pago de las cuotas obrero-patronales. Implicó continuar la simplificación administrativa, reduciendo costos, errores, aclaraciones, impugnaciones, recursos y juicios (LSS, Arts. 15 F. IX, 39-A y C, 2001).

Los cambios facultaron al Instituto a establecer variadas estrategias que garantizarían una mayor recaudación. Destacaron cuatro procesos:

- 1) La eventualidad de celebrar convenios entre el IMSS y patrones para pagar las cuotas obrero-patronales en parcialidades; lo mismo con respecto a los capitales constitutivos, actualización, recargos y multas derivados de estas (LSS, Arts. 15-B y 40-C, 2001).
- 2) El establecimiento de obligaciones en materia de seguridad social para los intermediarios laborales —empresas subcontratistas⁵¹—, responsabilizándolos del pago de las cuotas obrero-patronales correspondientes (LSS, Art. 15-A, 2001).

- 3) La facultad de registrar a contadores públicos para dictaminar, con base en la norma, el cumplimiento de los requisitos exigidos por esta (LSS, Arts. 215 F. XXIX, y 6° Transitorio, 2001).
- 4) El establecimiento de un catálogo específico de delitos fiscales por concepto de defraudación u omisión dolosa en materia del pago de cuotas obrero-patronales, evitando generar perjuicios patrimoniales (LSS, Arts. 305-319, 2001).

A pesar del reforzamiento fiscalizador del Instituto, los recursos apenas crecieron 0.7% en 2002, aunque disminuyeron 2.2% al cierre de la administración (IMSS, 2020).

Otra estrategia para aumentar los recursos del Instituto y para avanzar en la “expansión” de la seguridad social fue la reforma al Artículo 242 de la LSS de 2001, relativa al SSFAM. Estableció que el monto de la cuota anual ahora sería calculado emulando a los seguros privados, es decir, de acuerdo con la edad de cada integrante de la familia asegurada. De esta forma quedó estipulado que los grupos de mayor edad pagarían una cuota más alta con respecto a los de menor edad. El cálculo estaba basado en una tabla de clasificación con cuatro grupos de edad y sus respectivas sumas a pagar: de 0 a 19 años —889 pesos—, de 20 a 39 —1,039 pesos—, de 40 a 59 —1,553 pesos—, y de 60 o más —2,337 pesos—. Dicha tabla sería actualizada por año conforme al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Reforzar la autonomía presupuestal con transparencia y eficiencia

Justificada por la modernización administrativa en su fase de innovación —racionalidad y transparencia en el uso de los recursos—, la reforma 2001 a la LSS, además de fortalecer el carácter fiscalizador autónomo del Instituto, supuso que en el ejercicio de los recursos este fuera fiscalizado por órganos del gobierno federal. Lo cual, no obstó para que, en su carácter de órgano tripartita, el Instituto continuara con autonomía para ejercer el gasto —programación y planeación— apegado a sus prioridades y necesidades —de acuerdo con las tendencias demográficas y epidemiológicas—, y manteniendo la estabilidad y equilibrio financiero en el mediano y largo plazo.

A partir de la reforma de 2001, en el apartado individual del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación —aprobado anualmente por la Cámara de Diputados—, el Instituto debía establecer el destino específico de las cuotas, contribuciones y aportaciones que el Gobierno Federal le entregara, y hacer referencia al total de gasto previsto a ejercer, señalando —en su caso— las reglas para su control y seguimiento (LSS, Art. 272, 2001).

Asimismo, de acuerdo con la LSS de 2001, el Instituto debía presentar anualmente al Congreso de la Unión y al Ejecutivo Federal, por conducto de la SHCP, un informe dictaminado por auditor que incluyera: la situación financiera de cada ramo y la de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar la suficiencia de sus primas para cubrir los gastos presentes y futuros (273, F. I); los posibles riesgos, contingencias y pasivos, tomados de cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles (273, F. II); las estimaciones sobre posibles ajustes a las cuotas obrero-patronales y a las cuotas del Gobierno Federal de cada seguro (273, F. III); así como la situación de sus pasivos laborales totales y otros que comprometieran su gasto por más de un ejercicio fiscal (LSS, Art. 273, F. IV, 2001).

A efecto de lograr una mayor transparencia y eficiencia presupuestal, la LSS amplió las facultades del Instituto relativas al régimen de presupuestación, gasto y contabilidad de los recursos que recibe y administra; obligándolo a formular su proyecto



de presupuesto y a ejercer el gasto correspondiente, con apego a criterios de disciplina, productividad, ahorro, austeridad, eficacia, eficiencia, desregulación presupuestaria y transparencia (LSS, Art. 272, 2001); ello, articulado a los criterios de política económica y a su aprobación por el H. Consejo Técnico (HCT) y luego por la SHCP.

A partir de la reforma, el Director General del IMSS presentaría al H. Consejo Técnico el anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto, incluyendo los gastos de operación y el flujo de efectivo con base en los criterios de política económica y presupuestaria del Gobierno Federal, al igual que la evolución de los ingresos de este y los lineamientos del control del gasto. Anteproyecto que aprobaría el H. Consejo Técnico y remitiría a la SHCP para que el Ejecutivo Federal, a su vez, lo autorizara y enviara al Congreso de la Unión como parte de la iniciativa de Ley de Ingresos y el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para su análisis y aprobación (LSS, Arts. 274 y 276, 2001).

Estas modificaciones normativas, con fuertes implicaciones administrativas, si bien buscaron fortalecer la autonomía fiscal y la autonomía de gestión del IMSS, con disciplina, austeridad y transparencia, en los aspectos recaudatorio y de fiscalización, al mismo tiempo acotaron y vigilaron el manejo presupuestal del Instituto y acrecentaron la representación de los diferentes órganos fiscalizadores del Ejecutivo Federal al interior del Instituto.

Fueron incorporadas la representación de dos Secretarías de Estado al seno del H. Consejo Técnico: la de la SHCP y la de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (Secodam). La primera en calidad de consejero dentro del HCT y la segunda como miembro permanente de la Comisión de Vigilancia⁵² (LSS, Art. 265, 2001); incorporación hecha en el supuesto de alcanzar una mayor eficiencia en la administración institucional y consolidar la operación desconcentrada del Instituto, en su nueva calidad de entidad financiera de fiscalización de recursos. Ahora, tendrían mayor injerencia tanto la SHCP como la Secodam en la aprobación del presupuesto del Instituto (LSS, Arts. 210-A, 216-A, 263, 264, 272, 273, 274, 276, 277-A, B, D, E y F, 2001).

El H. Consejo Técnico quedó integrado con los sectores patronal y obrero, y con los secretarios de Hacienda y Crédito Público, y de Trabajo y Previsión Social. Acción que reforzó la presencia del Ejecutivo Federal al interior del órgano de gobierno del IMSS (LSS, Art. 263; IMSS, 2001). Ello en apego al PNCTDA 2001-2006 con el propósito de convertir a la Administración Pública Federal y sus instituciones en una organización moderna orientada al servicio, con eficiencia, eficacia, honestidad y transparencia en el manejo de los recursos públicos.

Además, la LSS de 2001 comprometió al Instituto a informar al Poder Legislativo sobre sus movimientos presupuestales incluyendo, además de los ya mencionados, los relativos a la inversión de reservas, transferencias de recursos entre ramos y los pasivos laborales (LSS, Arts. 210-A, 268, 273, 277-B, 286-C, y 12° y 25° Transitorios, 2001).

Constituir reservas técnicas

El prurito financista del Instituto también significó consolidar la individualización financiera de cada uno de los ramos de aseguramiento, justificándose con el argumento de garantizar, a través suyo, una operación que asegurara la dotación de servicios médicos, prestaciones económicas y sociales. La reforma de 2001 estableció y precisó el carácter y utilización de las reservas técnicas que sustentarían financieramente la operación de cada uno de los seguros y sus coberturas. El propósito fue fortalecer financieramente al IMSS y lograr una mayor eficiencia en su ejercicio presupuestal.

La LSS de 2001 estableció un régimen presupuestario basado en la constitución de una reserva operativa contabilizada separadamente por cada seguro administrado por el IMSS: SEM, SIV, SRT, SGPS, SSFAM y uno nuevo denominado Gastos Médicos para Pensionados (SGMP) (LSS, Arts. 280, 281, 283, 286 y 286-A, 2001). Los cuales fueron instituidos de la siguiente manera:

- 1) Reservas Operativas (RO): constituidas una por cada seguro administrado por el IMSS. Compuestas por los recursos necesarios para la operación de cada ramo, convergiendo en estas los ingresos por concepto de cuotas obrero-patronales, las aportaciones adicionales del Estado y las cuotas de los seguros voluntarios (LSS, Arts. 281 y 282, 2001).
- 2) Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF): constituida por los ingresos ordinarios y extraordinarios del IMSS para estabilizar la operación de los seguros ante emergencias, previa autorización del HCT. Podían financiar a las RO y a los programas prioritarios hasta por 90 días de ingreso promedio del año anterior del seguro que requiriera el financiamiento (LSS, Art. 283, 2001).
- 3) Reservas Financieras y Actuariales (RFA): conformadas para garantizar la operación de cada ramo a largo plazo, con sujeción a las estimaciones de sustentabilidad financiera del Informe Financiero y Actuarial; pudiendo ser divididas y manejadas conforme a riesgos futuros de cada seguro (LSS, Arts. 284 y 285, 2001).
- 4) Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA): creada para financiar las RO y los programas prioritarios del Instituto ante efectos catastróficos o variaciones financieras significativas que pudieran disminuir drásticamente los ingresos o incrementar las erogaciones, las cuales podían aumentarse o reconstituirse con base en estudios sociales, financieros y actuariales (LSS, Art. 286, 2001).

La precisión del carácter y la utilización de cada una de las reservas técnicas respondió al sostenido y creciente déficit de los ramos médicos y la dificultad de mantenerlos en saldos positivos. En 2001, la reserva del SEM disminuyó el saldo en 992 millones de pesos, el SGMP mostraba un déficit por 5,000'300,000 pesos, mientras que el faltante del SSFAM sumaba 565 millones de pesos en 2003 (IMSS, 2002a).

Las reservas fueron definidas como una provisión del Instituto, por lo que el flujo de recursos que ingresaba por ramo no podría ser usado con un fin distinto al de garantizar la operación del seguro de origen (IMSS, 2002a). Las RO y ROCF estarían reguladas por el HCT, mientras que la RFA y la RGFA serían reglamentadas por el Ejecutivo Federal, ciñendo su constitución y uso a sus directrices. El HCT daría a conocer la composición y situación financiera de las inversiones, remitiéndola trimestralmente a la SHCP, al Banco de México y al Congreso de la Unión (LSS, Art. 286-C, 2001).

La inversión de las reservas tendría que garantizar la sostenibilidad de cada ramo. Los recursos de las RO y de la ROCF serían invertidos en valores, instituciones de crédito y fondos de inversión emitidos o garantizados por el Gobierno Federal para disponer de lo necesario y hacer frente a las obligaciones del ejercicio. Las RFA y RGFA solo podrían ser invertidas en valores y títulos de crédito determinados por el Gobierno Federal, que regularía los porcentajes, plazos, montos, instituciones y cuantías máximas para realizarlas, buscando siempre la mayor seguridad financiera, rendimiento y liquidez. Los rendimientos obtenidos serían aplicados exclusivamente a la reserva de origen (LSS, Art. 286-D y E, 2001).

Especificar el manejo de las reservas implicó que el IMSS contara con los recursos necesarios para hacer frente a las obligaciones de cada uno de los seguros que administra.



No obstante, su cumplimiento fue parcial y temporal, dado que a pesar del paulatino robustecimiento de las reservas y del fondo laboral, que pasaron de 33,000'300,000 pesos a 98,000'300,000 pesos entre 2001 y 2006, fue persistente el déficit creciente en los seguros médicos.

En 2006, el faltante del SEM equivalía a 11,000'100,000 pesos, mientras que el del SSFAM sumaba más 2,000'400,000 pesos, es decir, la situación financiera de los seguros médicos permanecía deteriorada —a excepción del SGPS⁵³— (IMSS, 2002a); lo cual sirvió para justificar, posteriormente, el uso de las reservas solo para sortear el desfinanciamiento de dichos ramos y no para el crecimiento físico del IMSS.

Redefinir lo público: ampliación del régimen patrimonial del IMSS

Con el propósito de que el IMSS pudiera obtener mayores ingresos, la reforma a la LSS de 2001 estableció una novedosa concepción del Instituto, precisando la de su régimen patrimonial, por su composición tripartita, en la mira de alcanzar la autonomía sobre sus recursos. De forma contraria, en su calidad de organismo público descentralizado, sin esta especificación de su patrimonio —aunque propio— implicaría que le correspondiese al sector público.

Con la redefinición del carácter público de institución tripartita, sus bienes fueron recategorizados, estableciendo lo que le corresponde como su “patrimonio”—el del ente tripartita—, distinguiendo formalmente entre los bienes que sí constituyen su propiedad y los que no. Los recursos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y las reservas técnicas procedentes de las cuotas obrero-patronales y estatales no eran parte del patrimonio del Instituto (LSS, Arts. 253, 286-K y 278, 2001).

El patrimonio del Instituto quedó conformado por los bienes muebles e inmuebles —sin importar su naturaleza jurídica—, derechos de propiedad; donaciones, herencias, legados, adjudicaciones, subsidios y transferencias; así como intereses, activos, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades y dividendos derivados de estos. La ley facultó al Instituto a usufructuar sus bienes financieramente.

Precisar el patrimonio abrió la puerta a la venta y renta de los espacios públicos del Instituto: su privatización. Justificado en el propósito de obtener mayores recursos para garantizar su sostenibilidad, el IMSS fue facultado para ofrecer sus instalaciones deportivas, sociales, culturales y recreativas, vía venta y renta a la población en general —sociedad y privados— mediante cuotas de recuperación (LSS, Art. 210-A, 2001), convirtiéndolos en espacios de rentabilidad económica. Asimismo, el Instituto podría prestar servicios médicos a personas no derechohabientes —a título oneroso— a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento (LSS, Art. 251, F. XXXVI, 2001). Con ello, fueron mercantilizados los servicios sociales y médicos del IMSS.

La privatización de los servicios sociales implicó redimensionar nuevamente al Instituto, retrayéndolo en su carácter monopólico de institución social de bienestar integral. Fueron profusamente desincorporadas importantes áreas sociales del Instituto, convertidas en jugosos negocios rentables en manos de privados. Lo que también implicó pérdida de derechos adquiridos por parte de las personas derechohabientes, quienes dejaron de acceder a ellos como derecho. Cuando los servicios permanecieron en el Instituto, ya mercantilizados, su acceso solo podían hacerlo comprando un servicio subsidiado.

La privatización de áreas sociales, más la de las pensiones, construyó la idea de un IMSS centrado solo en la prestación de servicios médicos. Cambios que legitimaron

—en el imaginario colectivo del Instituto— avanzar en la carrera desenfrenada por captar y cuidar —ahorrar— las finanzas para prestar servicios médicos; olvidando el carácter integral del bienestar que guió en su origen al Instituto.

Modernizar la gestión de los recursos humanos

El Instituto continuó con el objetivo de incentivar el desempeño individual del personal por sus méritos y jerarquía, por lo que siguió el proceso de habilitación y normalización de la lógica gerencial en el funcionamiento del personal, propio al proceso de modernización mercantil del Instituto, ahora en la fase de innovación.

La reforma a la Ley de 2001 estableció las bases para instaurar el sistema de profesionalización y desarrollo del personal de confianza A⁵⁴, facultando al Instituto a conformar una estructura ocupacional acorde con las nuevas necesidades del servicio, segmentada y escalonada. El HCT quedó facultado para aprobar las bases del sistema y extenderlo al personal de confianza B⁵⁵ (LSS, Art. 286-J, 2001), en acuerdo con el SNTSS, y a crear plazas con sujeción a criterios de productividad, eficiencia y calidad (LSS, Arts. 264, F. IX y XII, 268, F. VIII y 277, 2001).

El proceso de profesionalización de los recursos humanos abarcó la mejora de competencias y capacidades directivas, técnicas y operativas; destacando la formación gerencial para directivos y puestos de mando, así como la capacitación técnica para personal operativo (LSS, Art. 286-J, F. IV, 2001; ROIIMSS, 2003). La tendencia a profesionalizar y recompensar los recursos humanos públicos estuvo contemplada en los programas sectoriales PNCCFTDA, el PNS y el MEIG. El servicio público y la figura de persona servidora pública quedaron asociados a competir entre personas trabajadoras, más que a la cooperación y el humanismo en la prestación del servicio, y a la productividad por incentivos económicos, desvinculándolos de la vocación del servicio público.

Así, la profesionalización o habilitación en perspectivas gerenciales, continuó asociada a un sistema de compensaciones con remuneraciones, prestaciones y estímulos, que incluyó al personal de confianza A, según sus méritos, competitividad, productividad y desempeño (LSS, Arts. 264, F. IV, 286-F, I y J y 277-D, 2001). El pago de estímulos para los titulares de las jefaturas de servicios delegacionales y subdelegacionales quedó contemplado en normas secundarias (ROIIMSS, Art. 78, F. X, 2003). Por vez primera, la reforma a la LSS formalizó el pago de emolumentos y prestaciones a los miembros del HCT y consejeros técnicos representantes del sector obrero y patronal por su encargo (LSS, Art. 263, 2001).

Legalizar la incorporación y aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación

A efecto de fortalecer financieramente al IMSS y mejorar su operación, fue instrumentada la iniciativa e-Gobierno en el Instituto. Con la implementación del Programa e-Gobierno y Desarrollo Tecnológico del Instituto, el IMSS integró las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para seguir modernizando los procesos y flujos de trabajo. Ahora, lo haría mediante la operación de cinco iniciativas de alto impacto: e-Impuestos, e-Salud, e-Transparencia, e-Planeación de Recursos Institucionales —Sistema PREI-Millennium— y e-Abasto (Chong, 2005). Con las TIC, el Instituto buscó constituir un enlace entre las áreas sustantivas: Prestaciones Médicas, Incorporación y Recaudación de la Seguridad Social, y Prestaciones Económicas y Sociales.

La LSS de 2001 (Arts. 5-A, 39, 39-C y D, 40-B, 111-A, 251, 286-L, y 3°, 4° y 22° Transitorios) estableció un marco legal que brindó certidumbre jurídica a la utilización de las TIC en la operación del Instituto. En específico, en las cédulas de determinación fiscal,

transacciones electrónicas, el Expediente Clínico Electrónico (ECE), el almacenamiento de datos en medios electrónicos y la utilización de la Clave Única de Registro de Población (CURP). De esta forma, las TIC constituyeron un recurso crucial para eficientizar la gestión institucional, siempre que la sobrecarga normativa lo permitiera.

IV.2.3. Profundización de las estrategias de modernización mercantil en el IMSS

La fase final de la desconcentración de los servicios médicos del IMSS estaba planeada para concluirse en 2006 con dos grandes componentes: las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). Cada una contaría con presupuesto propio, administración desconcentrada y serían independientes de la Delegación a la cual estaban incorporadas (Aguirre-Gas, 2008) y, lo más importante, serían autogestionarias con facultades para la toma de decisiones y el control del servicio. Aunque varió la autonomía respecto al ejercicio de las finanzas.

Tercera fase de la desconcentración del IMSS hacia la autonomía de gestión: OOAD-Delegacional y Regional, y OOAD-UMAE

A partir de 2001 continuaron operando las 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada como proveedoras de servicios, con autonomía de gestión y financiamiento centralizado en las 37 Delegaciones desconcentradas. Los Acuerdos de Gestión firmados entre las AMGD y las Delegaciones formalizaron la autonomía relativa del área bajo responsabilidad de la AMGD, definiendo la decisión sobre los recursos, las modalidades de atención, las metas y los compromisos entre ambas. Para 2006 era esperado que las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada contaran con completa autonomía de gestión. Faltaba precisar, entre otras: el tamaño; las facultades administrativas, médicas y financieras a transferir a las AMGD; el papel operativo de las Delegaciones, regiones y Nivel Central como compradores/financiadores, y los esquemas de desempeño (SSA, 2001, p. 125).

No obstante, el proyecto AMGD fue pausado en 2002 por la tensión política creada entre las autoridades del IMSS y el SNTSS a raíz de la propuesta de modificar el RJP, que el Sindicato calificó como pérdida de derechos adquiridos y acusó a las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada como intento de privatización de los servicios médicos del IMSS. Su suspensión solo afectó la parte del funcionamiento autogestionario y, por ende, la separación funcional entre el financiamiento y la prestación de servicios; sin embargo, fue conservada su estructura operativa (Leal, 2009).

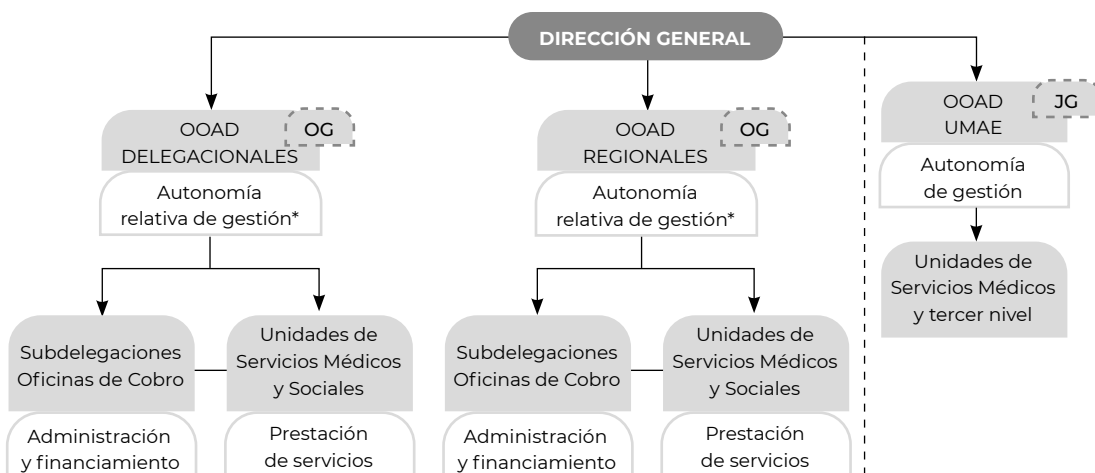
Detener las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) no impidió continuar con la desconcentración del IMSS, ahora la planeación cambió de orden enfocándose en la ampliación de la autonomía técnica, presupuestal y de gestión de las Delegaciones, y de los hospitales de tercer nivel del Instituto. Se hizo con base en criterios de eficiencia, eficacia, equidad y respeto a la autonomía. La reforma a la LSS del IMSS de 2001 ya había anunciado la creación, por ley, de los llamados Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) y de los órganos colegiados de gobierno —integrados de forma tripartita— asociados a estos, con los que se buscaba lograr una mayor eficiencia en la administración del Instituto (LSS, Art. 251-A, 2001).

A partir de este cambio fueron desarrolladas en 2003 las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) en el tercer nivel de atención, bajo forma de OOAD, separadas del funcionamiento del primer y segundo niveles, aunque vinculadas con mecanismos de referencia y contrarreferencia (Aguirre-Gas, 2008).

En 2003, continuó el proceso de modernización y fueron extinguidas las Direcciones Regionales, sobre su estructura fueron constituidos los OOAD, figuras administrativas intermedias, subordinadas a la Dirección General con autonomía de gestión en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios, con los que buscó consolidarse la desconcentración operativa y autogestiva del Instituto. Fueron constituidos los OOAD correspondientes a Delegaciones Estatales y Regionales —OOAD-Delegacional: OOAD-Estatal y OOAD-Regional—, así como los relativos a las Unidades Médicas de Alta Especialidad —OOAD-UMAE— (ROIIMSS, Arts. 1, F. VII; 142-E, F y G; 143, 151-A y B, 2003).

Los OOAD-Delegacionales y los OOAD-Regionales funcionarían con autonomía de gestión en las entidades federativas para realizar trámites relacionados con pensiones y liquidaciones de cuotas obrero-patronales, registro de patrones y sujetos obligados, entre otros (esquema IV.3). Para realizar las funciones administrativas y financieras, los OOAD estarían integrados por las Subdelegaciones y las Oficinas para Cobros del Instituto y, respecto a la prestación de los servicios, por unidades médicas (UMF, UMAA y HGZ, etcétera) y por las unidades sociales —Guarderías, Centros de Seguridad Social, Unidades Deportivas y Teatros— (RIIMSS, Art. 142, 2006b).

**ESQUEMA IV.3
DESCONCENTRACIÓN OPERATIVA DEL IMSS**



*La autonomía refiere al aspecto técnico, administrativo y presupuestal.
Nota. Elaboración propia.

Entre 2003 y 2005 fueron constituidos 25 OOAD-UMAE y 10 Unidades Médicas Complementarias de tercer nivel, que brindarían servicios médicos con tecnología y máxima resolución diagnóstico-terapéutica para padecimientos específicos: Traumatología y Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Cardiología, Pediatría, Oncología y Psiquiatría (AHCT 227/2003d, AHCT 389/2003e, AHCT 3/2004a, AHCT 4/2004b, AHCT 18/2004c, 148/2004d, AHCT 447/2004e y AHCT 5/2005).

La creación de los OOAD-UMAE respondió a los lineamientos del PNS 2001-2006 para hospitales de tercer nivel, con una normatividad que ampliaba su autonomía técnica, presupuestal y de gestión. Los recursos humanos, materiales y financieros, así



como los archivos y expedientes en posesión de las Delegaciones, pasaron a formar parte suya, conforme a las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización Interna (ROIIMSS, 2003). Hasta que concluyera dicha transferencia, las Delegaciones seguirían siendo responsables de la operación de los servicios institucionales (ROIIMSS, Art. 2º Transitorio, 2003).

La conformación de los OOAD-UMAE estuvo acompañada de la creación en 2003, de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad (CUMAE), diseñada para desconcentrar facultades y procesos operativos, aumentar la eficiencia, la autonomía de gestión y la autosuficiencia en los servicios médicos, al igual que otorgar recursos a las unidades prestadoras de servicios (ROIIMSS, 2003).

Los OOAD-UMAE fueron facultados a nivel nacional para proporcionar servicios médicos a personas derechohabientes y no derechohabientes mediante convenios (LSS, 2001); prestar servicios de salud preventivos, médico-quirúrgicos y de rehabilitación de alta complejidad en sus áreas de especialización; realizar estudios e investigaciones clínicos, y administrar los ingresos y recursos derivados de los servicios que ofrecen (ROIIMSS, Arts. 142-E y 147, 2003).

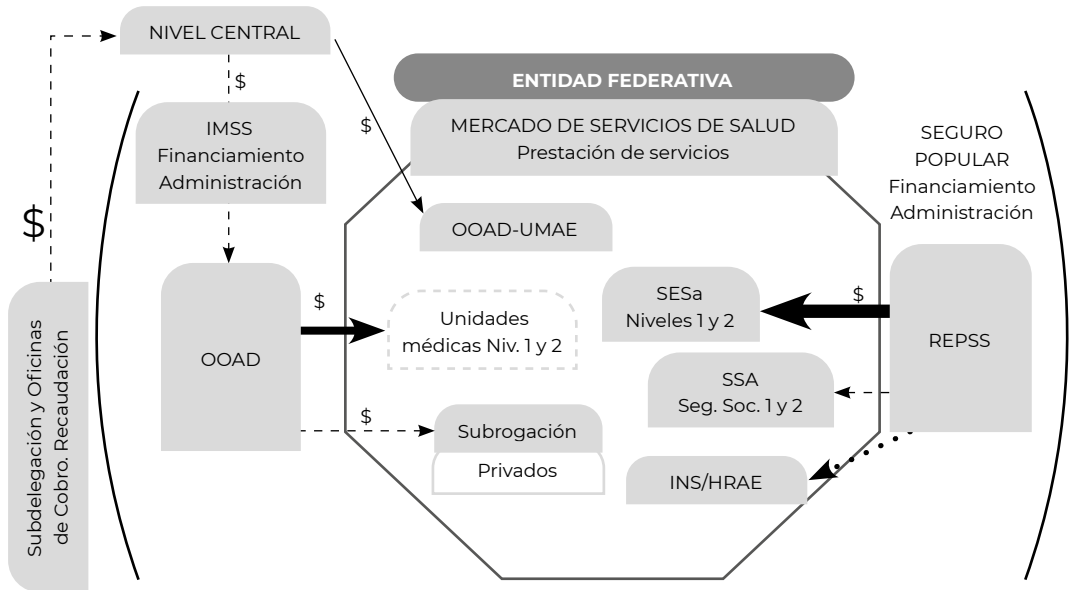
Cada OOAD-UMAE contó con su propia Junta de Gobierno (JG) en 2006, integrada tripartitamente y con atribuciones para vigilar que correspondiera el presupuesto con los objetivos, las metas y los indicadores establecidos; proponer al HCT los lineamientos para la aplicación de recursos que generara la propia OOAD-UMAE y evaluar el proceso de gestión administrativa de la misma (ROIIMSS, Arts. 1, 142-A y B, 2003; ROIIMSS, Art. 1, F. II, 2006b).

Los Órganos Colegiados agruparon a los Consejos Consultivos Delegaciones y las Juntas de Gobierno de los OOAD-UMAE; tuvieron un papel significativo en la desconcentración administrativa institucional, reforzando con ello su autonomía de gestión presupuestaria, administrativa y técnica (ROIIMSS, Arts. 115 y 142-A, 2003).

El presupuesto de los OOAD-UMAE estuvo conformado por partidas transferidas desde los HGZ o los HGR para la atención de pacientes referidos, las cuales serían asignadas conforme al nivel de complejidad de cada paciente, según los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y los recursos autogenerados por el OOAD-UMAE (Aguirre-Gas, 2008).

La conformación de los OOAD supuso continuar estableciendo las condiciones para la operación desconcentrada de los servicios médicos y sociales, afinó estrategias que permitirían autonomizar el territorio del Nivel Central con relativa separación de funciones, ya que en el caso de los delegacionales y regionales la decisión última sobre los recursos continuó en el Nivel Central, sujeto a sus necesidades (esquema IV.4). Respecto a los OOAD-UMAE, les fue concedida la autonomía de gestión presupuestal, incorporando incluso una suerte de figura de autogenerados para garantizar su sustentabilidad financiera, con convenios de prestación de servicios, a públicos y privados, o vendiendo servicios.

ESQUEMA IV. 4
ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO POPULAR
Y OOAD CON AMGD PAUSADAS, 2002-2006



Nota. Elaboración propia con base en la LSS, 2001; ROIIMSS, 2003; RIIMSS, 2006b. La flecha de puntos redondos corresponde a recursos para gastos catastróficos.

Cambios organizativos: DIDT, DAEG, DPES, afiliación y cobranza

Para instrumentar la anterior desconcentración, orientada desde el PIIMSS 2001-2006, fueron aprobados cambios organizativos en el Nivel Central del Instituto. Destacan la creación de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT), y de la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAEG); así como la reestructuración de las Direcciones de Afiliación y Cobranza, y de Prestaciones Económicas y Sociales (IMSS, 2001a; IMSS, 2001b; IMSS, 2005a).

La DIDT nació de la fusión de la Unidad de Control Técnico de Insumos y la Coordinación General de Informática para instrumentar la estrategia institucional tecnológica, informática y de innovación, centrada en dotar al IMSS de las herramientas digitales necesarias para recaudar, afiliar y fiscalizar eficientemente. A la DAEG le fueron transferidas las funciones de coordinación, apoyo y evaluación de las Delegaciones, que antes eran efectuadas por las Direcciones Regionales, que en 2006 fueron extinguidas junto con los Consejos Consultivos Regionales, tras ser desconcentradas las facultades y funciones a los siguientes niveles jerárquicos inferiores (ROIIMSS, Art. 81-D, 2003; IMSS, 2005b, c y e; RIIMSS, Art. 49, 2006); funciones tendientes a preparar las condiciones para convertir las Delegaciones en OOAD con autonomía de gestión, y a especializar a las Subdelegaciones en funciones administrativas.

La reorganización de la Dirección de Afiliación y Cobranza implicó la formalización del puesto de Coordinador Normativo de Subdelegaciones con funciones para normar y supervisar el sistema de evaluación de desempeño, basado en resultados de las Subdelegaciones y las Oficinas Auxiliares, así como su desempeño operativo y financiero (IMSS, 2001b).

El servicio de afiliación y cobranza fue reorganizado de acuerdo con la distribución de las empresas a nivel nacional y con la densidad regional de las actividades productivas. La función de atención a empresas fue separada y especializada de otras funciones. El pago de pensiones dejó de ser competencia de las Subdelegaciones para ser transferido a las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) (ROIIMSS, 2003).

La modernización de las Subdelegaciones continuó durante el sexenio foxista abarcando el mejoramiento físico de las instalaciones, el equipamiento, el proceso de selección de titulares, la capacitación y desarrollo del capital humano, y la reingeniería de procesos sustantivos (ROIIMSS, 2003). Estos cambios estuvieron relacionados con el fortalecimiento financiero del IMSS y con su reconversión en ente fiscalizador, al promover una recaudación eficiente para que el Instituto obtuviera mayores ingresos, sustentabilidad y autonomía financiera; y cumpliera con sus obligaciones en un contexto de austeridad y escasez de recursos.

La modernización subdelegacional fue reforzada con la expedición del Reglamento de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización de 2002 (IMSS; 2002c), cuyo cuerpo normativo estableció criterios para facilitar el cumplimiento de las obligaciones obrero-patronales, aplicar sanciones administrativas y diferenciar entre una falta leve o un delito grave, el cual requiere de una sanción penal (ROIIMSS, 2003).

En tanto, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) fue reorganizada creando la nueva Coordinación de Servicios de Ingreso, cuya función era proporcionar servicios funerarios con calidad y calidez a personas derechohabientes y no derechohabientes; asegurar el crecimiento y desarrollo de los Centros Vacacionales del IMSS, con competitividad de los servicios a nivel nacional, y lograr que los servicios de la Unidad de Congresos fueran de la calidad requerida por la población usuaria (IMSS, 2001d)⁵⁶.

Subrogación de servicios médicos y guarderías

Si bien en 2002 fue detenido el funcionamiento de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) como áreas de gestión autónomas, otra forma de implementar la separación de las funciones entre financiamiento y prestación de servicios fue realizada a través de proliferar la figura de la subrogación de servicios en el IMSS. Por su medio, el Instituto transfiere recursos financieros de la recaudación a manos de privados, comprándoles los servicios con los que atenderá la demanda de las personas derechohabientes y usuarias, a la que está obligado por ley. Subrogación que es realizada vía la firma de convenios en los que se fijan plazos de vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos a realizar, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes (LSS, Art. 89, 2001).

El Instituto no creció en infraestructura, pero financió la prestación de servicios por los privados, tanto en actividades adjetivas como cada vez más, en acciones sustantivas.

Su habilitación quedó plasmada en la normativa secundaria del IMSS, particularmente en el Artículo 12 del Reglamento de Prestaciones Médicas de 2006 que facultó al Instituto a celebrar convenios de subrogación de servicios médicos en los términos y condiciones que dispone la ley, sus reglamentos y mediante el procedimiento que estableciera el Instituto.

Asimismo, en la Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Implantación y Control de Servicios Médicos Integrales del Instituto de 2003 quedó formalizado el procedimiento para la subrogación de servicios médicos, cuya

observancia se hizo obligatoria para las Delegaciones y unidades médicas del IMSS. Normativa que definió a los Servicios Integrales como una alternativa de contratación de servicios por el Instituto para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos completos y específicos, a fin de que este diera respuesta a las demandas de atención (IMSS, 2003a y b).

En la reforma a la LSS de 2001, el H. Consejo Técnico ya había sido facultado para autorizar al Instituto a celebrar contratos de obra pública, adquisiciones u otra índole cuando rebasaran las asignaciones presupuestarias aprobadas para el año. Con ello fue abierta la posibilidad para que el Instituto pudiera establecer contratos de orden multianual de servicios integrales en los casos en los que los montos rebasaran los presupuestados para cada ejercicio fiscal (LSS, Art. 277-F, 2001). Estrategia que más adelante fue utilizada profusamente por las administraciones de Juan Francisco Molinar Horcasitas, Daniel Karam Toumeh, José Antonio González Anaya, Mikel Andoni Arriola Peñalosa y Tuffic Miguel Ortega, en la Dirección General del IMSS para desarrollar el mercado interinstitucional de servicios público-privados.

Durante 2006 fueron unificados los criterios de determinación de necesidades y contratación de Servicios Integrales, dirigidos a complementar la atención médica otorgada por el Instituto, tales como hemodiálisis, diálisis, cirugía de mínima invasión, servicios de laboratorio y Bancos de Sangre, entre otros. Estas acciones incentivaron la dependencia del Instituto hacia los servicios médicos subrogados, toda vez que el crecimiento de la infraestructura del Instituto no fue impulsado (IMSS, 2006c), pero sí supuso un incentivo para que lo hiciera el sector privado.

El deterioro institucional, la falta de crecimiento de la infraestructura, el aumento de la cobertura y la política estatal de separación de funciones y fomento al sector privado permitieron que los Servicios Integrales —subcontratación de servicios— ocuparan cada vez más un lugar estratégico en el IMSS, justificado como recurso para hacer frente a sus obligaciones de ley dando solución a las largas listas de espera y quejas de parte de la población derechohabiente. En consecuencia, el gasto del Instituto aumentó en 1,093 millones de pesos (IMSS, 2006c).

La subcontratación de servicios fue el mecanismo planteado en el PND, el PNS y el Modelo Estratégico de Innovación Gubernamental (MEIG) para impulsar la participación del sector social y privado en la Administración Pública Federal (APF), a la vez que era incentivado su crecimiento. En la administración del Presidente Vicente Fox Quesada fue expedido el Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público de 2001, cuyo texto legal precisó las bases y lineamientos para la compra de servicios por parte de la APF. Además, el PNS 2001-2006 también había planteado modificar la gestión de servicios de salud a través de la subrogación de servicios mediante contratos y convenios, esquemas más flexibles de subrogación de servicios y de criterios empresariales para el funcionamiento de zonas médicas y hospitales de tercer nivel.

En el mismo sentido que el anterior, el Modelo Estratégico de Innovación Gubernamental señaló que el gobierno no debía encargarse de proveer servicios secundarios o adjetivos que le generaran altos costos, sino que debía subcontratarlos a través del sector privado.

Junto a la subrogación de los servicios médicos, fue generalizada la de las Guarderías. A partir de 2003 operó el Esquema Vecinal Comunitario en su variante “simplificado” e “intermedio” para la contratación de servicios de Guarderías. El H. Consejo Técnico autorizó a los delegados de los OOAD celebrar contratos multianuales hasta por 3 años con privados para la prestación de este servicio (IMSS, 2002b).



Esta forma de “privatización silenciosa” provocó que el IMSS quedara supeditado a intereses de sectores privados, lo que le iría consolidando como una empresa público-mercantil, fiscalizadora de recursos y financiadora de servicios, cada vez más, prestados por proveedores privados, resultado del reforzamiento de la separación de funciones. Con la generalización de la subrogación quedó consolidado el mecanismo de recaudación de los recursos públicos por el Instituto y de su transferencia a los privados; primero, con las pensiones y, ahora, con los servicios médicos y las guarderías.

IV.2.4. El IMSS pionero en las experiencias mercantiles públicas hacia a la constitución del Sistema Nacional de Salud

El IMSS, al tiempo que fortalecía la lógica mercantil de su funcionamiento, daba pasos hacia la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) reforzando particularmente cuatros acciones centrales: el primer nivel de atención y la prevención con el programa PrevenIMSS; el costeo de los servicios médicos, a través de los Costos Unitarios Promedio; las condiciones para el intercambio de servicios médicos con otras instituciones de salud y seguridad social, así como la calidad y calidez de los servicios con innovación, digitalización y modernización.

Fortalecimiento del primer nivel de atención

El IMSS, apegado al Modelo Integrador de Atención Primaria a la Salud (MIDAS) (PNS, 2001) continuó con el desarrollo de acciones para mejorar la atención en el primer nivel, dirigidas a la conformación de un mercado intersectorial de servicios de primer nivel, resolutivo y costo eficiente. En 2001 fue llamado Modelo de Medicina de Familia y Proceso de Mejora de Medicina Familiar, cuyos propósitos principales eran actualizar el primer nivel; fortalecer y estandarizar la capacidad resolutiva del personal médico familiar; reforzar la atención primaria; instaurar indicadores de desempeño y productividad y, sobre todo, introducir el uso de computadoras en los consultorios, por mencionar algunos (IMSS, 2006c; SHCP, 2001; SSA, 2001).

Si bien estas acciones buscaban mejorar la eficiencia y calidad, el uso de las TIC durante la consulta tendió a generar una barrera en la relación personal médico-paciente, limitando la comunicación efectiva (García y Acosta, 2013). Su objetivo central fue crear las condiciones para el intercambio de servicios entre los diferentes oferentes, con homologación de estos y de costos, así como la digitalización de expedientes, como el Expediente Clínico Electrónico (ECE). Ya se trabajaba también en la portabilidad y en la libertad de elección del personal médico por la persona demandante del servicio.

En complemento a lo anterior, el IMSS piloteó un programa para que las personas derechohabientes y beneficiarias pudieran elegir al personal médico que les atendería en la UMF —libertad de elección—. Asimismo, fue instaurada la estrategia preventiva en salud denominada Programas Integrados de Salud, conocida como PrevenIMSS. La cual, desde 2002, fue implantada en todas las UMF para brindar servicios de promoción de la salud, prevención, nutrición, detección de enfermedades y salud reproductiva (ROIIMSS, 2003; SSA, 2001).

La estrategia PrevenIMSS fue operada mediante cinco programas integrados por grupo de edad —población infantil y adolescente, mujeres, hombres y personas adultas mayores—, a partir de una visión de largo plazo orientada a fomentar la cultura del

autocuidado en salud, fortalecer la medicina preventiva y no la curativa, y contener costos de atención ante la transición epidemiológica de la población nacional (ROIIMSS, 2003; SSA, 2001).

Costos Unitarios Promedio

Asimismo, para reforzar el esquema de servicios a brindarse de manera homóloga en calidad y costo entre los sectores oferentes de servicios, en el mercado intersectorial de servicios, en 2003 inició la aplicación de una metodología distinta a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para costear los servicios médicos; la cual fue denominada Costos Unitarios Promedio (CUP); herramienta financiera procedente del ámbito empresarial que fue utilizada para determinar lo que cuesta producir un bien. Su objetivo final fue establecer una política de precios que evitara el riesgo de pérdidas, asegurando un margen de rentabilidad adecuado al Instituto (Valenzuela, 2014).

Los CUP en salud vinculan el costo total con la cantidad de servicios producidos, a partir de determinar las actividades que realiza la unidad médica, la dotación de recursos humanos —remuneraciones y carga horaria—, el tiempo que lleva la realización de cada actividad, los medicamentos empleados —descripción y precio unitario— y otros gastos operativos (Gaete, 2015). Aunque no toma en cuenta la complejidad de las unidades médicas ni de los padecimientos (IMSS, 2011c).

Intercambio interinstitucional de servicios

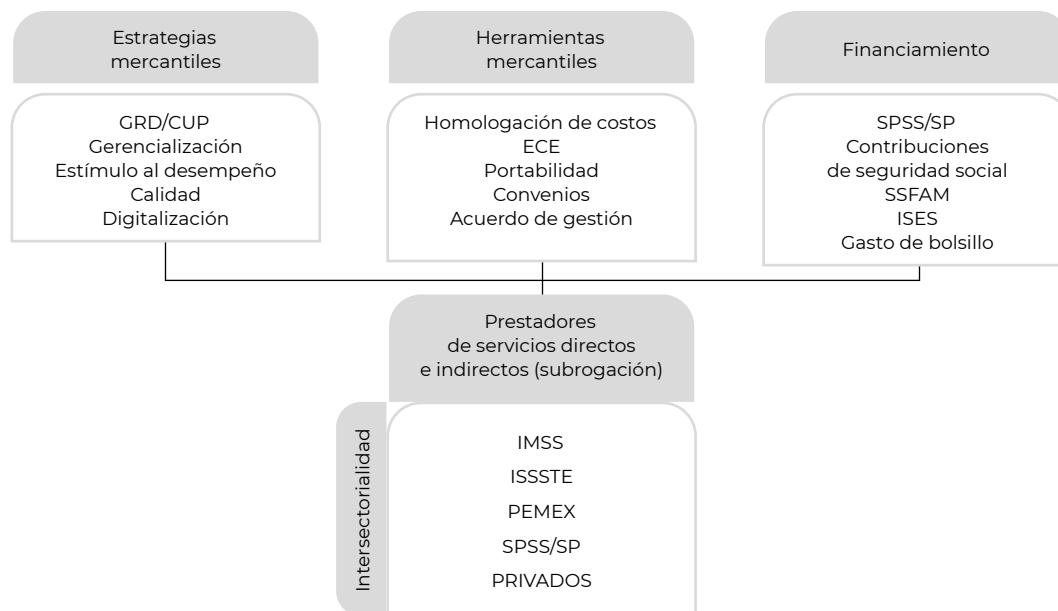
Con base en la instrumentación de las anteriores estrategias y cambios, el IMSS contó con las condiciones necesarias para llevar a cabo la nueva facultad otorgada con la reforma de 2001: celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva; atención médica; manejo y atención hospitalaria, y rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social y de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal, o del sector social (LSS, Art. 251, F. XXXII, 2001). Pasos ineludibles para la constitución del mercado de servicios de salud, que prosiguieron independientemente de haber sido detenido el funcionamiento autogestionario de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD).

En este sentido, el Instituto fue facultado para prestar servicios de salud mediante la celebración de convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal. Lo que suponía optimizar el aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos, al igual que brindar servicios en sus instalaciones de acuerdo con su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera (LSS, Art. 89 F. IV, 2001), sin explicitar que la tendencia era establecer un mercado de servicios costo-efectivos.

Estas nuevas facultades formalizaron la posibilidad de intercambiar servicios entre el IMSS y otras instituciones, con la misma calidad y al mismo costo para echar a andar el mercado intersectorial de servicios, pues las instituciones públicas prestaban servicios subrogados con los privados. Objetivo por el cual también fue establecida la regulación que, en un futuro próximo, posibilitaría la portabilidad de derechos entre el IMSS y el ISSSTE (esquema IV.5). De hecho, el IMSS, la SSA y el ISSSTE celebraron en 2001 un Memorando de Entendimiento para la Optimización del SNS, estableciendo el compromiso de desarrollar acciones para facilitar la colaboración entre ellas, con estrategias de planeación conjunta, participación de recursos humanos, aprovechamiento de instalaciones, uso de recursos técnicos y tecnológicos, así como la prestación coordinada de servicios (SSA, 2009).



ESQUEMA IV.5
ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS MERCANTILES CONSTITUTIVAS DE LA INTERSECTORIALIDAD
DE SERVICIOS CON DIFERENTE FUENTE DE FINANCIAMIENTO



Nota. Elaboración propia.

En 2003, las citadas instituciones suscribieron el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud, que buscaba establecer las bases, términos y condiciones para el mejor aprovechamiento de la infraestructura sanitaria, y la óptima operación interinstitucional en beneficio de las personas derechohabientes o usuarias; atendiendo criterios de calidad, equidad, eficiencia y protección financiera para incrementar la cobertura de los servicios. El intercambio y venta de servicios con otras instituciones del sector salud fue constitutivo del proceso de conformación del SNS bajo la lógica de mercado o de la pluralidad regulada de servicios.

Calidad y calidez en el IMSS en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios en Salud

La empresa por la competencia entre prestadores de servicios en el mercado intersectorial colocaba la calidad como un eje toral. En consecuencia y como precursor, el IMSS avanzó en la implantación de sistemas de gestión de calidad con Normas ISO, lo que involucró la medición, evaluación y certificación de procesos administrativos y operativos. Ejemplo de ello fue el Programa de Calidad en los OOAD-UMAE, consistente en la certificación de Hospitales por la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General de la SSA, la participación en el Premio IMSS de Calidad y la autoevaluación integral basada en Guías de Supervisión y Evaluación de las UMAE (Aguirre-Gas, 2008).

Las acciones por la calidad en el IMSS estuvieron vinculadas a la creación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA en 2001. Su objetivo era elevar la calidad de los servicios de atención médica, determinando los instrumentos para la innovación y modernización de la SSA, y la conformación del SNS. Con ello, fue cristalizada la propuesta

de innovación del Gobierno Federal, el cual afirmó que México era un país innovador y digital (SHCP, 2001).

La calidez fue un concepto que acompañó a la administración Santiago Levy Algazi como Director General del IMSS, elevándola a rango de ley en el Instituto, a fin de prestar los servicios y la atención a las personas derechohabientes con un trato humano (LSS, Art. 303, 2001).

El Instituto ha sido históricamente pionero en el sector salud en temas de calidad, así como en la organización y operación de los servicios médicos, como fueron las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), junto con la introducción del SSFAM —seguro voluntario para población no asegurada—; el costeo de intervenciones con Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y Costos Unitarios Promedio (CUP), y el Expediente Clínico Electrónico (ECE) para el manejo de información de la población derechohabiente y la portabilidad entre instituciones. De hecho, las AMGD del IMSS representaron la primera experiencia de separación de funciones entre financiamiento y la prestación de servicios, junto con la subrogación. Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada las replicaría el modelo Frenk del pluralismo estructurado, con el Seguro Popular y el SPSS, acorde a las particularidades de la SSA en cada entidad federativa.

IV.3. PERSISTENCIA EN EL DESFINANCIAMIENTO Y DETERIORO DEL IMSS

A pesar de los cambios y adecuaciones legales derivados de la reforma a la LSS de 2001, tendientes a garantizar ingresos suficientes para la sostenibilidad financiera del IMSS, este continuó presentando déficit sostenido ante la persistencia de instrumentar el modelo de libre mercado.

La administración de Santiago Levy Algazi en el IMSS inició en 2001 reconociendo su delicada situación financiera, manifiesta por el deterioro de la planta productiva, el aumento del desempleo, la contención salarial y la disminución del gasto social, e incluso, adjudicó al RJP la responsabilidad de amenazar la futura viabilidad financiera del Instituto.

Sin embargo, omitió señalar la presión a las finanzas del Instituto derivada de la transferencia de los recursos del RCV al sector privado, a partir de la reforma de 1995, y de los que serían destinados a la constitución de reservas técnicas; tampoco reconoció el hostigamiento a las finanzas por el incremento en el gasto ante el alza de demanda de servicios médicos, ni por los costos de las transiciones epidemiológica y demográfica, la inflación y la paridad cambiaria, entre otros (García, 2004).

Se ha señalado que la principal fuente de ingresos del IMSS son las cuotas obrero-patronales, pero el comportamiento de las dos variables que las condicionan siguió a la baja, afectando negativamente los recursos. Los salarios continuaron en exiguos umbrales, solo incrementaron 0.3% promedio anual durante 2000-2006 (Conasami, 2022). Además, persistió la contracción de la estructura laboral formal y la afiliación, aunque aumentó 3.1%, su crecimiento fue menor al registrado en las tres administraciones neoliberales previas —casi 4% promedio anual— (IMSS, 2020a); condiciones que limitaron los ingresos del Instituto por cuotas, frenando el acceso de las personas trabajadoras a la seguridad social.

El perfil de las nuevas afiliaciones al Instituto también alteró a la baja los montos de contribuciones, tanto por el carácter temporal de los empleos, como por los bajos salarios asociados a ellos. Cada vez hubo menos afiliaciones provenientes de sectores productivos tradicionales vinculados a la industria manufacturera —empleos asalariados

estables—; durante el periodo pasaron de concentrar 34.8% de las afiliaciones a solo 28.2% (IMSS, 2020a).

En contraste, las afiliaciones del sector terciario —servicios y comercio— subieron, de representar 53% del total de las afiliaciones a 58.8%, creciendo a un ritmo de 3.4% promedio anual. En particular, el sector servicios incrementó su presencia en el total de la afiliación de 29% a 33.5%, con un crecimiento de 4.1% promedio anual (IMSS, 2020a).

El gradual crecimiento de las afiliaciones del sector terciario en el IMSS correspondió a la continuidad con el desdibujo de la estabilidad en el empleo; la afiliación temporal creció a tasa de 4.1% frente a 1.3% de la permanente. Este crecimiento mostró diferencias entre quienes provenían del campo o de la ciudad. La afiliación permanente en el ámbito urbano creció 1.4%, mientras que la del sector rural decreció 2.4%. En tanto, la afiliación temporal del campo creció 12.6%, mientras que, en la ciudad, lo hizo en 2% promedio anual (IMSS, 2020a).

Estas condiciones implicaron que las cuotas obrero-patronales crecieran solo a una tasa de 1.7%, concentrándose más de la mitad en afiliaciones correspondientes al rango salarial de 2 a 3 salarios mínimos. Aunque el grupo de afiliaciones de quienes percibían entre 24 y 25 salarios mínimos registró el mayor crecimiento —7.8% promedio anual—, únicamente concentró en promedio 1.7% del total de personas afiliadas durante todo el periodo.

Aunado al escaso crecimiento de ingresos por concepto de cuotas obrero-patronales, los recursos federales canalizados al IMSS siguieron a la baja, registrando un crecimiento de 1.8% promedio anual, contrario a los destinados a la SSA que junto con los transferidos al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), incrementaron a un ritmo de 10.3% para materializar el SPSS, ello mostró un crecimiento de 3.9% promedio anual (SHCP, 2020b).

Todos los ingresos del Instituto durante el sexenio subieron 1.9%, cifra menor a la registrada por erogaciones que crecieron 3% promedio anual; ello amplió nuevamente la brecha entre los ingresos y los gastos, acrecentando el déficit del Instituto (IMSS, 2020a). Durante todo el periodo, el excedente operativo fue decreciente —ingresos menos gastos— y pasó de 29'600,000 pesos en 2001 a 15'073,000 pesos en 2006 (IMSS, 2002, 2005e y 2006a).

El incremento en los egresos financieros del Instituto fue paralelo al aumento del número de personas atendidas. En Especialidades —tercer nivel— aumentaron de 15'300,000 a 16'400,000 personas; creciendo a una tasa de 1.1% promedio anual. Las personas atendidas en servicios de Laboratorio —segundo nivel— pasaron de 21'200,000 a 25'200,000, con una tasa de crecimiento de 2.9% promedio anual. Mientras que las personas que recibieron servicios en Consulta Externa incrementaron más de 1'500,000 entre 2000 y 2006, pasando de 107'400,000 a 108'900,000 personas, una tasa de crecimiento de 0.2% promedio anual (IMSS, 2020a). La relación de personas afiliadas por cada pensionada disminuyó de 6.75% a 5.13% entre 2000 y 2004 (IMSS, 2005e).

Cabe destacar que, a pesar de que las personas atendidas en los servicios médicos aumentaron durante el sexenio, los montos fueron menores que los de las tres administraciones previas.

La atención en Consulta Externa creció 0.2% promedio anual, frente a 2.5% y 6.3% registrado en los sexenios previos, respectivamente. En Especialidades, la tasa fue de 1.1% promedio anual, frente a 2.8% y 3% de las dos administraciones previas, respectivamente. Finalmente, las personas atendidas en Laboratorios incrementaron

a un ritmo de 2.9% promedio anual que, si bien fueron ligeramente mayores a las registradas durante la gestión de Ernesto Zedillo Ponce de León —2.6% promedio anual—, estuvieron 50% por debajo a las registradas en la de Carlos Salinas de Gortari —6% promedio anual— (IMSS, 2011c).

Respecto a la población en edad avanzada, su adscripción al personal médico familiar del IMSS pasó de 9.5% a 10.8%, presionando en número y costo la atención al SEM (IMSS, 2006e). Sus gastos corrientes aumentaron 37.8% durante todo el periodo y los gastos médicos para la población pensionada crecieron 75.4% (IMSS, 2011c). En el marco del cambio de perfil epidemiológico, incrementaron los gastos: esencialmente los padecimientos cardíacos, diabetes y cáncer, que representan tratamientos más largos y costosos (IMSS, 2009b).

Respecto al gasto del Instituto de 2000 a 2006, los datos mostraron que más de la mitad de las erogaciones fueron destinadas al pago de servicios de personal, proporción que, respecto al total del gasto, disminuyó su peso de 54.2% a 51.3%, con una tasa de crecimiento de 1.1% promedio anual. En contraste, la proporción del rubro de servicios generales⁵⁷ aumentó, con relación al total de gastos, al pasar de 4.8% a 11.1%, con una tasa de 20.7% promedio anual.

El peso de la partida destinada al consumo de bienes registró una disminución, pasando de 13.1% a 12.5%, con una tasa de 1.3% promedio anual; mientras que el rubro de mantenimiento; aunque mantuvo su proporción en el total del gasto de alrededor de 1.4%, creció solo 1.3% promedio anual (IMSS, 2020).

A pesar de incrementarse el número de personas atendidas durante el sexenio y de las nuevas necesidades sanitarias de la población, el crecimiento físico del Instituto continuó limitado, preservando las 1,784 unidades médicas a nivel nacional (IMSS, 2011c). No pudo constatarse que hubiera habido algún propósito por ampliar la infraestructura del Instituto, ello en respuesta a los dictados del PND y el PNS del periodo, lo que permitió proliferar la subrogación de servicios.

La administración del Instituto priorizó el mantenimiento y adecuación de las instalaciones existentes, fomentó el ahorro, maximizó el uso de la capacidad médica instalada e incrementó la productividad de los recursos humanos en salud, compensada por méritos con estímulos económicos y reconocimiento social. La falta de crecimiento de la infraestructura fue justificada por el desequilibrio financiero, diciendo que primero tenían que acumularse recursos en las reservas para garantizar la operación de todos los ramos, con los posibles excedentes en la ROCF (IMSS, 2002a).

Las reservas financieras mostraron un gradual robustecimiento en saldos, —incrementándose 26.6% de manera acumulada durante todo el periodo— y contrastando con la falta de construcción de nuevas unidades. De acuerdo con datos de la Cuenta Pública, entre 2003 y 2006, fueron realizadas 76 ampliaciones y remodelaciones a Unidades de Medicina Familiar, Hospitales Generales y de Especialidades (SHCP, 2003, 2004, 2005, 2006). De esta forma, fue maximizado el uso de la capacidad médica instalada y reaprovechados los espacios médicos existentes (IMSS, 2002a) sin ampliar la infraestructura.

La estrategia resolutive y de contención de la demanda en los niveles primarios de atención para reducir costos pareció haber incidido en la conversión de 14 unidades de primer nivel a unidades médicas hospitalarias —que pasaron de 216 a 230— y, en la disminución de dos unidades de alta especialidad —de 40 a 38— (IMSS, 2009b). Sin embargo, supuso la contracción de 0.31 a 0.28 de camas censales del IMSS por cada mil personas atendidas (IMSS, 2020a).



En vez de crear nueva infraestructura, el Instituto también impulsó la construcción de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), cuyo propósito fue disminuir la ocupación de las camas en HG para contener costos y racionalizar la inversión (IMSS, 2006c). La atención ambulatoria incluyó intervenciones quirúrgicas y diálisis ambulatoria, entre otras. Dicha estrategia registró un rápido crecimiento: en 2004 operaban 10 UMAA y para 2006 ya había 56 en funcionamiento (IMSS, 2006c).

Contrario al nulo crecimiento de la infraestructura pública del IMSS, los prestadores privados de salud la incrementaron. A partir de 2002 inició la oferta de seguros integrales de salud por el sector privado —dejando atrás la modalidad de los denominados seguros de gastos médicos mayores— (Organización Panamericana de la Salud, 1998, p. ii). Las consultas externas en establecimientos privados pasaron en el periodo de 2000 a 2006, de 8'800,000 a 12'100,000, lo que significó una tasa de crecimiento de 5.5% promedio anual (Inegi, 2007); crecimiento superior al registrado por las consultas externas otorgadas por el IMSS, cuya tasa fue de 0.2% (IMSS, 2020a). De igual forma, las consultas de Especialidad en establecimientos privados pasaron de 1'300,000 a 1'800,000 tan solo en el bienio 2004-2006 (Inegi, 2021b), mientras que como se mencionó, las unidades médicas de especialidades del IMSS no crecieron, habiendo reconvertido solo dos.

Proporcionalmente al crecimiento del sector privado, también lo hizo el personal médico incorporado a este; aumentó 12.2% promedio anual, destacando que el crecimiento del personal médico de especialidades lo hizo a un ritmo mayor (13.1%) (Inegi, 2018b). Contrariamente, el personal médico del IMSS incrementó solo en 2.2% entre 2001 y 2006; ello incidió en que la razón de médico por cada mil personas atendidas en el Instituto bajara de 0.41 a 0.40 durante el sexenio de Fox Quesada (IMSS, 2020a).

Dos hechos destacan de todo lo anterior. El objetivo de la reforma de 2001 a la LSS no fue potenciar el crecimiento de la seguridad social, ni la calidad de la atención; por el contrario, se restringió al Instituto y contuvo la ampliación de la infraestructura, a pesar del incremento en la demanda. En consecuencia, tampoco mejoraron las condiciones para que el personal pudiera prestar un servicio más eficiente, de calidad, oportuno y con mejor trato; pues fue sobrecargado excesivamente de trabajo, fomentando quejas contra el Instituto, que desprestigiaron al personal médico del IMSS y denostaron aún más la imagen del Instituto público, otrora símbolo nacional.

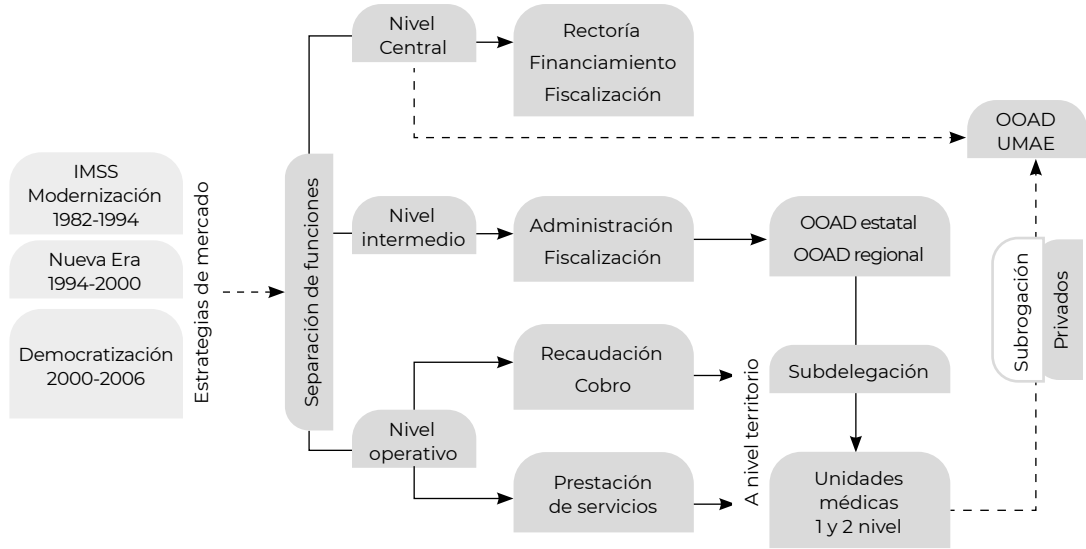
Como correlato de lo anterior, la reforma a la LSS de 2001 inició una carrera pujante en el Instituto por incrementar la recaudación, siempre a costa de su crecimiento en infraestructura y capacidad de atención resolutive; pero en beneficio de acumular los suficientes recursos para consolidar al Instituto como ente financiador. Objetivo congruente y necesario para consolidar la separación de las funciones: por un lado, el financiamiento y administración de los recursos, y por otro, la prestación de servicios médicos.

El IMSS, constituido como ente financiador y con funcionamiento mercantil ya podía ser considerado como una empresa público-mercantil en sentido estricto. Estaban establecidas las condiciones necesarias para instrumentar el mercado intersectorial de servicios público-privados.

El Instituto, constituido como ente financiador, podría operar como empresa público-mercantil en el mejor de los escenarios posibles: sobredemanda y saturación de servicios; unidades médicas propias degradadas, escasas y obsoletas; un armado normativo, organizacional y de funcionamiento mercantil de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) —temporalmente pausado—, OOAD-UMAE autogestionarios;

además, una cultura organizacional gerencial empresarial naturalizada y generalizada, entre otras (esquema IV.6).

ESQUEMA IV.6
CAMBIOS IMPLANTADOS AL IMSS TRAS 24 AÑOS DE REFORMAS: SEPARACIÓN DE FUNCIONES



Nota. Elaboración propia.

La administración IMSS de 2001 a 2006, de forma gradual —aunque integral con consistencia interna, y ajustes permanentes—, fue transformando al Instituto hasta convertirlo en un ente financiador —vía contribuciones—, con el propósito de tener solvencia suficiente para financiar la demanda de servicios médicos en sus unidades y, en un futuro próximo, en otras públicas y privadas, acorde con la “libre elección por parte de las personas usuarias”. Además, los recursos también eran requeridos para saldar los costos de la compra de servicios del Instituto a los privados, la cual rápidamente crecía vía la subrogación de áreas sustantivas y adjetivas. El mercado de los servicios médicos daba sus largos primeros pasos y el Instituto se convertía en su gran financiador.

En el mismo sentido y tiempo, avanzaba en los Sesa el Seguro Popular, financiado esencialmente con recursos fiscales. El cual constituyó un seguro prepago voluntario que financiaba esquemas limitados de intervenciones en salud —CAUSES y algunos de los gastos catastróficos para la institución—, mismos que eran prestados en los servicios médicos de los Sesa, Institutos Nacionales de Salud (INS) y Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE). Desde la SSA se afianzaba la separación entre la función que financiaría y la que prestaría los servicios. Juntos, el IMSS y el SP harían confluir a los demandantes de atención médica en un mercado de oferta público-privada de servicios.

Madurar las condiciones para la concreción de este mercado intersectorial de servicios de salud era el reto que correspondería concretar y madurar a la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa con Juan Francisco Molinar Horcasitas al frente del Instituto; el gran pendiente del proyecto seguiría siendo poder establecer una forma única de financiamiento con recursos públicos para ofertar el paquete universal de servicios del Sistema Universal de Salud —seguro universal de salud— cumpliendo lo mandatado por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.



CAPÍTULO V

IMSS, 2006-2012:
construir alianzas, eficiencia
funcional y competencia



En la administración Felipe Calderón Hinojosa, segundo Presidente de extracción política conservadora panista, el IMSS avanzó estableciendo nuevas estrategias de desregulación mercantiles, ya habiéndose consolidado como empresa público-mercantil. Ahora, con un sello de innovación e integralidad, en el Instituto fueron dispuestas normas, mecanismos y herramientas para fortalecerse como el mayor competidor en el mercado intersectorial de servicios de salud, a la vez que, de manera concertada, coadyuvaría a la integración funcional de este mercado nombrado Sistema Integral de Salud o Sistema Funcional de Salud.

En el periodo de 2006 a 2012, el IMSS priorizó nuevamente el desafío financiero del Instituto —concretar la viabilidad y fortaleza de sus finanzas— antes que garantizar el bienestar de su población derechohabiente y beneficiaria. Además, confeccionó nuevas estrategias administrativas comunes a todo el sector salud, de mediano y largo plazos, destinadas a afianzar y consolidar la modernización mercantil de los servicios públicos, así como la separación de las funciones de financiamiento de las de prestación de servicios, lo que supuso robustecer el propósito gerencial empresarial del Instituto con herramientas más precisas de medición, evaluación y costeo de la función pública, nuevos modelos de producción de servicios, nuevas fuentes de suministro, sistemas de información y utilización del conocimiento tecnológico, entre otras.

El cambio en el IMSS durante este periodo estuvo relacionado con: 1) Madurar el funcionamiento del IMSS como empresa público-mercantil, y 2) Preparar al Instituto para participar en el Sistema Integrado Funcional de Salud; a la par de desarrollar los componentes para la integración funcional del Instituto a este. Mientras, continuaban las afectaciones al crecimiento del IMSS como institución garante del derecho a la seguridad social, proseguía el debilitamiento y deterioro de su infraestructura, equipo, condiciones laborales e imagen, afectando a las personas derechohabientes en el acceso a la atención médica con oportunidad, calidad, eficiencia y trato humano. Hechos que tuvieron lugar en un contexto político, económico y social de intensificación de la ortodoxia neoliberal y sus deplorables consecuencias sociales.

V.I. CONDICIONES DE CONTEXTO

Las elecciones presidenciales del 2 julio de 2006 tuvieron lugar en un escenario de gran tensión contra el candidato progresista Andrés Manuel López Obrador del Partido de la Revolución Democrática (PRD), fruto de una amplia campaña sucia orquestada por diversos medios de comunicación, algunos grupos económicos, una vacilante posición del Instituto Federal Electoral (IFE), además de acusaciones por el saliente Presidente conservador. El panista Felipe Calderón Hinojosa fue declarado vencedor frente a López Obrador con una pírrica ventaja de tan solo 0.56% (Zavala, 2008); resultado que fue desconocido por López Obrador y sus adeptos provocando una polarización política y social en el país⁵⁸ que marcó el inicio de una enconada lucha y fragmentación, arraigada durante toda su administración y el sexenio posterior.

En materia económica, Calderón Hinojosa reforzó las políticas ortodoxas de libre mercado, iniciadas por sus antecesores con una visión más pragmática respecto a los postulados neoliberales y en favor de intereses privados, vinculados a la globalidad económica (Hernández, 2011). Además, planteó hacer competitivo al país con una mayor apertura comercial, más desregulación laboral e incremento de la productividad, así como atracción de mayor flujo de inversión extranjera. Redujo aranceles, eliminó impuestos a la importación de productos agrícolas, restringió los subsidios al campo y estableció una nueva agenda de relaciones con el capital trasnacional, profundizando la economía secundaria-exportadora dependiente del mercado externo. Las exportaciones al mercado estadounidense crecieron de 37% a 85% (Huerta, 2012).

La Presidencia de Felipe Calderón Hinojosa convirtió la lucha contra el narcotráfico y el crimen organizado en la divisa de su gobierno. A tan solo 10 días de haber asumido la Presidencia, emprendió una sorpresiva guerra en su contra, a través de operaciones militares ampliamente publicitadas en los medios de comunicación masiva; lucha que respaldó financieramente el gobierno de EE. UU., a través de un acuerdo de cooperación bilateral —el Plan Mérida— que arrancó en 2008. A través del uso de la fuerza ganó mínimos de legitimidad para establecer las alianzas que le permitieron echar a andar las inconclusas reformas estructurales, exceptuando la laboral aprobada a finales del sexenio (Wolf, 2011 y Meyer, 2015).

Su declaración de guerra contra el narco fue acompañada con la salida a la calle de las Fuerzas Armadas, militarizando zonas enteras del país y deslegitimando a los cuerpos policiales. Los resultados fueron incrementar exponencialmente la violencia, en particular en la frontera norte, Michoacán y Sinaloa. Además, acarreó graves regresiones económicas, políticas y sociales con un gran número de víctimas por asesinato, desaparición y desplazamiento forzado (Seelke y Finklea, 2013). El narcotráfico creció de forma descomunal y los cárteles aumentaron su incidencia ocupando importantes zonas del país y manteniendo su liderazgo en la provisión de sustancias ilegales, junto a su enriquecimiento (Meyer, 2015).

Respecto al redimensionamiento del aparato público, la administración calderonista continuó liberalizando y desregulando espacios y activos públicos, y permitiendo una abierta transferencia de recursos públicos a los privados en diversas áreas —educación, seguridad pública, energía, minería, salud, entre otros— a través de concesiones y Asociaciones Público-Privadas (APP)⁵⁹.

Esta administración logró avances en las reformas estructurales que sus predecesores dejaron pendientes (Solís y Ortega, 2015; Gutiérrez, 2014; Meyer, 2015; y Sánchez, 2018).

La reforma fiscal de 2007 no generó los resultados recaudatorios esperados, dejando inalterados los privilegios fiscales de las empresas ante la oposición de los sectores concentradores de la riqueza; la reforma energética de 2008 concedió mayores facilidades a la inversión privada y más autonomía de gestión a Petróleos Mexicano (Pemex) sin lograr su total liberalización por la gran resistencia social y popular organizada en defensa del control público del petróleo⁶⁰; la reforma educativa resultó hipotecada a cambio del voto corporativo del sindicato oficial del magisterio, Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), para alcanzar el triunfo electoral de Calderón Hinojosa, con la maestra Elba Esther Gordillo Morales al frente (Ornelas, 2008).

La reforma a la Ley del ISSSTE de 2007, segunda institución de seguridad social más grande de México, fue de naturaleza fiscal y financiera⁶¹, creó un seguro de salud operado con un nuevo modelo de gestión y de financiamiento gerencial mercantil. Se aprobó por vía rápida⁶² con la alianza entre las fuerzas sindicales corporativas —SNTE y la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE)— y las políticas —PRI y PAN— (Leyva y Pichardo, 2009)⁶³. La reforma a la Ley del ISSSTE de 2007 concretó junto con la reforma pensionaria del IMSS de 1995, el sistema privado de capitalización individual eje del “Sistema Nacional de Pensiones” mexicano (SHCP, 2007, p. 2), para lo que contó con financiamiento del Banco Mundial⁶⁴ apegándose a sus mandatos y a los del Banco Interamericano de Desarrollo; reforma financiera que fue justificada en el discurso para garantizar, supuestamente, la sostenibilidad fiscal y financiera del país.

En pensiones, esta reforma impuso un sistema de cuentas individuales obligatorias para las nuevas personas trabajadoras del sector público, sustituyendo el régimen público y solidario de beneficios definidos por otro de capitalización individual de administración privada; el Estado ya solo garantizará una pensión mínima. Con la reforma se incrementaron las cuotas y los requisitos para el retiro y disminuyó el monto de la pensión jubilatoria; sin embargo, no consideró la desvalorización de los salarios de los servidores públicos ni la falta de crecimiento en el número de personas derechohabientes.

El Artículo 10° Transitorio de la Ley del ISSSTE, régimen anterior a la reforma, es la opción para las personas trabajadoras que eligieron mantenerse en el régimen modificado del ISSSTE y se encontraban activos a la entrada en vigor de la Ley de 2007. La pensión se calcula acorde con el último año inmediato a la fecha de baja como persona trabajadora.

Esta reforma tuvo lugar 12 años después de la del IMSS de 1995 como espejo, a pesar de haber sido demostrado su carácter regresivo en pensiones, por el cobro de altas comisiones por administración, baja rentabilidad, baja densidad de cotizaciones, aumento del costo y riesgos de las rentas vitalicias, menor monto de las pensiones —tasas de reemplazo— y mayor costo fiscal. Además, su aprobación fue realizada en un contexto donde experiencias, como la argentina y uruguay, habían iniciado la revisión a fondo de sus respectivas y similares reformas pensionarias, avaladas en 1994 y 1996, respectivamente, revirtiendo la preeminencia de su carácter privado.

La reforma del ISSSTE también estableció un nuevo modelo de gestión de los servicios de salud, que rompió la integralidad y solidaridad en la prestación; emuló al modelo de separación de funciones en curso en el IMSS, entre prestación de servicios médicos y la recaudación. Para privilegiar el equilibrio financiero, la reforma brindaría intervenciones de salud acotadas —seguro de salud— y por medio de acuerdos de gestión —subrogación— prestaría servicios con unidades del sector privado y público de la salud —prestación indirecta—. Los servicios se financiarían con un seguro que separaría, contable y operativamente, los fondos de las personas trabajadoras en activo y sus familiares, del financiamiento correspondiente a las pensionadas y sus familiares.



Por otro lado, el 18 de agosto de 2008, la Comisión Federal de Electricidad (CFE) suscribió con el Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana (SUTERM) un nuevo plan de pensiones de contribución definida, denominada “Cuenta Individual de Jubilación” (Cijubila), aplicable a quienes ingresasen a partir de la citada fecha; también de capitalización individual bajo el supuesto que sería financieramente sostenible.

La reforma laboral de Felipe Calderón Hinojosa de 2012 legalizó la que venía operándose *de facto* desde el sexenio de De la Madrid Hurtado; con la reforma fue legalizada la flexibilización y desreguladas las condiciones de contratación y despido: eliminó la protección del trabajo; la contratación colectiva y la estabilidad laboral en favor de la individual y temporal; impuso el *outsourcing*; normó los esquemas salariales sujetos al mercado; redujo el peso sindical en las decisiones colectivas, entre muchas otras. Su incidencia en el IMSS fue decisiva, pues creó las condiciones legales propicias al desmantelamiento y mengua del derecho a la seguridad social, profundizando el proceso de la degradación y desmantelamiento del Instituto en curso desde hacía ya casi un cuarto de siglo.

La relación de la administración calderonista con el sindicalismo fue diferenciada: debilitó al independiente —disolviendo con uso de la fuerza al Sindicato Mexicano de Electricistas (SME)—⁶⁵ fortaleció al sindicalismo blanco o Contratos Colectivos de Protección Patronal⁶⁶ (Ortega y Somuano, 2015 y Meyer, 2017) y, mantuvo alianzas en tensión con el corporativismo tradicional —Ferrocarriles Nacionales de México, el SNTE y la Confederación de Trabajadores de México (CTM)—, esta última asumió una posición pragmático-cínica apoyando al gobierno en sus políticas y las reformas estructurales, a cambio de conservar beneficios y aumentar privilegios, que distanciaron los objetivos de la dupla gobierno-cúpulas sindicales de los intereses de la sociedad y de las personas agremiadas, provocando despolitización, degradación del trabajo, y aumento del conflicto (Leyva y Pichardo, 2009).

En materia social, la administración de Calderón Hinojosa siguió con la política de Estado subsidiario y una gestión de cada vez de mayor focalización para paliar la pobreza; continuó los programas de Oportunidades, el Seguro Popular —incorporó el Seguro para una Nueva Generación— y, el de 70 y Más —que consistía en transferencias económicas bimestrales a personas adultas de 70 años y más edad, residentes en poblaciones marginadas—.

Instrumentó la estrategia “Vivir Mejor”, buscando desarrollar capacidades básicas; construir una red de protección social; vincular la política económica y la social; universalizar la protección de la salud; así como ampliar la oferta educativa media superior y superior (Sedesol, 2011). El propio Coneval reconoció que fueron programas desintegrados, segmentados, con desigual acceso y disociados de los derechos (Coneval, 2012a, p. 190).

El Gobierno calderonista reformó en 2012 la Ley General de Desarrollo Social en el Artículo 36, mandando medir la pobreza con una metodología multidimensional (LGDS, 2012) con lo cual, Coneval concluyó que durante su administración la pobreza incrementó de 44'700,000 a 50'600,000 personas (Coneval, 2012b, p.199); 46'500,000 personas estaban en pobreza patrimonial y 20'100,000 en alimentaria⁶⁷ (Coneval, 2014). El Inegi señaló que más de la mitad de la población —51.2%— carecía de acceso a la seguridad social (Inegi, 2018a).

El Presidente Felipe Calderón Hinojosa prosiguió las directrices neoliberales en economía con un débil e inestable desempeño. Sus propósitos eran construir un país

con igualdad de oportunidades, con una economía competitiva y generadora de empleos, seguro, limpio, justo y ordenado. Todos sus resultados fueron opuestos. Cayó el crecimiento en más de 2 puntos porcentuales en 2006; la estructura laboral siguió sin poder absorber a la fuerza de trabajo disponible, el desempleo representó 3.6% de la PEA y la informalidad concentró a 13'900,000 personas en 2006 —29.2% de la población ocupada— (Inegi, 2018a).

La administración calderonista logró estabilizar la tasa de inflación en 4.2% promedio (Banco de México, 2020). El salario mínimo continuó con tendencia a la baja, iniciada desde 1982; permaneció entre 75 pesos y 76 pesos diarios, con un crecimiento marginal de 0.3% promedio anual⁶⁸ (Conasami, 2022); hecho que afectó aún más el poder adquisitivo de las mayorías y aseguró una mano de obra barata, como ventaja competitiva del país en la economía global.

La crisis crediticia de EE. UU. de 2008, que se tradujo en crisis del capitalismo financiero global (Piketty, 2015), afectó directamente a México por la estrecha relación comercial derivada del TLCAN; implicó daños al sector exportador, cayendo su producción 18% en 2009 (Blanke, 2009) con un crecimiento sexenal de apenas 1.7% (Inegi, 2018a); distante a 3.2% establecido como meta. Entre 2008 y 2010, los salarios nominales perdieron 13.02% de su valor (Conasami, 2022). En dicho periodo, la población ocupada que recibió entre 1 y 2 salarios mínimos concentró a poco más de una quinta parte de la población ocupada, lo que supuso una tasa de crecimiento promedio anual de 8% (Inegi, 2022).

La deuda externa incrementó 12.7% en todo el sexenio, mientras que el peso continuó perdiendo su valor frente al dólar 3.2% promedio anual (Ribe y Walker, 2012), pese a continuar las políticas de disciplina fiscal. Aunque fueron canalizados mayores recursos públicos a la función productiva para contener la crisis, aumentando 7% promedio anual (Banco Mundial, 2022), al final del sexenio, en 2012, el desempleo ascendió a 5.5% de la PEA (SHCP-Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, 2022) y la informalidad concentró a 14'200,000 personas en 2012 (Inegi, 2018a). El gasto total se mantuvo sobre un 6% del PIB incluyendo al sector privado, cifra inferior al promedio de ingresos medio alto de América Latina (Pavón *et al*, 2022).

Respecto a la reforma sanitaria, el Gobierno de Calderón planteó un Programa Sectorial de Salud 2007-2012, denominado “Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud” —Programa Sectorial de Salud (Prosesa)— acorde con su Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el principio rector de Desarrollo Humano Sustentable o de satisfacción de necesidades esenciales (SSA, 2008).

El proyecto de Alianza por un México Sano buscaba avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la SSA. La propuesta implicaba hacer corresponsables a todos los actores sociales —Estado, ciudadanía, familias, instituciones y sociedad— en el cuidado de la salud, individual y colectiva, a partir de un modelo de salud anticipatorio, favorecedor de una cultura de la salud basado en evidencias científicas, con libre elección del estilo de vida saludable y con un Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) que incluía la formación académica, utilización de las Guías de Práctica Clínica y protocolos de atención médica.

La administración de Calderón Hinojosa continuó con el Seguro Popular (SP) concebido para operar el acuerdo interinstitucional de los sistemas estatales de salud. En 2006, todas las entidades habían firmado acuerdos de coordinación con la SSA⁶⁹, y su propósito manifiesto fue lograr la cobertura universal, para evitar los gastos catastróficos en salud a la población.

En 2006, el Seguro Popular incluyó dos estrategias nuevas para reducir la tasa de mortalidad materno-infantil⁷⁰: el Seguro Médico Nueva Generación (SMNG), que garantizó a toda la población infantil, voluntariamente afiliados, que a partir de su nacimiento —desde el 1 de diciembre de 2006— estarían cubiertos por un seguro médico amplio y, en 2008, el programa de Embarazo Saludable, que garantizaba a toda mujer embarazada un seguro de atención médica para ella y su familia⁷¹. También, en 2008, el Seguro Popular modificó la asignación financiera, por persona afiliada y no por familia, lo que en 2012 le convirtió en el principal asegurador público en México —38.5% de la población— con un presupuesto ejercido en 2012 de 67,500 millones de pesos, casi 17 veces mayor que en 2004 (Flamand y Moreno, 2015, p. 229).

A pesar de los propósitos del Seguro Popular, el gasto privado en salud —gasto de bolsillo— de 2004 a 2010, representaba entre 3.1% y 3.3% del PIB, cuando el gasto público osciló entre 2.6% y 3.1% (Lavielle, 2010); muestra de la persistente inequidad financiera y en el ejercicio del derecho a la salud, afectando más a quienes carecían de seguridad social.

El Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos afirmó que para 2011 quedaría conformado el Sistema Único de Salud. Ello en virtud de que el Seguro Popular marchaba más o menos como había sido previsto, en el IMSS ya operaban de manera semiautónoma los OOAD-Delegacionales y los OAAD-UMAE, así como las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada —aunque pausadas—; y había sido aprobada la reforma a la Ley del ISSSTE en 2007.

Para concretar el Sistema Único de Salud y a fin de eliminar la segmentación persistente, desde la SSA se propuso implementar siete líneas de acción: 1) La coordinación del sector salud, bajo la rectoría de la SSA, para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada⁷²; 2) La coordinación con el sector privado, promoviendo su participación e inversión para el fortalecimiento de la oferta de servicios y mejorar la calidad del SNS; 3) La coordinación con ámbitos intergubernamentales e internacionales⁷³; 4) La reestructuración organizativa de los servicios estatales de salud, con mecanismos innovadores de gestión de unidades médicas y redes de servicios de salud, junto con un catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica, un cuadro básico y un catálogo de insumos del sector salud actualizados; 5) La promoción de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios: UMAE-IMSS y UNEMES-SSA (Unidad de Especialidades Médicas de Servicios Ambulatorios Especializados), así como nuevas unidades hospitalarias, con modelos innovadores de financiamiento; 6) El impulso a “Caravanas de la Salud” —unidades móviles y equipos de salud itinerantes—, integradas a las redes de servicios para extender la cobertura a zonas de alta marginación y con escaso o nulo acceso a servicios de salud, con el fin de abatir las tasas de mortalidad materna, y 7) Financiamiento a los organismos sectorizados definido en los proyectos anuales de presupuesto por dependencia, sujetos a disponibilidad de recursos, un financiamiento equitativo con una cuota social a cargo del Gobierno Federal para todas las familias del país y un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos (SSA, 2008).

De acuerdo con el Sistema de Metas Presidenciales y el Programa Operativo para la Transparencia y el Combate a la Corrupción de la Administración Pública Federal, el Gobierno —para el logro de los objetivos del ProseSa— debía desarrollar una nueva gestión en el sistema de salud. Gestión vinculada al presupuesto anual de egresos; soportada en la planeación, gestión por resultados y evaluación. Con ella mejorarían los procesos, se contendrían costos, incrementarían la productividad y mejoraría la calidad, además, eliminaría estructuras organizacionales y operativas, que no inciden en los resultados.

La nueva gestión debía acompañarse con la actualización del control interno institucional para homologar procesos, usar adecuadamente los recursos e incrementar la productividad. Incluiría una mejora regulatoria de contacto al público para, al final del sexenio, alcanzar 90% de satisfacción de parte de la población usuaria (SSA, 2008).

En este contexto, el IMSS continuó el proceso de modernización mercantil con fuertes tensiones financieras y políticas. El Instituto permanecía siendo la principal institución garante de salud y seguridad social, absorbiendo 80% de la población potencial del país, otorgando 47.8% de consultas generales y 40.4% de Especialidades a nivel nacional en 2011 (IMSS, 2011c).

El escenario de profundización de las políticas de libre mercado generadoras de desempleo, pobreza y exclusión social, más la reconversión productiva por la Cuarta Revolución Tecnológica⁷⁴, que expulsó nuevos contingentes de fuerza de trabajo y estimuló nuevas formas de empleo informales y precarizadas, provocó que los organismos multilaterales afirmaran que esta vez se había llegado al “fin de la sociedad salarial”. Aparecía como inviable la posibilidad de sostener la seguridad social contributiva, ante lo cual era necesario plantear un nuevo modelo de protección social: un sistema de protección de básicos universales que garantizaran mínimos de subsistencia a toda la población, de orden fiscal y desvinculado del empleo asalariado; lo que generaría cohesión social (Valdemar, 2021; OIT, 2010; Banco Mundial, 2012 y 2013). El momento permitía prescindir de la regulación —los derechos— y de las instituciones garantes, antes vinculados a la sociedad salarial.

Desde esta perspectiva, fue ratificada la necesidad de hacer converger los diferentes esquemas de protección social —seguridad social y asistencialismo— para garantizar la universalización de la atención contra los riesgos sociales.

En aras de avanzar en la consolidación del nuevo sistema de protección social, fue argumentada la urgencia de fortalecer los mecanismos para atender a la población abierta.

Respecto al sector salud y con la idea de aprovechar al máximo la capacidad médica existente y suplir la falta de oferta pública, fue promovida —para un mediano y largo plazos— la integración funcional del sector —público y privado— o conformación del Sistema Integrado Funcional de Salud. Proponiendo la coordinación concertada; redes de servicios, estructuras administrativas, de atenciones y costeos de servicios, homologadas y estandarizadas; sistemas de información comunes; portabilidad entre instituciones de salud y separación de las funciones financieras de la prestación de servicios de salud para una provisión eficiente de servicios, junto con una activa participación del sector privado para fomentar la competencia entre ellos, con calidad y eficiencia.

Premisas planteadas en los documentos estratégicos del Banco Mundial de 2013 y recogidas en la agenda del Gobierno de Calderón Hinojosa, las cuales en el IMSS fueron materializadas asentando cambios medulares. Su explicitación y análisis se presenta a continuación.

V.2. FORTALECIMIENTO DE UN IMSS COMPETIDOR Y SU PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA INTEGRADO FUNCIONAL DE SALUD

La administración de Juan Francisco Molinar Horcasitas en el IMSS (2006-2009) heredó un Instituto modernizado, en el sentido gerencial mercantil, es decir, un IMSS funcionando como una empresa público-mercantil con grandes avances en la separación de funciones entre los niveles de gobierno: central, intermedio y local; y entre las funciones

de recaudación, financiamiento, administración y operación de servicios. Todos estos cambios resultaron de un largo, gradual y a veces tensionado proceso de sucesivos cambios normativos, estructurales, organizativos y funcionales, mismos que lograron perfilar al Instituto como una gran institución público-mercantil.

El reto pendiente era fortalecer las condiciones para hacer del IMSS una institución competitiva y, a través suyo, constituir el mercado intersectorial de servicios de salud públicos y privados —Sistema Nacional de Salud— o en términos de la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, Sistema Integrado Funcional de Salud (Banco Mundial, 2013), derivado de una alianza mercantil público-privada por la universalización de la salud.

Esta fue la directriz ofrecida por los organismos multilaterales a países de ingreso medio alto como México, sin alterar la concentración de la riqueza. Ello frente a un sistema de salud fragmentado y segmentado en el que conviven sistemas públicos contributivos de seguridad social, fiscales de aseguramiento público —Seguro Popular— y privado —Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES)—, y de oferta y compra directa de servicios —privada—. También como solución a la desigualdad entre grupos y regiones, derivada de la estratificación y la calidad diferenciada de las atenciones, de las formas distintas de financiamiento y administración de los sistemas, así como de su errático diseño; resolviéndolas vía universalizar el acceso público a básicos de salud, complementados vía seguros públicos y privados o con pago directo, según las necesidades de salud, las preferencias de los demandantes de la atención médica y su capacidad de bolsillo (Banco Mundial, 1993 y 1998).

Con la administración Fox-Frenk-Levy en Salud habían sido maduradas las condiciones para consolidar al IMSS como empresa público-mercantil, lo que representó un importante avance hacia la conformación del mercado intersectorial de servicios, junto con la concreción del Seguro Popular. Al menos a nivel ideal, estaba establecida la separación de funciones de recaudación/fiscalización contributiva y financiamiento público y la de prestación de servicios. La primera a través de la de administración de recursos y servicios a Nivel Intermedio —con los OOAD-Delegacionales y REPSS—, y la segunda mediante las UMF-Hospitales —Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (pausadas), los OOAD-UMAE por el IMSS, y los Sesa e Institutos Nacionales de Salud (INS) por el Seguro Popular—.

El desafío en el IMSS en las administraciones de Juan Francisco Molinar Horcasitas y Daniel Karam Toumeh (2006-2012) fue avanzar en consolidar las condiciones que fortalecieran el desempeño de su esquema de seguro de salud, potenciándolo como recaudador de ingresos y, ahora también, reconstituyéndolo como prestador de servicios, a través de los propios, o comprándolos, tanto al sector público como al privado, para convertirlo en un fuerte y eficiente competidor en el Sistema Integrado Funcional de Salud, así llamado por Felipe Calderón.

Fue un hecho que el Instituto no representara una opción para las personas derechohabientes, después de casi medio siglo de deterioro institucional con sobresaturación, desabasto de equipo y medicamentos, obsolescencia de instalaciones, así como falta de personal médico y de su actualización. En tanto que, siguiendo el modelo de mercado, las personas derechohabientes con “libre elección” podían decidir continuar o no atendiendo en las instalaciones del Instituto, con excepción de quienes no tenían ni tienen una mejor alternativa de atención debido a su condición económica precaria.

En este contexto correspondería al Instituto establecer, con concertación y coordinación técnica, los arreglos interinstitucionales y las medidas para constituir el

mencionado sistema. En otros términos, debía establecer las condiciones, mecanismos, procedimientos y herramientas para posibilitar el intercambio —compraventa— de servicios entre instituciones públicas y privadas. Reto que implicaba sortear con alianzas políticas, la variopinta normatividad e intereses de los tres niveles de gobierno, de las representaciones partidistas y de las sindicales, y por sistemas sanitarios. Situación debida a que los arreglos institucionales no bastaban para concretar la coordinación requerida para la constitución del sistema, en un escenario de deslegitimación política y conflicto social como el de la administración de Felipe Calderón.

Vale decir que, en la concreción de este reto, fue decisivo que ocuparan los puestos de Dirección Normativa en el Instituto adeptos al PAN y, personeros que en la anterior administración política ocuparon importantes puestos en la CNPSS y el Seguro Popular.

V.2.1. Madurar el funcionamiento del IMSS como empresa público-mercantil: recuperar la confianza y prepararlo para la competencia

En la administración de 2006 a 2012 del IMSS, se profundizó la modernización —mercantilización— del Instituto con un sello distintivo: fueron establecidas novedosas estrategias y herramientas gerenciales, las que interrelacionadas entre sí, buscaron generar las condiciones para refinanciar al Instituto con ahorros y a fin de operar de manera desconcentrada y con autonomía de gestión las diferentes áreas del Instituto; su objetivo era consumir la separación funcional entre niveles directivos y operativos y entre el financiamiento y la prestación de servicios.

Programa Institucional IMSS, 2007-2012: contención de gastos

Derivado del incremento de las erogaciones del Instituto y continuando con la lógica de austeridad presupuestal, en el informe presentado ante el Ejecutivo Federal en 2007, el Instituto estableció diversas acciones para equilibrar las finanzas institucionales, centradas en el ahorro e incremento de la productividad.

Entre ellas destacan el fortalecimiento del papel fiscalizador autónomo del Instituto —con medidas enfocadas a combatir la corrupción—; labores encaminadas a continuar con la reducción de los costos para el tratamiento de las enfermedades —a través del fortalecimiento del modelo de atención preventivo en salud en el primer nivel— y mejoras en los procedimientos de adquisición de insumos y medicamentos.

En materia de fiscalización, el Instituto llevó a cabo medidas centradas en reducir la evasión fiscal y atenuar sus impactos. Por ejemplo, estableció convenios de intercambio de información con otras autoridades fiscales y entidades del Gobierno Federal, firmando un convenio de colaboración con el Servicio de Administración Tributaria (SAT) en 2007; impulsó el combate contra el *outsourcing* (LSS, Art. 15-A, 2009); fortaleció las áreas de auditoría al sector patronal, y mejoró la programación de los actos de fiscalización, a través de la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares.

En esta línea de trabajo, el IMSS por primera vez inició en 2010 actos de fiscalización de manera concatenada y simultánea con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y con el SAT, centrados en la inspección de patrones prestadores de servicios de personal —*outsourcing*— (IMSS, 2011a).

Asimismo, el Instituto reconoció la importancia de la Firma Electrónica Avanzada expedida por el SAT, como medio de autenticación en las transacciones llevadas a cabo por el sector patronal. Ello permitió reducir los costos administrativos de las empresas y promover un mayor nivel de cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad

social. Paralelamente, el Instituto reconoció que la garantía del interés fiscal para la autorización de solicitudes de pago en parcialidades, establecida mediante acuerdos del H. Consejo Técnico, fue una herramienta eficaz para promover la regularización de la situación fiscal de los empleadores que desearan estar al día con sus adeudos (IMSS, 2011a).

El Instituto instrumentó medidas de desregulación reglamentaria simplificando trámites y servicios patronales para reducirles la carga administrativa y disminuir los costos de cumplimiento de la legislación en materia de seguridad social. Acciones sugeridas por el Banco Mundial en el documento de 2013, ligadas al proceso de innovación integral o modernización y eficiencia de la institución pública. En dichos propósitos, puso en marcha el sistema “IMSS desde su Empresa”, el cual facilitaría al sector patronal la administración de la información requerida para el pago de las contribuciones de seguridad social y el Sistema Único de Autodeterminación (SUA), que posibilitó su pago electrónico (IMSS, 2011a).

El Instituto prosiguió en la lógica de contención de costos con escasez de recursos —hacer más con menos—, de lograr mayor eficiencia en los programas, proyectos y servicios del IMSS, al igual que de generar ahorro en las erogaciones institucionales.

En esta lógica, fueron adoptadas medidas internas centradas en una mayor eficiencia y eficacia de los procesos para maximizar el uso de los recursos institucionales. En primer lugar, mediante la implementación de una política de adquisiciones que tenía por objetivo transparentar los procesos de licitación de compra de medicamentos e insumos médicos, reducir el costo de los servicios integrales y mejorar el abasto de las farmacias de las unidades médicas.

Con esta medida, de acuerdo con los datos publicados por el IMSS, las licitaciones pasaron de 720 a 12, logrando reducir las unidades compradoras de medicamentos de 60 a 6 unidades, y el diferencial de precios de compra entre las tres zonas regionales del país —mismo que pasó de 29.8% a 2.5%—; además de contabilizar un ahorro en la compra de medicamentos por más de 3'300,000 pesos —27.3% menos que en 2006— y de incrementar 12% el surtimiento de recetas médicas con respecto al 2006. Todo ello significó un ahorro de más de 525 millones de pesos (IMSS, 2011a).

Otra estrategia encaminada al ahorro de recursos fue la continuidad del enfoque preventivo en salud en el primer nivel para evitar mayor demanda de servicios en el segundo y tercer niveles, a través del Programa Integrado de Salud PrevenIMSS, que continuó con acciones educativas y de promoción a la salud, así como el fomento a la participación de las personas derechohabientes en su salud para evitar las enfermedades crónico-degenerativas.

También fue puesto en marcha el Plan Gerontológico Institucional 2006-2025, que contempló cuatro programas: Envejecimiento Activo, Envejecimiento Saludable, Envejecimiento en Casa y Atención a la Dependencia, sumando la implementación del Modelo de Atención Hospitalaria en Domicilio —Athodo IMSS—, que consistió en ofrecer atención periódica de vigilancia y control a las personas adultas mayores en su domicilio para prevenir y reducir costos por hospitalización (IMSS, 2011a).

En la lógica de equilibrar las finanzas institucionales y contener los costos respecto a las prestaciones sociales otorgadas, el Artículo 118 de la LSS fue reformado en mayo de 2012, estableciendo que los asegurados con pensión definitiva por IV, RT y RCV podrían acceder, con cargo a su pensión, a créditos —préstamos— otorgados por las Entidades Financieras referidas en los Artículos 1 y 3 de la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, publicada en 2007.

El Artículo 118 de la citada ley determinó que la Consar y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) emitirían las reglas de carácter general aplicables a estos créditos, previendo la forma y términos en que las Entidades Financieras deberían comunicar al HCT del IMSS y a las aseguradoras y Afores, las condiciones generales de estos, incluyendo su Costo Anual Total (CAT). Con ello, los préstamos que otorgaba el IMSS como parte de las prestaciones sociales a las personas pensionadas fueron liberalizados y desregulados para convertirlos en áreas rentables para las instituciones de crédito, quienes cobrarían comisiones —con valor determinado por el mercado financiero a las personas pensionadas—, que serían pagados con sus propios recursos depositados en su cuenta individual.

También en la búsqueda de obtener mayores ingresos, los Centros Vacacionales fueron promovidos al público en general a través de una amplia difusión en los medios electrónicos e impresos. Se acompañaron de estrategias de venta flexibles para su comercialización y venta con la definición de una sola imagen institucional y la marca propia “Centros Vacacionales y de Convenciones IMSS” —en la idea de consolidar la identidad de los Centros Vacacionales—, y con el lanzamiento de paquetes de servicios “todo incluido” (IMSS, 2011b).

Para la venta de servicios vacacionales, el IMSS promovió trabajos de conservación, remodelación y equipamiento de los Centros Vacacionales, como la construcción de una alberca techada en el de Atlixco-Metepec y la ampliación de los servicios de internet inalámbrico, televisión por cable, servicio de *spa* y de alimentos a la habitación, a fin de equiparlos con el sector hotelero y hacerlos rentables en el mercado (IMSS, 2011b).

Respecto a los Velatorios IMSS, también fue priorizado el programa de inversión en mobiliario, equipo, trabajos de conservación y mantenimiento, así como la modernización del parque vehicular. A través del Fideicomiso de Beneficios Sociales (Fibeso), se ejerció un total de 4'800,000 pesos y se autorizó el presupuesto para llevar a cabo la construcción de tres nuevas unidades y la instalación de dos hornos crematorios mediante el Programa de Expansión de Velatorios (IMSS, 2011b).

De igual forma, continuaron las acciones de promoción y difusión de los servicios funerarios y del plan de previsión en diferentes unidades institucionales, periódicos y medios masivos de transporte, etcétera. El proyecto de homologación de la imagen del Sistema Nacional de Velatorios IMSS quedó definido, a efecto de consolidar la infraestructura y mejorar su imagen.

Las instalaciones de la Unidad de Congresos también fueron difundidas y promocionadas mediante una estrategia de mercadotecnia fundada en la consolidación de identidad de la Unidad de Congresos, empleando el lanzamiento de paquetes todo incluido. La Unidad consiguió la certificación de calidad “Distintivo M” que otorga la Secretaría de Turismo federal. Las instalaciones fueron objeto de mantenimiento en auditorios, sanitarios, salas de trabajo y sótano, y fueron equipadas con sistemas de audio y video, extensiones telefónicas y nodos con acceso a intranet.

Las estrategias ahorradoras de recursos enfatizaron la separación de la función aseguradora del Instituto —de orden financiero— de la de prestador de servicios. División que fue justificada para dar claridad sobre la forma de operar todas las líneas de servicios, generar una mayor capacidad resolutive y una gestión más eficiente. A su vez, fue señalado que permitiría transferir responsabilidades de manera más ágil —pasando de una verticalidad jerárquica a una negociación horizontal para el cumplimiento de tareas específicas— y haría más eficiente la prestación de servicios médicos a través de terceros —subrogación— (IMSS, 2011b).

Esta estrategia de innovación, con afectación directa en la estructura organizativa, fue justificada con el propósito de reducir los costos y, en los hechos supuso reagrupar las funciones aseguradoras en un área consolidada para evitar la dispersión de recursos, identificando, además, los costos de las prestaciones de cada línea de servicio—capitación individual—. La separación de funciones tendría que realizarse apegada a principios de eficiencia, congruencia y equidad; lo que significaba —supuestamente— mejorar la calidad y calidez en los servicios, fortalecer las finanzas del Instituto, modernizar los procesos normativos internos y mejorar la gestión administrativa (IMSS, 2011b).

Programa Institucional IMSS, 2007-2012: separación de funciones

La operación de la política institucional del IMSS bajo la dirección de Juan Francisco Molinar Horcasitas fue realizada acorde con el PIIMSS 2007-2011, que refrendó la separación de funciones del Instituto en su calidad de administradora de riesgos y como entidad prestadora de servicios. La primera refiere a la función de administrar las contribuciones por cuotas obrero-patronales y los recursos financieros, en general, para garantizar las prestaciones en especie y en dinero; función que robustece su carácter de organismo fiscal autónomo. La segunda es relativa a su función de proveedora de servicios médicos —directa e indirectamente—, fomentando la salud integral de la población y el otorgamiento de las prestaciones económicas y sociales.

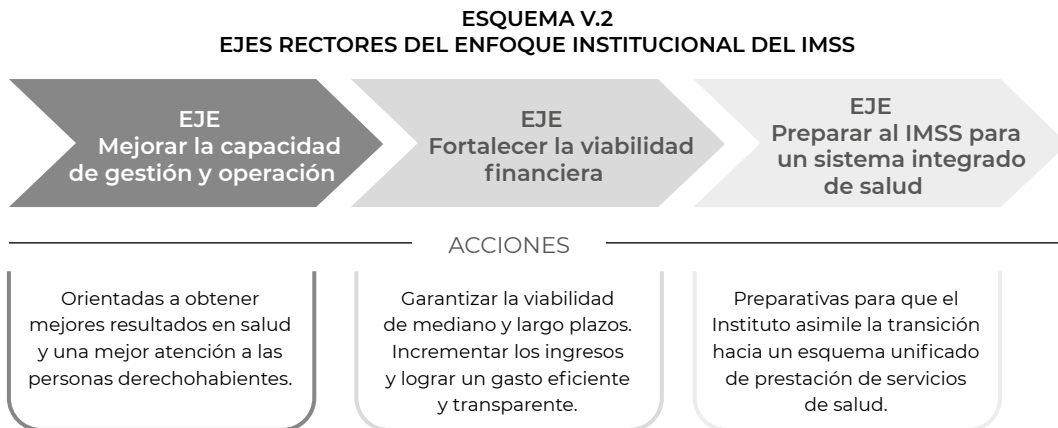
Para reforzar la separación de las funciones institucionales, fueron establecidas tres áreas de servicio clave: Incorporación y Recaudación, Prestaciones Médicas, y Prestaciones Económicas y Sociales. De ellas derivaron tres líneas de intervención institucionales: la recaudación, el aseguramiento y la prestación de servicios médicos y sociales. Así, se encaminó al Instituto a transitar gradual y efectivamente a una estructura organizacional que permitiera operar cada una de ellas de manera independiente (IMSS, 2008a; IMSS, 2010), como se ejemplifica en el esquema V.1.

ESQUEMA V.1
LÍNEAS DE SERVICIO DERIVADAS DE LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES DEL IMSS



Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2010.

A fin de concretar las líneas de servicio para 2012, el enfoque institucional se centró en tres ejes rectores: 1) Mejorar la capacidad de gestión y operación; 2) Fortalecer la viabilidad financiera del Instituto, y 3) Preparar al IMSS para un Sistema Integrado Funcional de Salud, en el contexto de expansión de la cobertura universal en salud (IMSS, 2010) (esquema V.2).



Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2010.

Los tres ejes entrecruzados perseguían el mismo fin: robustecer financieramente al Instituto, separando las funciones de recaudación, administración y fiscalización, de la de prestación de servicios; condición para desarrollar el mercado interinstitucional de servicios de salud y atender la demanda de las personas derechohabientes y usuarias.

Para lograr el objetivo de mejorar la capacidad de gestión y operación se enfatizó en la mejora de la calidad de los servicios, la calidez de la atención y, en el fortalecimiento de la infraestructura, los recursos humanos y la organización. El Instituto implementó un modelo de atención basado en el enfoque de satisfacción de la población usuaria y derechohabiente, las pensionadas y las empresas para mejorar los resultados en materia de salud y atención a la población derechohabiente y usuaria, proporcionando un servicio integral, ágil y de calidad (IMSS, 2010).

Fue instrumentado el Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento en Salud, cuyo propósito era desarrollar un sistema de planeación y diseño de obras nuevas, al igual que acciones de ampliación y remodelación para fortalecer la capacidad instalada y optimizar la utilización de los servicios. De este derivó el programa "Hospital sin Ladrillos", consistente en reorientar el uso de espacios y camas dentro de los hospitales, y un proyecto de capacitación institucional para personal en contacto directo con la población derechohabiente y usuaria, encaminado a desarrollar habilidades en el personal médico para atender la sobredemanda (IMSS, 2010).

Perfeccionar la gestión administrativa permitiría mejorar la calidad y calidez de los servicios, optimizar las prestaciones médicas, sociales y económicas; fortalecer la confianza de las personas usuarias y derechohabientes; maximizar y transparentar el quehacer institucional, y extender la infraestructura física y tecnológica del IMSS, lo que redundaría en mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población derechohabiente (IMSS, 2008a).



El objetivo de fortalecer la viabilidad financiera del Instituto implicaba equilibrar la viabilidad y su robustez financiera. Buscaría incrementar los ingresos con una mayor eficiencia en la recaudación, viabilizando financieramente los ramos de aseguramiento, implementando la planeación y el ejercicio eficiente de los recursos. La acción recaudatoria se consideró central para obtener recursos y operar el Instituto; permitiría financiar sus propios servicios —prestación directa— y comprarlos al sector público y el privado —prestación indirecta—; lo que garantizaría su funcionamiento eficiente dentro del mercado interinstitucional de los servicios médicos del SNS.

Para el fin recaudador, también fue trazada una robusta estrategia de fiscalización dirigida a combatir la evasión y elusión fiscal; definir responsabilidades y funciones en el ámbito local; interactuar con el sector patronal para facilitar el pago de aportaciones, e identificar los costos de la recaudación (IMSS, 2008a). Para concretar estos propósitos, la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) instauró un nuevo “Sistema Informático Delta” de fiscalización y apoyo directo a los procesos operativos, brindando mayores facilidades al sector patronal para el cumplimiento de sus obligaciones por medio de servicios digitalizados (IMSS, 2011b).

También fueron desarrolladas acciones para realizar un gasto más eficiente y transparente, aumentando la flexibilidad presupuestal. Fueron incentivadas las compras multianuales y centralizadas; instrumentados mecanismos de medición y gestión del producto hospitalario; controladas y fiscalizadas las incapacidades laborales para evitar fraudes; y fortalecidas las estrategias de atención preventiva: PrevenIMSS y DiabetIMSS (IMSS, 2010).

Estos dos ejes de la política institucional —mejorar la capacidad de gestión y operación, y fortalecer la viabilidad financiera del Instituto— permitirían alcanzar el tercero: preparar al IMSS para participar como oferente de servicios en el Sistema Integrado Funcional de Salud y expandir la cobertura en salud. Todo ello convertiría al Seguro Social en una institución de alta calidad y nivel de servicio, viable financieramente (IMSS, 2010).

Profundizar la desconcentración e innovación en las fuentes de compra del Instituto

La profundización de la desconcentración, con nuevas atribuciones y formas de operación más autónomas y presumiblemente más eficientes, fue acompañada con el establecimiento de innovadoras formas de compra y suministro.

Siguieron operándose, en lo general, diferentes estrategias de modernización y gerencia de mercado, y en lo particular, estrategias tendientes a hacer eficientes los servicios médicos y ganarse la confianza de las personas. Entre las primeras, destaca la continuidad con estrategias que afianzaron la desconcentración de los servicios en territorio, lo que supuso continuar transfiriendo atribuciones y funciones del Nivel Central al intermedio —OOAD-Delegacionales—.

En 2011 concluyeron las actualizaciones relativas a la regionalización de los Servicios Médicos del IMSS, a partir de cuatro variables: inicio de la operación de nuevas unidades en las zonas médicas⁷⁵, la modificación de vías de comunicación para favorecer la accesibilidad a los servicios, el fortalecimiento de la capacidad instalada y la redistribución poblacional (IMSS, 2011b). Acciones que estuvieron dirigidas a culminar la desconcentración institucional para operar los servicios médicos y sociales del IMSS en territorio a través de la intermediación de los órganos de gestión desconcentrada —OOAD-Delegaciones— y con autonomía de gestión —OOAD-UMAES— (IMSS, 2003c).

La última etapa de la desconcentración en el IMSS involucró transferir la función del pago de pasivos de ejercicios anteriores a los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAES, a fin de hacer más eficiente y oportuno el pago a la proveeduría. Su finalidad era permitir que sus Unidades Responsables del Gasto (URG) gestionaran directamente el Enlace de Dictámenes de Disponibilidad Presupuestal⁷⁶ para el pago de pasivos. En 2011, las URG enlazaron un total de 1,003'400,000 pesos⁷⁷ de los cuales, 778'700,000 pesos correspondieron a los OOAD-Delegaciones y 224'700,000 pesos a los OOAD-UMAES (IMSS, 2011b).

Asimismo, fue desarrollada una nueva forma de compra y suministro de insumos, en la mira de obtener mayores ahorros en la operación. El Instituto aplicó el Contrato Único o modalidad de compra consistente en separar las funciones de administración de los contratos y adquisición de medicamentos de su entrega y pago. Las dos primeras estuvieron a cargo del Nivel Central y las segundas fueron ejecutadas por los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAES.

Conjuntamente, fue instrumentada la Bolsa Única de Ofertas, mecanismo de abasto complementario realizado mediante la compra de medicamentos a proveedores, que registró las ofertas derivadas de adquisiciones en las que hubo anomalías administrativas. La operación de la Bolsa Única de Ofertas fue desconcentrada a los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAES, eliminando para estas el requisito de solicitud de autorización para la compra de medicamentos (IMSS, 2010).

La desconcentración de la Bolsa Única de Ofertas permitiría: aprovechar el conocimiento de cada OOAD-Delegación y OOAD-UMAES sobre de la calidad de los medicamentos, niveles de inventario y rotación; dar oportunidad a proveedores locales de competir por contratos otorgados por el IMSS en cada OOAD-Delegación y OOAD-UMAES, y promover la alta competitividad a nivel nacional (IMSS, 2010).

Modernización gerencial empresarial del IMSS: era de la innovación funcional y la concertación

En la maduración y perfeccionamiento del IMSS como empresa público-mercantil, fueron desarrolladas diferentes estrategias entrelazadas entre sí, que constituyeron la estrategia integral de innovación del Instituto en este periodo, conducentes todas a los mismos propósitos: separación de funciones, eficiencia, ahorros, incremento de la productividad y mayor capacidad de competencia.

Entre los innovadores instrumentos, estrategias y medidas aplicadas, destacan: la suficiencia presupuestal, el fortalecimiento del desempeño con calidad, la innovación en la planeación y orientación del gasto, los ágiles sistemas de información y registro, la aplicación de la tecnología digital, la simplificación regulatoria, los concisos sistemas de costeo, la profesionalización de los recursos humanos, la evaluación del desempeño, las modernas fuentes de compras, entre muchos otros.

Todas las condiciones, mecanismos y herramientas anteriores fueron necesarias para hacer competitivo al Instituto dentro del mercado intersectorial de los servicios de salud —Sistema Integrado Funcional de Salud—. Su concreción permitió avanzar en el acuerdo de alianzas por la salud a través de la firma de acuerdos y convenios entre las instituciones del sector, a fin de objetivar el Sistema Funcional de Salud; proceso en el que destaca el IMSS como líder del proyecto por su experiencia, presencia territorial, nivel de consolidación y capacidad de propuesta técnica y científica, además de otras, toda vez que la rectoría estaba en manos de la SSA.

Adelante se explicitan siete de las principales estrategias innovadoras que fueron instrumentadas por el Instituto en su robustecimiento como competidor en la compraventa de servicios de salud.

Presupuesto Basado en Resultados, Sistema de Evaluación del Desempeño y Acuerdos de Gestión en el IMSS

En las administraciones de Juan Francisco Molinar Horcasitas y Daniel Karam Toumeh fueron concretadas en el Instituto nuevas estrategias de modernización mercantil y de eficiencia administrativa, como parte de la desregulación necesaria para establecer las disposiciones que favorecerían el ahorro, la eficiencia, la calidad y la productividad, es decir, el fortalecimiento del IMSS como eficiente competidor en el Sistema Integrado Funcional de Salud.

Derivado de los ordenamientos del PND 2007-2012, fueron instrumentados en el IMSS la Gestión por Resultados (GpR), y el Presupuesto Basado en Resultados (PBR). La Gestión por Resultados es un modelo de cultura organizacional, directiva y de desempeño institucional que pone el énfasis centralmente en los resultados institucionales, relativizando los procedimientos. El Presupuesto Basado en Resultados constituye una herramienta de política pública integral y coordinada para mejorar la gestión institucional, incrementando la eficiencia, eficacia y transparencia. Este establece fuertes vínculos entre las acciones de planeación, programación, presupuestación, seguimiento y evaluación de las acciones públicas, con consideraciones importantes entre el quehacer de las instituciones y sus resultados e impacto.

El Presupuesto Basado en Resultados buscaba vincular la asignación de fondos públicos con la obtención de resultados, vía metodologías de planeación como la Matriz del Marco Lógico (MML), que permite planear un programa presupuestal desde su concepción, diseño, ejecución y evaluación. O también con el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), que posibilita una valoración objetiva del desempeño de la acción pública —programas y políticas— al establecer los objetivos de los programas presupuestarios, medir sus avances, verificar el cumplimiento de sus metas, evaluar sus resultados e impactos y mejorar su implementación; con base en indicadores para transparentar sus resultados, identificar la eficacia, eficiencia, economía y calidad del gasto (Secretaría de la Función Pública, 2008).

Desde 2007, la SHCP instruyó modernizar y hacer eficiente la Administración Pública Federal (APF) a través del Presupuesto Basado en Resultados, como recurso que maximizaría el impacto de cada recurso gastado, medible a través de los resultados obtenidos con las intervenciones, reflejándose en servicios mejores, más eficientes y de mayor calidad. En concordancia, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria de 2006 (LFPRH) estableció el marco legal para el control y la evaluación de los ingresos y egresos públicos bajo criterios de eficiencia, austeridad, equilibrio presupuestario y disciplina fiscal. Y, con la reforma al Artículo 134 constitucional de 2008 fueron sentadas las bases para evaluar el desempeño de los recursos públicos y su asignación dentro de la APF.

El Presupuesto Basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño fueron incorporados gradualmente en los programas, indicadores y metas anuales del IMSS, contenidos en el Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos, así como en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Ambos estuvieron asociados a la instrumentación de acuerdos de gestión para incentivar la productividad y para avanzar en el establecimiento del Presupuesto Basado en Resultados como estrategia de mejora de

la capacidad de gestión y operación de las unidades de servicio, es decir, supuestamente elevar de forma continua la calidad de la atención y satisfacer las necesidades de salud de las personas derechohabientes (IMSS, 2011b).

La instauración del Presupuesto Basado en Resultados en el IMSS estuvo vinculada a programas generadores de ahorros en el mediano plazo, a fin de fortalecer la viabilidad financiera institucional con un gasto eficiente y transparente. Ejemplo de ello fue el acuerdo de gestión que estimuló el programa de trasplantes renales, su meta fue duplicar el número de trasplantes entre 2010 y 2012, para lo cual fueron otorgados recursos a los OOAD-UMAE destinados a fortalecer sus áreas de trasplantes (IMSS, 2011b).

El IMSS, conforme a la LFPRH, suscribió en 2008 un Convenio de Desempeño con la SHCP y la Secretaría de la Función Pública (SFP), cuyo objeto fue establecer acciones de modernización y mejora de la prestación del servicio público en el IMSS, promover la productividad en el desempeño de sus funciones, reducir los gastos de operación y aumentar la eficiencia y eficacia en la gestión pública (IMSS, 2011b).

Este Convenio estableció compromisos, indicadores y metas al Instituto a través de diversas acciones: destinar recursos a las Reservas Financieras y Actuariales de los Seguros, a la Reserva General Financiera y Actuarial, y al Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual; efficientizar el gasto en insumos terapéuticos —medicamentos y material de curación—; reducir los días promedio de incapacidad por Enfermedad General por persona trabajadora del IMSS, y reducir el gasto por la implementación de “IMSS sin papel” (IMSS, 2011b).

Con base en esta modalidad de desempeño por resultados y en el propósito de reforzar los aspectos financieros y administrativos de los OOAD-UMAE, las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Finanzas y de Administración y Evaluación de Delegaciones suscribieron en 2011 “acuerdos de gestión” para mejorar los procesos de administración y presupuestación acordes a su naturaleza de órganos autónomos de operación desconcentrada. En dichos acuerdos, los OOAD-UMAE adquirieron compromisos relacionados con aspectos médicos, administrativos, operativos y financieros con la finalidad de regular, controlar y apoyar sus actividades operativas y directivas (IMSS, 2011b).

Los objetivos y resultados del Presupuesto Basado en Resultados del Instituto estuvieron centrados en alcanzar ahorros presupuestales y en incrementar la productividad —hacer más con menos—. Sin embargo, estos no se tradujeron en acrecentar el bienestar de las personas derechohabientes, ni en la calidad, ni oportunidad de la atención. Tampoco lo hicieron para aumentar la cobertura y calidad de la infraestructura pública ni de los servicios del Instituto. El Presupuesto Basado en Resultados se convirtió en un medio en sí mismo, centrado en la medición, seguimiento y evaluación de indicadores financieros —indicadores de desempeño y metas de los programas presupuestados—, disociados de los beneficios tangibles de acceso efectivo a la atención oportuna y de calidad de las personas derechohabientes y sus familias, y desvinculado del impacto en la reducción de tasas de morbimortalidad, entre otras. Con ello se desdibujó la garantía integral del bienestar como el principal objetivo del IMSS.

Cultura organizacional por la calidad y la competitividad

A partir de los cambios mencionados en el apartado anterior, profundizando y actualizando la visión gerencial empresarial del Instituto, fue desarrollado, a partir de 2007, el “Planteamiento Estratégico para la Mejora de la Gestión”. Plan basado en un esquema de desregulación y simplificación regulatoria que supuso la revisión y mejora

de los procesos sustantivos del Instituto y el fortalecimiento de su gestión directiva con calidad; orientados a optimizar la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos para generar competitividad (IMSS, 2011b).

En 2008, el H. Consejo Técnico aprobó el Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (Moceri) con el propósito de impulsar una cultura de calidad caracterizada por la mejora continua, innovación, agilidad y creación de valor a la persona usuaria y al Instituto; orientando sus esfuerzos hacia una mejor gestión directiva a efecto de que las unidades del IMSS mejoraran sus procesos y servicios, y logran la satisfacción de las personas trabajadoras, derechohabientes y usuarias.

Entre los objetivos del Moceri estaba apoyar a la Dirección General, a las Direcciones Normativas y a los OOAD-Delegaciones en el despliegue operativo y seguimiento de la estrategia institucional de mejora, a guiar los procesos y servicios del Instituto hacia una categoría competitiva en el entorno global, y a medir y evaluar el desempeño de las unidades administrativas y el nivel de competitividad de sus sistemas y procesos.

Con el Moceri, el Instituto modificó la forma de ser —cultura organizacional— y de hacer —sistemas y procesos—, instrumentando prácticas de calidad para guiar la cultura organizacional desde una perspectiva gerencial hacia el logro de la competitividad institucional; directrices presentes en los lineamientos del PND 2007-2012, dirigidos a fortalecer la capacitación profesional del personal médico, y en el PNS 2007-2012, para el desarrollo de competencias gerenciales del personal directivo —profesionalización— (IMSS, 2011b).

En apego a ellos, el IMSS instituyó el Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Competencias Directivas (Mefhadic®), una estrategia encaminada a fortalecer la gestión directiva mediante el desarrollo de competencias administrativas de los cuerpos de gobierno de las unidades médicas y no médicas, a efecto de evaluar el nivel de competencias de cada titular de dirección y cada OOAD-Delegación (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2007; IMSS, 2011b e INAP, 2013); con ellos se buscó concretar procesos de autonomía de gestión.

Programa Especial de Mejora de la Gestión Pública en el IMSS: desregulación con simplificación regulatoria

El IMSS, con base en los valores de calidad, competitividad y el Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (Moceri), para mejorar el desempeño en los procesos sustantivos y de apoyo, instrumentó el Programa Especial de Mejora de la Gestión Pública (PMG). Este programa fue operado en el Instituto para el logro de resultados, asignación de presupuesto y mejora de la gestión con criterios de legalidad, eficacia, eficiencia, equidad, transparencia, honestidad, rendición de cuentas y amabilidad en el servicio.

El PMG estuvo integrado por dos módulos —normativo e institucional— (PMG, 2008-2012; IMSS, 2011b). El último formado, a su vez, por dos componentes: uno estándar para la mejora de las áreas gerenciales y otro específico, dirigido a los diagnósticos, los resultados y sus evaluaciones. El PMG buscó desregular al Instituto, simplificando procedimientos y desarrollando proyectos de mejora con alto impacto que agilizarían trámites —registro de personas derechohabientes, solicitud de cita médica en las UMF, etcétera—, y simplificarían y actualizarían el marco normativo interno con criterios de “Regulación Base Cero” y “Veda Regulatoria”⁷⁸ (IMSS, 2011b). Fueron eje de la modernización de más de 270 instituciones de la APF en la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa.

Transparencia y digitalización

Asociado al Presupuesto Basado en Resultados, la Gestión por Resultados, el Sistema de Evaluación del Desempeño y el Mocerí, el IMSS, en su carácter de ente público obligado, instrumentó la Transparencia Focalizada y la Mejora de Sitios Web, apegándose a lo normado en el Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción 2008-2012. La transparencia focalizada buscó eliminar opacidades y mejorar el acceso a la información pública, a través de utilizar herramientas tecnológicas, y conformó la página web del Instituto. Con la segunda, persiguió consolidar una actuación institucional transparente, responsable y eficiente, haciendo eficaz el acceso a la información pública, a través de homologar el portal del IMSS con los lineamientos del Gobierno Federal para avanzar en la rendición de cuentas y el combate a la corrupción (IMSS, 2011b).

Como consecuencia, para transparentar y hacer eficientes las compras públicas, el Seguro Social y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) firmaron el Acuerdo Interinstitucional para la Revisión de la Integridad en la Adquisición Pública del IMSS, cuyo fin fue revisar las estrategias, sistemas y procesos de adquisiciones del Instituto. En consecuencia, en noviembre de 2011 el Instituto inició el programa de Mejora Integral de las Compras, atendiendo las recomendaciones de la OCDE (IMSS, 2011b).

IMSS Digital

Desde el PIIMSS 2001-2006 había sido planteada formalmente la necesidad de modernizar informática y digitalmente los procesos del Instituto en los objetivos de contener costos, agilizar trámites y servicios, así como para mejorar la operación institucional. Para la administración del IMSS, los retos fueron aún mayores, ya que en la mira de constituir el Sistema Integrado Funcional de Salud debía establecerse un sistema de información común para la integración operativa y coordinada de los diferentes sectores, debiendo sumarse, al esfuerzo nacional por vincular tecnología y salud.

Los avances digitales al interior del IMSS fueron procesos pioneros que servirían al resto del sistema. Destacaron dos proyectos⁷⁹: 1) El Hospital Digital del IMSS de 2006, incorporó sistemas informáticos y herramientas tecnológicas con conexión a la red nacional del Instituto para intercambiar datos médicos y atender a 164 mil personas derechohabientes por año. Contó con la colaboración de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) y la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), más las empresas que vendieron las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) (IMSS, 2011b), y 2) Expediente Clínico Electrónico (ECE) del IMSS, que fue habilitado con la reforma a la LSS de 2001 para aplicarse centralizadamente, a efecto de conformar una base de datos única e integrar los servicios de los tres niveles de atención.

En el nuevo escenario tendiente a constituir el Sistema Integrado Funcional de Salud estos dos proyectos coadyuvarían a crear las condiciones digitales óptimas para el intercambio de servicios entre los diferentes oferentes, digitalizando atenciones homologadas y estandarizadas, modos y costos (IMSS, 2011b).

Innovación y ampliación de la gama de métodos de costeo

Como parte de las disposiciones innovadoras de regulación desarrolladas por el IMSS hacia el mercado competitivo de salud, el Instituto amplió y perfeccionó los métodos de cálculo de los costos de sus productos y servicios de salud. Con ello, fortaleció su



viabilidad financiera —contención de costos o gasto eficiente y transparente— y reforzó su desempeño.

El costeo más preciso de las intervenciones contribuiría a establecer una perspectiva estratégica de precios y, con base en guías de intervenciones y costos homologados y estandarizados, podrían comprarse y venderse servicios entre los proveedores de servicios en el Sistema Integrado Funcional de Salud estableciendo, vía concertaciones y convenios interinstitucionales, la compra cruzada de servicios.

El IMSS diseñó cinco estrategias de costeo: reimplementación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD); introducción de los Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria (GRAA); Cédulas Médico-Económicas (CME) y el Costeo Basado en Actividades (ABC, por sus siglas en inglés). Así mismo instrumentó el Análisis de Costo Beneficio y de Factibilidad Técnica y Económica (ACB/FTE) (IMSS, 2011b).

La administración Santiago Levy Algazi en el Instituto había pausado el desarrollo de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, sustituyéndolos por los Costos Unitarios Promedio (CUP), que solo costearon conceptos médicos como día cama, consultas y estudios de diagnóstico, sin especificar el padecimiento. La administración del IMSS en el periodo calderonista, determinó, a través de la DPM, desarrollar el Proyecto Producto en Salud del IMSS como estrategia de planeación y evaluación de los servicios para elevar la eficiencia y la calidad en la gestión de las unidades médicas, aplicando herramientas médico-económicas capaces de contener costos y lograr eficacia presupuestal (IMSS, 2011b).

Este proyecto dio origen a los GRD-IMSS, modelo de costeo que serviría como herramienta para medir y comparar internacionalmente su producción hospitalaria⁸⁰. Estaba dividido en dos mediciones: las de producto hospitalario y las del ambulatorio, que generaron una base médico-técnica para la elaboración de futuros presupuestos (IMSS, 2011b).

El producto hospitalario del IMSS fue medido a través de 509 Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), buscando fortalecer la gestión de 154 hospitales de segundo nivel, 25 UMAE y 5 unidades de apoyo. A partir de indicadores, como el número total de GRD, costos unitarios, número de GRD médicos y quirúrgicos, entre otros, fueron desarrollados GRD específicos por hospital.

El IMSS desarrolló los Grupos Relacionados con las Atenciones Ambulatorias (GRAA) para la medición y asignación presupuestaria del producto ambulatorio de los hospitales, las UMF, las UMAA, los servicios de salud en el trabajo y los programas PrevenIMSS y DiabetIMSS. El incremento de los costos de la demanda ambulatoria y la expansión de las UMAA, representaron la mitad del gasto de los servicios médicos. Si bien evitaban días de hospitalización y ocupación de camas, también permitieron liberalizar funciones del Instituto a privados, vía contratos plurianuales de servicios integrados (IMSS, 2011b).

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico y los Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria contaron, a su vez, con su propia Cédula Médica-Económica (CME). En ellas se precisaron los costos médico-técnicos de las atenciones y de la capacidad instalada necesarios para brindar la atención médica, establecían la relación entre la morbilidad registrada en el IMSS y el tipo y la cantidad de insumos requeridos para su atención, más los gastos administrativos, los costos indirectos y el de los servicios por los que transita la persona enferma durante su atención hospitalaria, entre otros.

La implantación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico y la de los Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria tuvo entre sus objetivos aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios, homologar los días-paciente en hospitalización y evaluar

la letalidad. Las CME estuvieron destinadas a verificar los contenidos de los catálogos institucionales y costear atenciones precisas, tanto las internas al Instituto como las convenidas interinstitucionalmente: virus de la Influenza AH1N1, dengue, cáncer de mama, las atenciones derivadas del incendio de la Guardería ABC, las relacionadas con el Causes, las del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, del Convenio de Colaboración en Materia de Urgencia Obstétrica y del Seguro Médico para una Nueva Generación (IMSS, 2011b).

Bajo la dirección de Daniel Karam Toumeh, el Instituto inició entre 2009 y 2010 el costeo por el método ABC, herramienta empresarial que mide costos y el desempeño de las actividades a fin de mejorar la eficiencia de las operaciones y optimizar los recursos (Benítez, 2009). El costeo no solo fue realizado en los servicios médicos, sino que también en las áreas sustantivas de incorporación y recaudación, así como en las de prestaciones económicas y sociales. Dicha implementación contó con la colaboración de la DIDT y de las áreas normativas correspondientes. De igual forma, el modelo ABC fue empleado para conocer a detalle los costos de las actividades, productos y servicios brindados para identificar el costo total y unitario, su integración por actividad y capítulo de gasto, además de su clasificación por costo fijo y variable (IMSS, 2010).

En Prestaciones Médicas, por ejemplo, fue costeado un día de diabetes mellitus —54'900,000 pesos en 2010—, incluyendo las atenciones ambulatorias y hospitalarias. Fue realizado un estudio prospectivo sobre este padecimiento para un horizonte a 20 años. Los resultados indicaron que, con una atención médica capaz de mantener la hemoglobina glucosilada y la glucosa en niveles adecuados, los costos serían contenidos, a 11 años de iniciar el programa de prevención y tratamiento de las complicaciones (IMSS, 2011b). También se calculó el gasto médico total, dividido en producto hospitalario —50%— y producto ambulatorio, a fin de asignarles el porcentaje respectivo del gasto global por área y actividades (IMSS, 2010).

Con la aplicación del método ABC, fueron costeadas las actividades de recaudación, fiscalización e incorporación. En Prestaciones Económicas, fueron calculados los costos de subsidios, ayudas, pensiones y rentas vitalicias. Respecto a Prestaciones Sociales, fueron costeados los servicios de ingreso, Guarderías y Prestaciones Sociales (IMSS, 2010).

En la carrera por establecer costos para ajustar presupuestos e intercambiar servicios intersectorialmente, fue añadida la técnica de Análisis de Costo-Beneficio y de Factibilidad Técnica y Económica (ACB/FTE); herramienta económica para evaluar la conveniencia de un proyecto o política pública, comparando los beneficios y los costos, a fin de asignar eficientemente los recursos públicos (Cohen y Franco, 1992; Ortega, 2012). El ACB/FTE fue introducido a fin de apoyar la toma de decisiones en el ámbito médico con un análisis costo-beneficio, acorde con el Artículo 45 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, publicado en 2006 (IMSS, 2011b).

El Instituto desarrolló los ACB/FTE para sesiones de hemodiálisis interna, procedimientos de mínima invasión, osteosíntesis, endoprótesis, cirugía cardiovascular, hemodinamia, Central de Mezclas, trasplante renal, pruebas de laboratorio clínico y de Banco de Sangre, entre otras. Con base en ellos fueron homologados médica y técnicamente los servicios, mejoraron los precios para adquirir los servicios, establecieron flujos de efectivo anual y plurianual, obtuvieron mayores beneficios en la gestión hospitalaria y disminuyeron o eliminaron mermas y número en días de hospitalización.

Este avance significativo para el intercambio de servicios en el Sistema Integrado Funcional de Salud fue acompañado con el proyecto de los Centros de Producción de Servicios y Costos (CPSyC), mismo con el que fue articulada la información de los



servicios médicos otorgados y el presupuesto devengado, consiguiendo costos contables que permitieron identificar y documentar una variedad de CPSyC: Salud en el Trabajo, atención en Consultorio Móvil, consulta de Medicina Familiar, consulta de Especialidad, Vacunación, Promoción de la Salud, Salud Reproductiva, entre otros (IMSS, 2011b).

Contratos plurianuales

Con el Reglamento Interno del IMSS (RIIMS), conforme al Artículo 69 fue facultada la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED) a planear, programar, dirigir, controlar, difundir y realizar los procesos de adquisición de los recursos materiales, servicios generales, obra pública, etcétera, necesarios para la operación del Instituto, así como para emitir, difundir y analizar las normas específicas para la contratación de adquisiciones para los mismos fines. La función de coordinar las contrataciones quedó a cargo de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, que formaba parte de la Unidad de Administración de la DAED.

La importancia de esta Coordinación estribó en que desde ella fue instrumentándose la profusión de la provisión privada de los servicios desde el Instituto, financiada con recursos públicos; esta vez, a través de contratos plurianuales —subrogación—. La justificación fue garantizar la disponibilidad de servicios y una mayor eficiencia, ocultando que hubo el despropósito por dismantelar al IMSS como “monopolio de Estado” en el cuarto de siglo precedente, lo que implicó, por tanto, una injustificada e intencional desinversión en nueva infraestructura pública.

Además, los contratos plurianuales fueron muestra elocuente de la intención por consolidar la sustentabilidad financiera del Instituto, a efecto de contar con suficientes recursos para comprar servicios a públicos y/o privados en el mercado de la salud, además de poner de manifiesto la concreción de la separación de funciones en el Instituto; por un lado, el financiamiento y, por otro, la prestación de los servicios.

Con base en las Disposiciones Generales para la Planeación, Implantación y Control de Servicios Médicos Integrales de 2003, y el Reglamento de Prestaciones Médicas de 2006 —que facultó al Instituto a celebrar convenios de subrogación de servicios médicos—, la administración del IMSS realizó un primer ciclo de contratación plurianual en servicios médicos y guarderías.

Las contrataciones públicas que rebasaban más de un ejercicio fiscal ya estaban contempladas en el Artículo 277-F de la Ley del Seguro Social de 2001, sin embargo, fue hasta 2009 que la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa formalizó en la LSS el uso del mecanismo jurídico denominado contrato plurianual, con el propósito de precisar legalmente la aplicación de este tipo de contratación en aquellos casos en los que el Instituto requiriera celebrar adquisiciones, contratos de obra pública, entre otros, por varios ejercicios anuales de asignación presupuestaria.

En 2007, el H. Consejo Técnico —por conducto de la DPM— autorizó la contratación de cuatro servicios médicos integrales con los privados, para el periodo de 2008 a 2010, por un monto global de 11,600 millones de pesos correspondientes a Cirugía de Mínima Invasión, Banco de Sangre, Hemodiálisis y pruebas de Laboratorio Clínico (AHCT 484/2007/11/12/2007; IMSS, 2011b).

También fueron contratados servicios de Guarderías con privados a través de la contratación plurianual. El H. Consejo Técnico autorizó la suscripción de estos por 5 años en guarderías para ampliar la capacidad instalada. Ello supuso aumentar a 25,606 los inmuebles (AHCT 160/2008/16/07/2008; IMSS, 2008a) con un gasto total

de operación por 6,573 millones de pesos, en 2008; un incremento absoluto de 160'500,000 pesos con relación a 2007 (IMSS, 2011b).

El esquema de contratación estuvo basado, desde 2003, en una cuota máxima de referencia por infante, a partir de la cual los proveedores tenían que ofrecer descuentos al IMSS, por lo que, en aras de ganar la licitación, los privados no dudaron en disminuir la calidad del modelo de subrogación (Leal, 2010).

En 2009 y a consecuencia del incendio de la Guardería ABC de Hermosillo, Sonora —que cobró la vida de 49 menores—, quedó cancelada la convocatoria de licitación de ese año. Fue por motivo de la tragedia que el Instituto expidió los “Estándares de Seguridad y Protección Civil” que debían cumplir las guarderías contratadas y las administradas directamente. El IMSS dejó de contratar a las guarderías que no cubrían los nuevos requerimientos y redujo el periodo de contratación de 5 a 1 o 3 años (IMSS, 2011b).

En 2010, con Daniel Karam Toumeh en la Dirección General del Instituto, la contratación público-privada del IMSS representó 13% de su propio gasto y 4% de toda la contratación del sector público federal. Sus principales compras fueron medicamentos y materiales de curación. Aunque también adquirió servicios sociales como guarderías y otro tipo de servicios —informáticos—. En el sexenio del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, la contratación de servicios médicos cobró mayor importancia dado que el IMSS se había incapacitado para atender algunos de los servicios con mayor demanda: Hemodiálisis, Suministro de Oxígeno a domicilio, Bancos de Sangre y Laboratorios (OCDE, 2014).

V.2.2. Preparar al Instituto para participar coordinadamente en el Sistema Integrado Funcional de Salud

El IMSS, como institución pilar de la seguridad social y principal proveedor de servicios de salud en México, fue dispuesto desde 1982, a través de la modernización mercantil de diferentes sellos, para constituir uno de los componentes centrales del Sistema Integrado Funcional de Salud. En el primer sexenio del nuevo milenio, el IMSS quedó consolidado como empresa público-mercantil y, en el segundo, —a través de una desregulación de corto y mediano plazo— fueron introducidas las disposiciones innovadoras que fortalecerían su desempeño eficiente y lo estructurarían como una de las empresas de seguros más fuertes para competir en el sistema mencionado por la demanda de servicios esenciales en salud.

El otro desafío de este periodo para la administración en cierne del Instituto —entreverado al anterior propósito— fue avanzar en la política de alianzas por la salud, facilitando los puentes de coordinación técnica, arreglos institucionales, mecanismos y herramientas que, concertados previamente de manera interinstitucional —con los sectores públicos—, permitieran establecer el funcionamiento integrado del Sistema Integrado Funcional de Salud; reto que supuso diseñar estrategias que articularan a los diferentes sistemas de salud, haciendo compatibles los procesos, explotando sinergias y coordinando la prestación eficiente de los servicios; lo que fue materializado a través de diferentes acuerdos y convenios interinstitucionales.

Entre las estrategias diseñadas para la integración operativa de los diferentes sistemas de salud destacan: registros unificados de personas beneficiarias y usuarias; sistemas de información interoperables; coherencia y compatibilidad de productos en los niveles de atención médica; arreglos institucionales y mejor coordinación; redes de servicios intersectoriales; homologación en la calidad de los

servicios; reforzamiento de esquemas de desempeño —costo-eficientes, competitivos y productivos—; separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios; novedosos mecanismos de pago a proveedores para consumir compras estratégicas; pagos a proveedores que faciliten la transferencia entre esquemas de seguros y entre entidades federativas; modelos de atención resolutivos y costo efectivos; estandarización de contratos y pago a proveedores —compra cruzada de servicios—; sistemas robustos de información digitalizada, y portabilidad.

Vale mencionar tres hechos significativos presentes en el escenario del sector salud que permitieron avanzar en este propósito: 1) La consolidación de la descentralización de los Sesa y el arraigo del Seguro Popular con operación nacional; 2) La reforma de 2007 a la Ley del ISSSTE, que introdujo un modelo de gestión mercantil separando las funciones de prestación de servicios médicos —con un fuerte componente de subrogación de estos— de la función financiera de recaudación, y 3) La firma de los acuerdos entre la SSA y el IMSS por Daniel Karam Toumeh, Director General del IMSS, quien había sido Comisionado del Sistema de Protección Social de abril 2007 a marzo 2009.

El mercado interinstitucional/intersectorial de servicios de salud

El IMSS tuvo como tarea institucional participar en la creación de un mercado interinstitucional/intersectorial de servicios de salud definido por un esquema de intercambio o compraventa de servicios médicos. Para lograrlo, fueron precisados cinco aspectos: la separación del financiamiento de la prestación de servicios; la separación del aseguramiento contra riesgos de salud personales de otro tipo de seguros y beneficios de la seguridad social; la separación de la provisión de servicios de otro tipo de bienes públicos —promoción y prevención—; la solución de dilemas básicos en el marco de los derechos individuales, y la integración a largo plazo de todos los subsistemas de salud (IMSS, 2010).

Para la SSA, las instituciones integrantes del sector salud —SSA, Sesa-Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, DIF, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Pemex— y su personal debían potencializar las acciones y recursos transversales y alinear los recursos orientados a resultados; además de establecer sólidas alianzas entre sí para mejorar la salud de la población nacional, capitalizando sus fortalezas para lograr un “México sano”; las organizaciones de la sociedad civil debían fortalecer la base social y su sentido de corresponsabilidad y compromiso comunitario, y el sector privado debía promover su participación e inversión para sumar esfuerzos y alinear recursos para fortalecer la oferta de servicios y contribuir a mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) (SSA, 2008).

De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (Prosesa), el SNS sería un sistema integrado; financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada, bajo la rectoría de la SSA, centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades con un modelo de atención flexible y diseñado con base en la transición epidemiológica y demográfica nacional y con fuertes vínculos intersectoriales. Con el Sistema Integrado Funcional de Salud, México contaría con un sistema de salud integrado y universal que garantizaría el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población, financieramente sustentable y atento a las necesidades de los grupos vulnerables (SSA, 2008).

Como integrante del SNS, el IMSS estaba llamado a cumplir este objetivo implantando acciones de largo plazo, tales como: modificar su marco legal para integrar el sistema de salud, fortalecer la planeación estratégica con visión sectorial de mediano y largo plazos,

implantar mecanismos de inversión en salud con participación pública/privada para fortalecer la infraestructura y hacer más eficiente la operación de los servicios, diseñar una estrategia sectorial de largo plazo de naturaleza intersectorial para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como elaborar un inventario sectorial de recursos y servicios de salud para el diseño de planes de largo plazo (IMSS, 2008a).

La SSA, como órgano rector, definió que la integración funcional del Sistema Integrado Funcional de Salud (SIS) significaba adecuarse a las necesidades sociales y operar como un sistema único, aunque conformado por instituciones independientes, con financiamiento, prestación de servicios y rectoría en la atención de la salud. El SIS corregiría la segmentación del sector salud, facilitando el flujo de recursos entre instituciones, con normas sobre la prestación de servicios, la generación de recursos y el financiamiento (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

El proyecto del SIS planteaba concretarse idealmente en dos etapas. En la primera, de 2007 a 2012, solo incluiría a las instituciones públicas —aunque producto de la generalización de la subrogación en el IMSS e ISSSTE, por sus reformas estructurales, ambos prestaban amplios servicios de forma indirecta a través de privados y con contratos plurianuales—. Además, abarcaría la homologación de procesos, el impulso a la eficiencia en el uso de infraestructura y demás activos; la creación de incentivos basados en el desempeño, y el desarrollo de estándares de calidad y seguridad de la atención médica. La SSA ostentaría la rectoría para la integración del resto de las funciones, consolidándolas vía la articulación e implementación de lineamientos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

En función de estos avances, la segunda etapa podría incluir a las instituciones privadas, per se, con el objeto de alcanzar un sistema único de salud, más eficiente y con financiamiento mayormente público (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

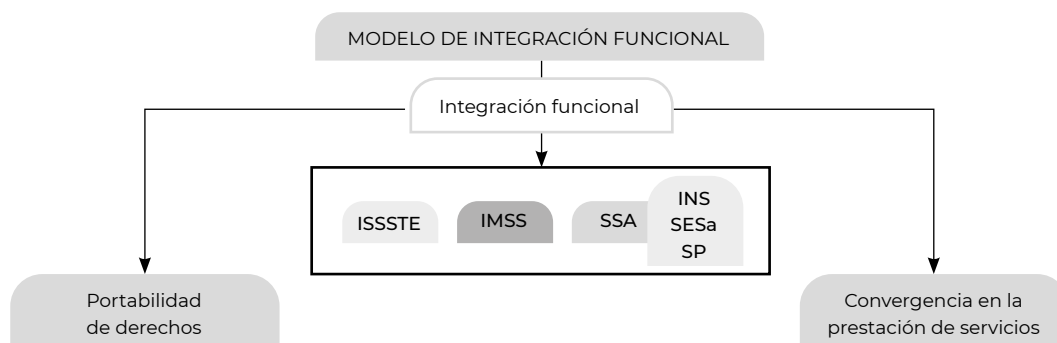
Derivado de la realidad de los dos institutos de seguridad social —IMSS e ISSSTE— con relación a la prestación de servicios, tanto de manera directa —los propios— como indirecta —con los privados—, puede decirse que el funcionamiento inicial del Sistema Integrado Funcional de Salud fue intersectorial y no solo interinstitucional.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, la SSA —en su papel rector— debía enfocarse a integrar la prestación de servicios a partir del desarrollo de dos mecanismos de mercado: la portabilidad de derechos y la convergencia en la prestación de los servicios. La primera, definida desde el ámbito de los seguros, representa la capacidad para ejercer el valor de la prima del seguro de salud con diferentes proveedores, conforme a la elección de la persona beneficiaria y las respectivas restricciones impuestas por la aseguradora. La segunda, refiere a la integración funcional a nivel de las instituciones a través de mecanismos para intercambiar servicios, en función de la oferta de paquetes de servicios explícitos bajo criterios de eficiencia y calidad, entre los proveedores de las diferentes instituciones (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

El Gobierno de Felipe Calderón Hinojosa avanzó en los hechos en la portabilidad de derechos y la convergencia entre instituciones para prestar servicios médicos en la integración funcional entre el IMSS e ISSSTE, fundamentalmente; aunque no así con los Sesa-Seguro Popular hacia la consolidación del Sistema Integrado Funcional de Salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011; Juan *et al*, 2013) (esquema V.3). Propósito por el que el IMSS inició el desarrolló de ambas acciones (IMSS, 2010).

ESQUEMA V.3

MODELO DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL PARA EL INTERCAMBIO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS



Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2010.

Padrón de personas usuarias y población derechohabiente de todos los servicios

En 2008, Juan Francisco Molinar Horcasitas señaló, en una reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, que era prioridad del sector salud que el cuerpo administrativo fuera eficiente vía la convergencia entre instituciones y propuso elaborar un solo padrón de personas usuarias y población derechohabiente de todos los servicios para conocer el número de inscripciones en uno, dos o hasta tres sistemas de salud; la creación de un sistema de precios que permitieran al IMSS, al ISSSTE y a los Sesa-SP comprar y vender servicios con cualquiera de los otros prestadores; además de unificar todo el sistema de salud y formar un mercado de servicios, en el caso de que las dos propuestas anteriores no funcionaran.

Las propuestas de Molinar Horcasitas buscaban cumplir con el mandato presidencial de lograr la cobertura universal en salud, como se establecía en el PND 2007-2012 y en el Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2007-2012. El primero planteó consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de salud y, el segundo, incentivar una mayor colaboración entre instituciones para el mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.

Portabilidad de derechos

La portabilidad consistía en que toda persona que contara con algún seguro de salud pudiera acudir a cualquier institución del sector para su atención.

Bajo la rectoría de la SSA, las administraciones de Juan Francisco Molinar Horcasitas y de Daniel Karam Toumeh instrumentaron varias acciones para concretar la portabilidad: mecanismos de intercambio de información para lograr un Sistema Integrado Funcional de Salud; estandarización del padrón de personas derechohabientes y beneficiarias del IMSS con otras instituciones; concreción del padrón IMSS-Oportunidades; credencialización y reexpedición del programa Acreditación como Derechohabiente del IMSS (ADIMSS), y compatibilización en el uso del Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE), a fin de que en cualquier unidad de atención de los tres niveles pudieran ser consultadas las historias clínicas y tener una base nacional de datos de salud (IMSS, 2010).

La portabilidad entre el IMSS y el ISSSTE estuvo fundamentada desde la reforma a la LSS de 2001 (LSS, Arts. 89 F. IV, 111-A, 209, 251 F. XXXII, 2001) y en la Ley del ISSSTE de 2007 (Ley del ISSSTE, Arts. 142, 149 y 150, 2007). Ambas leyes sentaron las bases para conformar un sistema de seguridad social con cobertura nacional, que permitiera la migración entre los sistemas de las personas que trabajan en el sector público y el privado, otorgándoles plena portabilidad de acceso a servicios y derechos de la seguridad social, con certidumbre legal y la flexibilidad laboral correspondiente. Para lo cual, el IMSS y el ISSSTE firmaron el 17 de febrero de 2009 un convenio de colaboración interinstitucional (IMSS, 2009a).

La Ley del ISSSTE 2007 estableció que el tránsito de las personas entre el sector público y el privado laboral no afectaría la acumulación en su cuenta individual de los recursos para financiar su pensión de RCV, ni el registro de los periodos cotizados, en uno y otro régimen de seguridad social, y que no perderían las aportaciones que ellas y la representación patronal hubieran realizado (IMSS, 2010).

Con base en la nueva Ley del ISSSTE de 2007, fue celebrado en 2009 el Convenio de Colaboración Interinstitucional IMSS-ISSSTE, referido a la portabilidad y transferencia de derechos, reservas e información, y en el que fueron establecidos los criterios de coordinación y colaboración entre ambas instituciones.

La portabilidad aplicaría a las personas trabajadoras sujetas al sistema de cuentas individuales del Fondo del Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez en los casos en que: 1) Solicitaran la transferencia de derechos de sus periodos de cotización, o los recursos acumulados en su cuenta individual para contratar los seguros de Renta Vitalicia, Retiro Programado o Sobrevivencia; 2) Tramitaran una pensión de Retiro, Cesantía y Vejez conforme a la Ley del ISSSTE o la LSS, sin haber solicitado la transferencia de los derechos de los periodos de cotización, ni los recursos acumulados en su cuenta, y 3) Tuvieran derecho a la atención médica de ambos Institutos.

Los servicios médicos serían brindados a las personas pensionadas y sus familiares derechohabientes, bajo solicitud expresa de transferencia de derechos. El Instituto de seguridad social que registrara un menor tiempo de cotización de la persona solicitante, sería el que transferiría las reservas actuariales correspondientes al seguro de salud al Instituto que prestara el servicio de salud, conforme a los lineamientos acordados entre el IMSS y el ISSSTE. Por lo cual, en el Artículo 142 de la Ley del ISSSTE 2007 fue establecida la reorganización de los seguros y de las prestaciones que brindaba en ocho categorías, homologadas con las del IMSS y cuatro seguros equivalentes entre sí (RCV, IV, RT y EM).

Aunque el IMSS y el ISSSTE firmaron el convenio para la portabilidad de derechos y el cambio de régimen, hubo pocos avances en la materia (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011; Juan, 2013). Destaca el desarrollo de sistemas de información y comunicación, junto con el ECE, compatibles y funcionales para la transferencia de información (IMSS, 2009a), y los recursos para otorgar la atención médica a las personas pensionadas con derecho a la portabilidad (IMSS, 2010).

Posteriormente, en 2011, fue establecido el Modelo de Información Compatible para la Atención Médica IMSS-ISSSTE para el funcionamiento entre ambas entidades. Fue un proyecto transversal, o interinstitucional, dotado de mecanismos de trabajo y colaboración entre varias instituciones, identificando problemáticas comunes o procesos compartidos que requerían acciones coordinadas. Ello, a efecto de extender la experiencia IMSS-ISSSTE, anticipando estándares reconocidos internacionalmente como llave para permitir la portabilidad y convergencia con otras instituciones (IMSS, 2011b).



Convergencia en los servicios, estandarización y componentes para la integración funcional del IMSS en el mercado interinstitucional de servicios de salud

Con el objetivo de alcanzar la convergencia de los servicios de salud entre las instituciones del SNS, la SSA estableció nuevos mecanismos de colaboración con el IMSS y el ISSSTE dirigidos a la atención de las personas usuarias de los servicios, a efecto que fuera prestado de forma estandarizada y sin distinción entre instituciones públicas o privadas, federales o estatales, y con una mayor y mejor coordinación en el uso compartido de los recursos (IMSS, 2010).

Convergir en la prestación de servicios significaba el uso compartido de recursos, la disminución de costos administrativos y el acceso de las personas usuarias a servicios médicos completos en las instituciones del sector salud, para ello debían instrumentarse fundamentalmente acuerdos y convenios de coordinación interinstitucional.

Ocho componentes a nivel nacional fueron los constitutivos para la prestación de los servicios entre institutos: acuerdos y convenios de colaboración; Expediente Clínico Electrónico (ECE); Padrón General de Salud (PGS); intercambio de servicios; Guías de Práctica Clínica; Plan Maestro Sectorial de Recursos; adquisición y compra coordinada de medicamentos; formación y disponibilidad de recursos humanos, y —como componentes transversales— calidad de la atención a la salud y marco legal, así como gobernabilidad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011) como será mostrado gráficamente más adelante.

El IMSS colaboró en el desarrollo del ECE en la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC); estableció paquetes de servicios basados en modelos de costeo por actividad y por padecimiento; de igual forma, diseñó un programa integral de inversión física en salud, que implicó intercambiar información respecto de la infraestructura existente, su ubicación y las condiciones y capacidad instalada, a fin de dimensionar los posibles mecanismos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención, así como planear el monto de las inversiones futuras (IMSS, 2010).

Acuerdo y convenios de colaboración interinstitucionales

El proyecto de Alianza por un México Sano supuso el establecimiento de acuerdos y convenios interinstitucionales para la prestación de servicios entre los sistemas de seguridad social y los Sesa, y con los Institutos Nacionales de Salud —habida cuenta que en el caso particular del IMSS y del ISSSTE, vía la subrogación de servicios y de los contratos plurianuales, parte de sus servicios ya eran prestados a través del sector privado—. Destacan en particular los siguientes convenios y acuerdos.

El Convenio de Colaboración Interinstitucional celebrado el 17 de febrero de 2009 entre el IMSS y el ISSSTE tuvo el objetivo de dar cumplimiento a las obligaciones previstas en el Título Segundo Capítulo VIII Sección I de la Ley del ISSSTE, a fin de determinar los criterios, lineamientos, términos, condiciones, mecanismos y procedimientos de coordinación y colaboración con los que funcionaría la transferencia de derechos, el servicio médico a personas pensionadas, la transferencia de reservas, el diseño del Expediente Clínico Electrónico y el traspaso por parte de ambas instituciones de la información sobre las personas trabajadoras del IMSS y del ISSSTE.

El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, oficiado el 28 de mayo de 2009, fijó los lineamientos generales para que las Delegaciones del IMSS, ISSSTE y de las unidades médicas de la SSA (Sesa) brindaran servicios de salud a todas las mujeres en edad gestacional que presentaran una emergencia obstétrica. Constituyó una estrategia pionera para proveer acceso

universal en cuestiones de emergencias obstétricas a cualquier mujer sin importar su afiliación institucional, de manera gratuita e inmediata, cubriéndose este costo por las instituciones participantes.

El 12 de mayo de 2011 fue firmado el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios o Acuerdo de Intercambio de Servicios Planificados, con la participación de los titulares del IMSS, ISSSTE, Sesa, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, entre otras instituciones de salud. Destacó el compromiso contraído por las partes para la celebración de convenios específicos interinstitucionales, alineados a este Acuerdo General, en cada una de las entidades federativas.

Además, quedó convenido que la formalización de estos convenios específicos debían tomar como referencia y anexo principal, el Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales, cuyos precios —conforme a los lineamientos establecidos— tenían que consensarse y homologarse a nivel nacional por una Comisión Coordinadora encargada de dar seguimiento a la implementación del Programa de Intercambio de Servicios del Sector Salud.

Expediente Clínico Electrónico

Desde 1993 estuvo presente en el IMSS el propósito de operar el Expediente Clínico Electrónico para almacenar electrónicamente información sobre la población derechohabiente. En 2001, el Instituto le dio mayor impulso al ECE reformando el Artículo 111-A de la LSS de 2001, a la vez que implementó un sistema único de ECE en el IMSS. Cambio producido por la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, que reguló y obligó su utilización médica, jurídica, administrativa y estadística, a los sectores público, social y privado en la mira de constituir el SNS (SSA, 1999).

Con base en la experiencia del IMSS, la SSA modificó en 2003 la norma para permitir el uso de medios electrónicos en la integración de un expediente clínico y lo desarrolló en los Sesa para operar el Seguro Popular (Neme, 2019).

Ya con el propósito expreso de lograr la integración funcional y operación del SNS, en 2010 fue publicada la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SS3-2010, estableciendo que el Expediente Clínico Electrónico debía garantizar la interoperabilidad, el procesamiento, la interpretación, la confidencialidad, la seguridad y el uso de estándares y catálogos de información de los registros electrónicos en salud (SSA, 2010b).

La SSA dispuso aumentar la incorporación del Expediente Clínico Electrónico en hospitales y clínicas, e impulsar la interoperabilidad e intercambio seguro de información en salud (IMSS, 2011b). Así, en 2010, el IMSS firmó con la SSA y el ISSSTE un convenio general de colaboración para establecer los términos y condiciones bajo los cuales interoperarían los ECE con la Plataforma de Interoperabilidad, manejada por la SSA a través de la Dirección General de Información en Salud.

Interoperabilidad y Padrón General de Salud

La interoperabilidad, de acuerdo con el Manual de Operación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, es la capacidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de interactuar e intercambiar datos y documentos de salud en forma exacta, eficiente, expedita y estandarizada entre sus respectivos sistemas informáticos

y plataformas digitales (SSA, 2012a). Junto con la portabilidad y la convergencia interinstitucional/intersectorial, constituía un elemento central para conformar el SIS.

En 2012 fue emitida la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SS3-2012 para la regulación de los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIREs), encargados de administrar los Expedientes Clínicos Electrónicos y garantizar la interoperabilidad de la información a nivel nacional (SSA, 2012b). Ese año, con la adición del Artículo 109 Bis a la Ley General de Salud (LGS), fue autorizada la SSA a emitir la norma a la que debían sujetarse los SIREs (LGS, 2012). Su utilización era para constituir un registro de información en salud de cobertura nacional, que posibilitara la integración de la prestación de servicios médicos entre las instituciones públicas del SNS (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

El Padrón General de Salud (PGS) fue creado para integrar la información básica, contar con un registro de todas las personas usuarias y derechohabientes pertenecientes a los esquemas de aseguramiento público del IMSS, el ISSSTE, el SPSS, etcétera (Echevarría *et al*, 2012). Esta estrategia respondía al ordenamiento del Prosesa 2007-2012 de promover la inversión en sistemas y en las TIC para mejorar la eficiencia y la integración del sector salud.

En el sexenio del Presidente Felipe Calderón Hinojosa todas las instituciones, particularmente el IMSS y el ISSSTE, avanzaron en la estandarización y depuración de sus bases de datos, con la finalidad de facilitar el intercambio de datos de las personas beneficiarias para su integración en el Padrón General de Salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011), tales como la Clave Única de Registro de Población (CURP), tipo de persona beneficiaria, localidad, clave de la dependencia, clave del programa de salud, entre otros que serían administrados en una plataforma tecnológica regulada bajo el Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud de 2012, y a través de un modelo conceptual que integraría los SIREs, el PGS y a las personas usuarias (SSA, 2012a).

Al finalizar 2010, el sector salud tuvo un avance de 91% de la meta comprometida de registro de personas usuarias en el Padrón General de Salud y, para 2011, el IMSS avanzó 75% en dicho padrón, con relación al universo de personas derechohabientes que ya había tramitado su CURP; mientras que el ISSSTE y el Seguro Popular avanzaron en 64.6% y 90%, respectivamente (Echevarría, 2012).

Debe destacarse que las acciones realizadas para consolidar los componentes Expediente Clínico Electrónico y Padrón General de Salud para la portabilidad y la convergencia tienen relación con el objetivo “Fomentar una Asociación Mundial para el Desarrollo”, de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (ONU, 2000), para la ampliación del acceso a la salud mediante el uso de las TIC, vía la cooperación entre el gobierno y el sector privado, vinculando tecnología y salud.

Intercambio de servicios y facturación cruzada

El impulso al intercambio de servicios estuvo sustentado en los lineamientos del Prosesa 2007-2012, señalando que la segmentación del SNS y el uso deficiente de los recursos humanos especializados, infraestructura y equipo de las unidades públicas de salud debía eliminarse, a partir de establecer convenios interestatales e interinstitucionales/intersectoriales de colaboración y compensación cruzada —facturación— para su mejor aprovechamiento, con base en el Plan Maestro Sectorial de Recursos de Atención a la Salud (IMSS, 2011b).

Al respecto, el Gobierno Federal implementó varios convenios marco para ordenar y dinamizar algunos segmentos del mercado del intercambio de servicios (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011) entre los que destacan el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Interinstitucional.

El primero fue celebrado en 2009 entre el IMSS, el ISSSTE y la SSA, y representó un ejercicio hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos, a partir de la atención a mujeres sin seguridad social en emergencia obstétrica, estableciendo el compromiso entre las instituciones de facturar de manera cruzada los servicios proporcionados, a partir de las tarifas referenciales para el pago de los servicios otorgados (SSA, 2009; Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

El convenio fue operado hasta 2011 y constituyó una estrategia pionera en el establecimiento de los acuerdos y convenios de colaboración en el sector salud; y a partir suyo fue elaborado un manual de lineamientos para el intercambio y homologación de costos de los servicios, así como de la generación de medidas de transparencia y rendición de cuentas, entre otros (Argüello *et al*, 2016).

El IMSS proporcionó a la SSA toda la información de las atenciones ambulatorias por el Catálogo Universal de Servicios en Salud (Causes) para establecer el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios y el Convenio en Materia de Emergencia Obstétrica. Para costear las atenciones, el Instituto desarrolló 56 cédulas del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos⁸¹ para las atenciones ambulatorias específicas de los Grupos Relacionados con las Atenciones Ambulatorias (GRAA) (IMSS, 2011b).

El segundo acuerdo entre las instituciones públicas del SNS fue suscrito en 2011 con el objeto de establecer los lineamientos generales para formalizar los compromisos que permitirían el intercambio de servicios médicos entre los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAES del IMSS, las unidades médicas del ISSSTE, los Sesa, los Institutos Nacionales de Salud (INS), los Hospitales Federales de Referencia y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) de la SSA; a realizarse a través de la definición y adopción del Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Tabulador de Tarifas Referenciales (SSA, 2011a).

El contenido general del acuerdo estuvo destinado a la creación de convenios específicos para cubrir las necesidades de cada entidad federativa e institución, relativas a los servicios, situación geográfica, entre otros. Su finalidad era incidir en la optimización de la infraestructura y recursos disponibles en el SNS, mejorar la oportunidad y la calidad de los servicios médicos, y brindar posibilidades de atención a grupos de población con padecimientos específicos. El contenido general del acuerdo incluyó los derechos y obligaciones de las partes involucradas en el intercambio de servicios, exceptuando los derechos y obligaciones de la población derechohabiente y usuaria (SSA, 2011a; Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Adicionalmente, el IMSS, la SSA y el ISSSTE desarrollaron el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios, que definió 376 servicios de alta especialidad posibles de intercambiar y su respectiva tarifa referencial con base en la información que las instituciones acordaron (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

El intercambio de servicios de salud entre el IMSS y los HRAE de la SSA estuvo fundamentado en la LGS de 2004 y en el PND 2007-2012. Su fin era mejorar la atención médica de la población derechohabiente del IMSS, aprovechando la infraestructura médica de otras instituciones de salud. El Instituto intercambió servicios con la SSA en Chiapas,

Tamaulipas, Guanajuato, Oaxaca y Yucatán, y generó un gasto de 22'400,000 pesos de 2007 a 2011 (IMSS, 2011b).

Con la finalidad de fortalecer la atención médica de alta especialidad, el IMSS, el ISSSTE, la SSA y el Seguro Popular integraron el Comité Intersectorial para el Intercambio de Servicios, elaboraron conjuntamente los Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud y propusieron la integración funcional de todas las unidades de alta especialidad del sector, mediante una red de servicios para articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad.

La SSA publicó en 2011 el manual y la guía sectorial para la aplicación de la metodología de cálculo de costos de los servicios médicos para el IMSS, la SSA y el ISSSTE, a fin de mejorar la asignación y utilización de los recursos materiales y humanos, construir tarifas homólogas de prestación de servicios y evitar el dispendio de recursos. Este manual fue un instrumento de observancia obligatoria para el diseño y operación de sistemas de costos en los servicios de salud de la SSA, considerando que los referentes metodológicos homologados con el IMSS y el ISSSTE servirían para establecer un lenguaje común para el análisis de resultados de costos de los servicios en el sector salud (SSA, 2011b).

Guías de Práctica Clínica

El proyecto de las Guías de Práctica Clínica (GPC) fue una estrategia fundamental para la convergencia de servicios de las instituciones del sector salud y para la unificación funcional del Sistema Integrado Funcional de Salud. Tuvo como propósito instituir un estándar mínimo de atención semejante en todas las instituciones, integrando la prestación de servicios. Su desarrollo respondió al dictado del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, de impulsar su utilización junto con la implementación de Protocolos de Atención Médica y la integración del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011). La GPS tuvo entre sus objetivos apoyar la toma de decisiones gerenciales y clínicas basadas en la Medicina Basada en Evidencias, mejorar la eficiencia operativa y contribuir al uso eficiente de los recursos en salud conteniendo costos (IMSS, 2010).

Para contribuir a este proyecto, el Instituto llevó a cabo el Programa Estratégico para el Desarrollo e Implantación de Guías de Práctica Clínica, cuyas acciones consistieron en elaborar documentos metodológicos y técnicos para operarlos en los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAE, junto con capacitaciones en el modelo de Medicina Basada en Evidencia y la elaboración de 254 Guías de Práctica Clínica para el SNS (IMSS, 2011b).

Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud

El Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud (PMSRS) fue el instrumento rector que incorporó la información de las instituciones públicas del SNS acerca de la disponibilidad de infraestructura, equipamiento y recursos humanos con los que contaba el sector salud, a fin de construir redes de atención entre las instituciones. En este se planteó una política sectorial conjunta, vía homologar paquetes de servicios de salud entre instituciones y formar recursos humanos, orientando los esfuerzos sectoriales a la optimización de la infraestructura institucional: planear para construir unidades médicas e invertir en las necesidades identificadas (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011; Juan *et al*, 2013).

Adquisición y compra coordinada de medicamentos

La adquisición y compra coordinada de medicamentos estuvo dirigida a promover la igualdad de oportunidades mediante una política integral que promoviera el abasto oportuno y eficiente de medicamentos e insumos para la salud, optimizando el gasto por parte de las instituciones públicas (SHCP, 2007). En 2008 fue constituida la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS), con el objetivo de negociar el precio de medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles —con una patente vigente o de fuente única—.

El IMSS participó en el proyecto denominado Política Intersectorial para Mejorar el Desempeño del Mercado Farmacéutico, para establecer una política intersectorial en el Sistema Integrado Funcional de Salud. El Instituto coordinó las acciones del grupo de trabajo denominado Buenas Prácticas de Prescripción, Dispensación y de Vinculación con la Industria. Derivado de esta participación, destaca el fomento del uso de la denominación genérica de medicamentos en el IMSS, ISSSTE y SSA, y la prohibición del paso de promotores de ventas farmacéuticas a las unidades médicas del Instituto (IMSS, 2011b).

Calidad de la atención a la salud

El Proceso 2007-2012 estableció entre sus estrategias situar a la calidad en la agenda permanente del SNS con el objetivo de que el Gobierno Federal cumpliera su función de rectoría efectiva en materia de salud. Para ello instauró el Sistema Integral de Calidad (Sicalidad), dando continuidad a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006 y con la finalidad de establecer un sistema sectorial de calidad que incorporara la Medicina Basada en Evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios hacia la persona usuaria, vinculando el financiamiento con los esfuerzos por la mejora de la calidad percibida.

La calidad fue un componente transversal de la integración funcional del SNS, directamente ligado al Sicalidad, y este fue constituido como un instrumento de rectoría sectorial por medio del cual la SSA puso en marcha una política pública enfocada en elevar la calidad de los servicios de salud en el país, a través de la articulación interinstitucional entre los Sesa-Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE, Pemex, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011; López Moreno *et al*, 2014). En el marco de sus atribuciones, la SSA promovió procesos de mejora continua en los establecimientos de salud a través de incorporar herramientas de calidad, gestión de riesgos, así como apoyos e incentivos a prácticas y acciones destacadas en la mejora de la calidad, satisfacción y confianza del público usuario (SSA, 2010a).

El Sicalidad tuvo como objetivo las unidades médicas de primer nivel, los hospitales generales, los regionales y los de alta especialidad, los Institutos Nacionales de Salud y las áreas centrales de calidad y seguridad del paciente de las instituciones públicas del SNS que estuvieran desarrollando proyectos para la mejora de la calidad técnica y seguridad de pacientes, la calidad percibida y la calidad de la gestión de los servicios de salud. Estas serían incentivadas a través de financiamiento o cofinanciamiento mediante convocatorias públicas para el desarrollo de compromisos de calidad, capacitación, premios nacionales y reconocimientos (SSA, 2010a).



La amplia experiencia del IMSS en la instauración de mecanismos de calidad en salud —como el PIC 1998-2000, uno de los antecedentes del Sicalidad— y su lugar como la institución de seguridad social más importante del país, responsable de atender a casi la mitad de la población en materia de salud, fueron elementos que dieron pie a su incorporación como actor destacado en el cumplimiento de las metas del Programa de Acción Específico (PAE) del Sicalidad. Sin embargo, debido a que la fundamentación legal de Sicalidad delimitó su autoridad al ámbito de los Sesa y que el Instituto posee su propia normatividad en materia de calidad, no fue lograda una participación efectiva y generalizada de este (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011; López Moreno *et al*, 2014).

En el sexenio de Calderón Hinojosa, el IMSS desplegó el Programa Nacional de Capacitación, Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente, que tuvo entre sus tareas el promover cambios sustanciales en la actitud de servicio, mediante el fortalecimiento de habilidades y conocimientos del personal que tiene contacto con la población derechohabiente, mediante la impartición de cursos y talleres en las UMF de las 35 Delegaciones⁸² que subsistieron (IMSS, 2010).

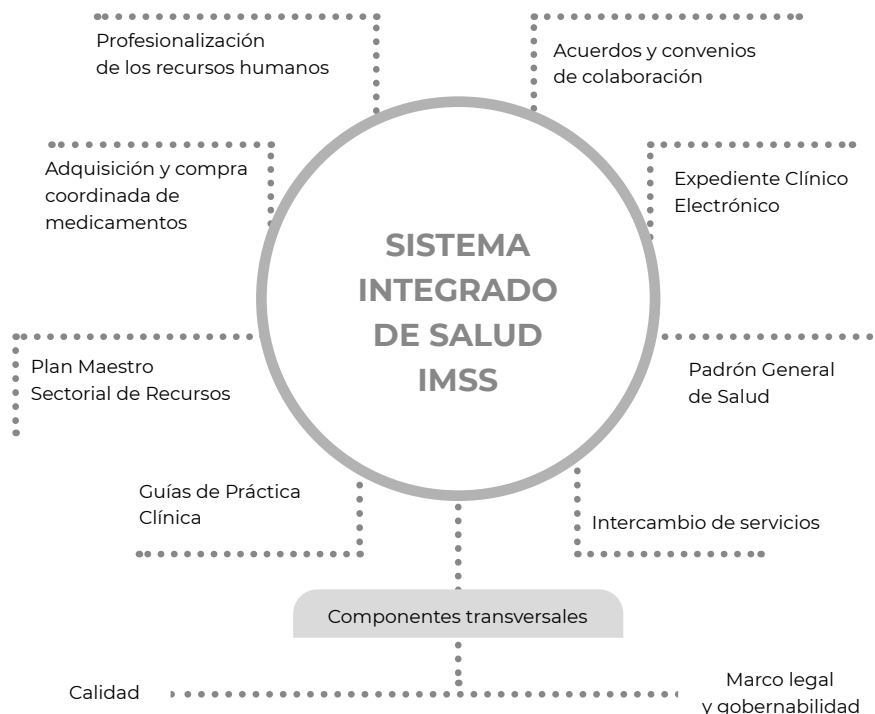
Conjuntamente, el Instituto dio inicio al Programa de Atención en Ventanillas como parte de las iniciativas Mejorar la Capacidad de Gestión, así como la de Operación y Mejorar la Calidez en la Atención, incluidas en el Programa de Trabajo del IMSS 2009-2012. Con ello, el Instituto buscaba mejorar la atención relacionada con los trámites para reducir tiempos de espera y mejorar la satisfacción de las personas usuarias. En el mismo sentido las iniciativas persiguieron fortalecer la atención a la población derechohabiente en las unidades médicas, para ampliar la cobertura del personal Técnico en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), con el propósito de que tuvieran presencia en todas las UMF con cinco o más consultorios, en los hospitales y en los OOAD-UMAE, y atendieran, gestionaran y orientaran a un mayor número de personas derechohabientes (IMSS, 2011b).

Además, con la finalidad de incorporar mecanismos de mejora en la gestión institucional y fomentar el derecho de acceso a la información y la participación ciudadana, la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (Ensat) formó parte del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de los Usuarios del IMSS. Esta encuesta fue constituida como una herramienta para la modernización de la administración pública, enfocada en estimular la innovación del IMSS a través de medir la percepción de las personas derechohabientes respecto a los servicios médicos proporcionados en los tres niveles de atención médica (IMSS, 2011b).

Marco legal y gobernabilidad

El marco legal y la gobernabilidad fueron planteados como dos componentes transversales, íntimamente ligados y presentes en los componentes previamente señalados (esquema V.4). Ambos se refieren a la definición de las funciones y responsabilidades para dirigir, administrar y monitorear los componentes de portabilidad y convergencia hacia la integración del SNS. En el periodo del Gobierno de Calderón Hinojosa no existía un parámetro legal uniforme y suficiente que regulara la integración y uso del expediente clínico, dado que la NOM-024 no estableció la obligatoriedad para el uso del Expediente Clínico Electrónico en el sector público. Con relación al Padrón General de Salud y las Guías de Práctica Clínica, no existía un fundamento legal para constituir un padrón único de salud ni marco jurídico de sustento, respectivamente (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

ESQUEMA V.4
COMPONENTES DESARROLLADOS POR EL IMSS PARA SU INTEGRACIÓN FUNCIONAL AL SNS



Nota. Elaboración propia.

En lo referente al intercambio de servicios, existía una reglamentación genérica que describía las pautas para la celebración de convenios, misma que consideraba a la subrogación de servicios (LGS, Art. 8, 1984). En materia de adquisición y compra consolidada de medicamentos e insumos, en 2008 quedó constituida la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS); sin embargo, los acuerdos emitidos por esta solo eran obligatorios para las dependencias y entidades federales, no para los Sesa. El Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud (PMSRS) careció de un marco normativo que permitiera una verdadera administración inmobiliaria, reduciéndolo a un proceso mecánico de inscripción de nuevas obras (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

V.3. CONTINUIDAD DE LAS AFECTACIONES FINANCIERAS DEL IMSS Y EL AUMENTO DE LAS TENSIONES EN SUS EROGACIONES

Mientras el Instituto mantenía como prioridad el despliegue de un amplio espectro de estrategias de regulación innovadoras para robustecerse como futuro competidor en la compraventa de servicios en el mercado interinstitucional de salud, seguía obviando y dejando en segundo plano la preocupación por las personas derechohabientes y beneficiarias del derecho constitucional a la seguridad social.

En virtud de la continuidad con la implementación del modelo de libre mercado y, a pesar del sexenio del autodenominado Presidente del empleo, este se deterioró.



Mientras que la Población Económicamente Activa creció en 4'600,000 personas, los empleos formales solo lo hicieron en 2'300,000, con un déficit de 2'300,000 de puestos de trabajo, situación en la que además tuvo impacto la crisis financiera internacional de 2008, dada la fuerte dependencia de la economía nacional del mercado externo. La compresión del aparato productivo nacional tuvo un impacto negativo en el crecimiento de las afiliaciones al Instituto.

En el sexenio, el número de personas afiliadas incrementó de 17'700,000 en 2006 a 22'600,000 en 2012. De 2006 a 2012, la afiliación al IMSS aumentó 4.1% promedio anual, cifra que, aunque mayor a la registrada en la administración previa —3.6%—, estuvo en más de 50% por debajo de la meta planteada por el gobierno —800 mil puestos por año— (IMSS, 2012; SHCP, 2007).

Por la contracción del mercado laboral formal producto de la crisis, el crecimiento en las afiliaciones al IMSS pareció haber respondido al conjunto de esfuerzos del Instituto para obtener mayores ingresos, realizados en materia de recaudación y fiscalización, y por la incorporación de nuevos sectores de población desvinculados de una relación laboral asalariada.

Las personas afiliadas al Régimen Voluntario, incluyendo el SSFAM y en la modalidad de Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio, pasaron de 415,600 en 2007 a 551,300 en 2012, es decir, aumentaron 32.7%⁸³. Las personas trabajadoras temporales del campo pasaron de 107,600 a 160,200 entre 2007 y 2012, lo que implicó un aumento de 32.8% (IMSS, 2009b; IMSS 2012). Afiliación que resultó de la ratificación en 2007 del Decreto Presidencial de 1998, por el cual fue incentivada la afiliación voluntaria de personas trabajadoras eventuales del campo, mediante subsidios al sector patronal vinculado a actividades de exportación (IMSS, 2012).

Por otro lado, el sector estudiantil de educación media superior y superior incorporados al IMSS mediante el Seguro de Salud para Estudiantes (SSE)⁸⁴ pasaron en 2012 de 7.9% a 25.9% del total de afiliaciones, representando a 89.7% del total de personas aseguradas no asalariadas (IMSS, 2009b; IMSS, 2012).

Cabe señalar que la incorporación de estudiantes al Instituto no significó mayores recursos; por el contrario, implicó más tensiones sobre las finanzas del SEM ordinario, debido a que, desde la instauración del Seguro de Salud para Estudiantes, el Estado cubrió al IMSS una prima de 1.723% de un SMGDF valor que decreció gradualmente; mientras que, inversamente, el esquema de prestaciones médicas incluidas en este seguro incrementó (IMSS, 2011c). Para 2012, el subsidio estatal equivalía a 1.12 pesos diarios por estudiante —407.27 pesos anuales—, monto menor en comparación al otorgado por cada familia afiliada al SSFAM. Este pasó de 7.83 pesos diarios en 2008 —2,857.95 pesos anuales— a 9.2 en 2012 —3,358.95 pesos anuales—. Ante ello, el Instituto reconoció que este seguro operaba en términos deficitarios, situación agravada acumulativamente cada año (IMSS, 2009b; IMSS, 2012).

En paralelo al impulso a las modalidades eventuales de aseguramiento y a la incorporación de nuevos grupos al Instituto, el perfil de las personas trabajadoras incorporadas al Régimen Ordinario continuó reestructurándose, derivado del deterioro en la calidad de los empleos generados, recrudescido después de la crisis financiera de 2008.

La crisis mencionada provocó una caída del aparato productivo nacional en 2009, afectando principalmente a los sectores vinculados a la exportación, como el automotor —42%— y a las manufacturas —25.2%— (Blanke, 2009), hecho que alteró las afiliaciones al Instituto. Las personas trabajadoras vinculadas al sector manufacturero disminuyeron

de 28.2% a 25.7% del total de afiliación y crecieron a tasa de apenas 1.3%. A la inversa, el aseguramiento del sector agrícola aumentó 3.4%, ya que fue el único que no redujo su producción ante el episodio de la crisis aludida (Blanke, 2009). Es de destacar que, tras la baja del empleo manufacturero, el sector terciario —servicios y comercio— continuó absorbiendo la mayor parte de la fuerza de trabajo; concentrando más de dos quintas partes del aseguramiento total en el Instituto creciendo a tasa de 3.3% (IMSS, 2020a).

El proceso de flexibilización laboral, junto con la crisis financiera de 2008, estimuló que la afiliación temporal al IMSS aumentara de manera más dinámica —6.4% promedio anual— que la permanente —2.2% promedio anual—; ello debido a que el sector manufacturero continuó vinculado a la mano de obra barata, contratada temporalmente con salarios por hora/productividad y con escaso acceso a derechos contractuales (Pérez y Pérez, 2014). Las afiliaciones temporales además de discontinuas y de contribuir con bajos salarios a la seguridad social, generaron intermitencia e incertidumbre en el flujo de ingresos al Instituto.

Tanto en el ámbito rural como en el urbano, continuó diluyéndose la permanencia en la estructura laboral formal, creciendo la afiliación permanente en el sector rural solo 1.7% y 2.2% en la ciudad; mientras que la afiliación temporal incrementó 7.5% y 6.5% en el campo y en la ciudad, respectivamente (IMSS, 2020b).

La estructura salarial también registró modificaciones en las cotizaciones al Instituto por la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral formal, misma que pasó de 40.6% a 44.4% entre 2005 y 2012 (Inegi, 2022). Este hecho, abonó a la reconfiguración salarial de las cotizaciones al IMSS, toda vez que la mayoría de las mujeres trabajadoras aseguradas se concentró en los sectores productivos generadores de menor valor agregado —comercio, servicios y maquila—, y más de una cuarta parte de ellas percibía entre 1 y 2 salarios mínimos (Inegi, 2022). Esto no abonó a la capacidad contributiva del IMSS, pues durante el periodo creció en 4.1% promedio anual el rango salarial de cotizaciones más bajo, el de 1 y 2 salarios mínimos (IMSS, 2012).

El 74.2% de personas aseguradas —10'400,000— continuó percibiendo menos de 5 salarios mínimos; mismas que crecieron 3.8% promedio anual. El mayor peso dentro de este rango salarial —40%— correspondió a personas con percepciones menores a 2 salarios mínimos y, aunque aquellas con percepciones mayores a 13 salarios aumentaron a un ritmo similar, representaron solo 7% de la afiliación (IMSS, 2020a). La incorporación de personas trabajadoras con menor capacidad contributiva continuó incrementándose, aumentó el número de la población derechohabiente, pero menguaron las finanzas del Instituto.

Pese a este comportamiento en la afiliación al Instituto, los ingresos totales crecieron a una tasa de 4.4% promedio anual —pasando de 294,000'200,000 pesos a 381,000'300,000 pesos—, cifra mayor a la tasa registrada en el sexenio previo —1.9%—. Este crecimiento estuvo respaldado por una tasa de crecimiento de las cuotas obrero-patronales de 3.4%, mayor a la registrada en la administración anterior —1.7% promedio anual— (IMSS, 2020a). El aumento de las cuotas obrero-patronales estuvo asociado al incremento del aseguramiento, sumando 4'800,000 nuevos puestos de trabajo registrados ante el Instituto durante todo el sexenio (IMSS, 2020b), pero no a una mejora salarial, pues el salario creció apenas 0.4% (Conasami, 2022).

El crecimiento de los ingresos totales del Instituto también estuvo soportado por los recursos obtenidos a través de productos de inversión, mismos que registraron el doble de crecimiento que en el periodo previo —de 6.3% a 12.5% promedio anual—. Destaca que, producto de la liberalización de las prestaciones sociales, los ingresos por venta y

renta de estas también mostraran un mejor desempeño⁸⁵. Los del Sistema Nacional de Velatorios pasaron de 113'800,000 pesos a 120'200,000 pesos y los obtenidos vía Centros Vacacionales de 207'400,000 a 227'800,000 pesos (IMSS, 2012).

Las erogaciones mostraron un crecimiento más dinámico que los ingresos, aumentando a tasa de 4.6%, significando una mayor ampliación de la brecha entre los ingresos y los egresos institucionales. Dicho comportamiento respondió a que la inflación y el tipo de cambio continuaron impactando el incremento de costos de los insumos médicos y su mantenimiento, creciendo los gastos a una tasa de 7.6% y 4.9% promedio anual, respectivamente (IMSS, 2020b).

La transición epidemiológica a enfermedades crónico-degenerativas con tratamientos más largos y costosos siguió presionando al alza las erogaciones. Los gastos para atender los seis principales padecimientos —diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cervicouterino, cáncer de mama y VIH/sida— ascendieron a más de una cuarta parte del gasto total del SEM —26.5%—, correspondiendo 81.4% a la atención de la hipertensión arterial y la diabetes. Los padecimientos coronarios, con tratamientos de mayor costo, fueron la principal causa de atención en todos los niveles, concentrando más de una cuarta parte de las consultas otorgadas (IMSS, 2011a).

Otras enfermedades tratadas de forma periódica y ambulatoria, como las oncológicas, incrementaron sus costos de atención en promedio 60%, gran parte de las cuales eran atendidas a través de prestadores privados de servicios —subrogación—. No obstante, su aumento fue justificado con el argumento del avance técnico-científico y la incorporación de nuevos medicamentos para su tratamiento (IMSS, 2011a; IMSS, 2012).

Consecuencia del cambio demográfico, el IMSS también tuvo que destinar mayores recursos para cumplir con el Seguro de Gastos Médicos para Personas Pensionadas (SGMP), toda vez que la población adulta mayor creció a un ritmo de 3.4% promedio anual frente a 2.1% de la PEA (Conapo, 2022)⁸⁶. Esto modificó la relación de personas trabajadoras en activo respecto al número de personas pensionadas, pasando de 7.5 personas trabajadoras por cada pensionada en 2006 a 6.9 en 2012, lo que significó mayor presión financiera para cubrir la creciente demanda de servicios a la población adulta mayor, misma que se concentró en el primer y tercer niveles. Para 2012, 12.6% del total de personas adultas mayores estaba adscrito a una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, las que triplicaron la demanda hospitalaria respecto a la década de 1980 (IMSS, 2011a). Al cierre de la administración, fue proyectado un déficit equivalente a 29,000'300,000 pesos para cubrir las atenciones médicas de este grupo poblacional (IMSS, 2020a).

Aunado a las presiones sobre las erogaciones, el IMSS siguió siendo la institución pública de salud que recibió menores recursos por gasto público. Aunque el gasto en salud creció más de 5 puntos porcentuales respecto a la administración previa —6.4% promedio anual—, su distribución continuó favoreciendo al Seguro Popular creciendo sus recursos a una tasa de 21.6% promedio anual, mientras que los del Instituto incrementaron 4.9% promedio anual (SHCP, 2020b); situación que perpetuó la contracción de sus finanzas, a pesar del incremento de las personas derechohabientes.

Los recursos públicos destinados al rubro de seguridad social incrementaron a una tasa de 11.1% —8.6 puntos porcentuales arriba del sexenio precedente—, pasando de 1.9% a 3.2% del PIB (SHCP, 2020b). Dicho crecimiento respondió a una nueva modificación al Artículo 168 F. IV, de la LSS de 2009; que estableció que la cuota social del Estado sería destinada únicamente a personas trabajadoras con ingresos de entre 1 y 15 salarios

mínimos, excluyendo a los rangos superiores. Este cambio reafirmó el papel del Estado de subsidiar preferentemente a los grupos con menor capacidad contributiva, aunque dichos recursos continuaron sin ingresar al Instituto para refinanciarlo, ya que fueron transferidos a las cuentas individuales administradas por el sector financiero.

V.3.1. Las afectaciones financieras del IMSS, el aumento de las tensiones en sus erogaciones y la persistencia de su debilitamiento

A pesar de que los informes oficiales del Instituto señalan una histórica inversión en infraestructura y equipo médico, el uso de los remanentes operativos para fondear los seguros deficitarios dejaría al IMSS con menos recursos para la inversión física, mostrando una gradual disminución durante todo el sexenio, al pasar de 24,000'600,000 pesos a 5,000'100,000 pesos entre 2009 y 2012, siendo este último año menores en 50% a los destinados en 2006. Esto, a pesar de un incremento de la demanda en los tres niveles de atención a tasa de 3% promedio anual, pasando de 158'300,000 a 183'200,000 atenciones brindadas (IMSS, 2009b; IMSS, 2012).

En la lógica de abatir las presiones de demanda sobre el tercer nivel y, con ello, continuar con la reducción de costos en la atención, fueron restadas unidades médicas del primer y tercer nivel, mismas que, en su mayoría, fueron reconvertidas en unidades de segundo nivel. El primer nivel pasó de 1,516 a 1,499 unidades, a pesar del incremento en sus atenciones otorgadas en 2.3% promedio anual. El tercer nivel decreció de 38 a 36 unidades, pese a que las personas atendidas en este incrementaron 2.4% promedio anual. De las 19 unidades suprimidas de ambos niveles, solo 13 fueron reconvertidas en unidades de segundo nivel —pasando de 230 a 243—, mismo que registró el mayor crecimiento en personas atendidas, 5.8% promedio anual (IMSS, 2020a).

Los recursos destinados a la infraestructura fueron usados, principalmente, en acciones paliativas para atender las necesidades urgentes de infraestructura, tales como la reconversión, la remodelación, la ampliación y el mantenimiento de espacios. Tan solo entre 2007 y 2008, los proyectos de ampliación y remodelación en primer nivel fueron 63; en el segundo nivel 87 y 11 en el tercero (IMSS, 2011a); continuado con la premisa de anteponer el aprovechamiento de la capacidad médica existente sobre la creación de nueva infraestructura.

Si bien los recursos destinados al mantenimiento, ampliación y remodelación de la infraestructura fueron distribuidos en función de la demanda por nivel de atención⁸⁷, no fue considerada la antigüedad promedio de los inmuebles. Así, el segundo nivel fue el que mayores recursos recibió, a pesar de que sus unidades tenían una edad promedio de 35 años⁸⁸, inferior a los inmuebles de los demás niveles de atención, entre 39 y 41 años (IMSS, 2009b; IMSS, 2012).

Para hacer frente a la demanda de servicios con la infraestructura existente, fue llevado a cabo el programa Hospital sin Ladrillos, buscando, reacondicionar espacios vacíos de las unidades y reconvertir camas de los servicios subutilizados en estas —Pediatría, Ginecología y Obstetricia— hacia áreas con mayor demanda —Medicina Interna, Cirugía y Urgencias—. Con esta medida, las camas censables crecieron 2.3% —frente a 0.2% del sexenio previo—, permitiendo que la relación de camas por cada mil personas atendidas pasara de 0.28 a 0.30 (IMSS, 2011a).

De igual forma, para suplir el crecimiento de infraestructura y continuar atendiendo a las personas derechohabientes, fueron fortalecidos los mecanismos para prestar servicios a través de terceros, significando esto, una mayor transferencia de recursos a los privados desde el ya desfinanciado IMSS. Así, la contratación de servicios integrales



—otorgamiento de servicios médicos a través de privados—, representó 14.3% del total de los gastos en 2012. Mientras que los recursos erogados por reversión de cuotas pasaron de 900'600,000 pesos a 1,003 millones de pesos durante todo el sexenio; destacando que 80% de estos recursos fueron destinados a cubrir prestaciones que tendrían que ser otorgadas mediante el SEM. En 2012, la erogación de recursos por reversión de cuotas superó la destinada al mantenimiento de la infraestructura (IMSS, 2012).

A pesar de la preponderancia de las acciones paliativas, los recursos destinados al mantenimiento físico de las unidades y el equipo médico continuaron representando un bajo peso en el total de gastos, incrementaron apenas 1.4% promedio (IMSS, 2020a). En 2009 el Instituto solicitó más de 12 mil millones de pesos para equipo e instrumental médico, de los cuales 5 mil millones de pesos fueron destinados al programa de inversiones, 2,000'400,000 pesos a programas de Imagenología y 1,000'200,000 pesos para modernizar servicios oncológicos (IMSS, 2011a).

La contención del crecimiento institucional —falta de oferta pública de servicios—, sumado a los mecanismos para garantizar la atención a través de agentes privados —subrogación—, abonaron a un mayor crecimiento del sector privado en el SNS. Ejemplo de ello fueron los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), oferentes de servicios de consulta general o ambulatoria para población abierta, que pasaron de 239 a 6,500 entre 2001 y 2018⁸⁹ (Colchero *et al*, 2020).

En 2012, 65% de las personas usuarias de los CAF manifestó que, a pesar de tener acceso a la seguridad social, prefería este tipo de establecimientos. Entre las razones de ello, destaca la conveniencia en términos de localización y tiempo de espera, así como por considerarlos no tan costosos. Resalta que, producto de la nula regulación de los CAF y de los incentivos económicos a su personal para prescribir medicamentos de patente, 67.2% de las personas usuarias manifestaban haber sido recetadas con tres o más medicamentos (Valdemar, 2021).

Las consultas privadas de segundo y tercer niveles registraron aumentos, sumando para 2012 más de 12 millones a nivel nacional; 49% de estas correspondió a consultas de Especialidad; mientras, en el IMSS este nivel de atención decrecía en unidades (Inegi, 2021b; IMSS, 2020a).

Junto con el crecimiento de los oferentes privados, el personal médico incorporado a este incrementó 3.3% promedio anual, ritmo ligeramente superior al registrado por el personal médico del IMSS —3.1%—. Destaca que proporcional al crecimiento de los establecimientos privados en el nivel especialidades, su personal médico adscrito también tuvo un crecimiento de 4.1% promedio anual (Inegi, 2021b; IMSS, 2020a).

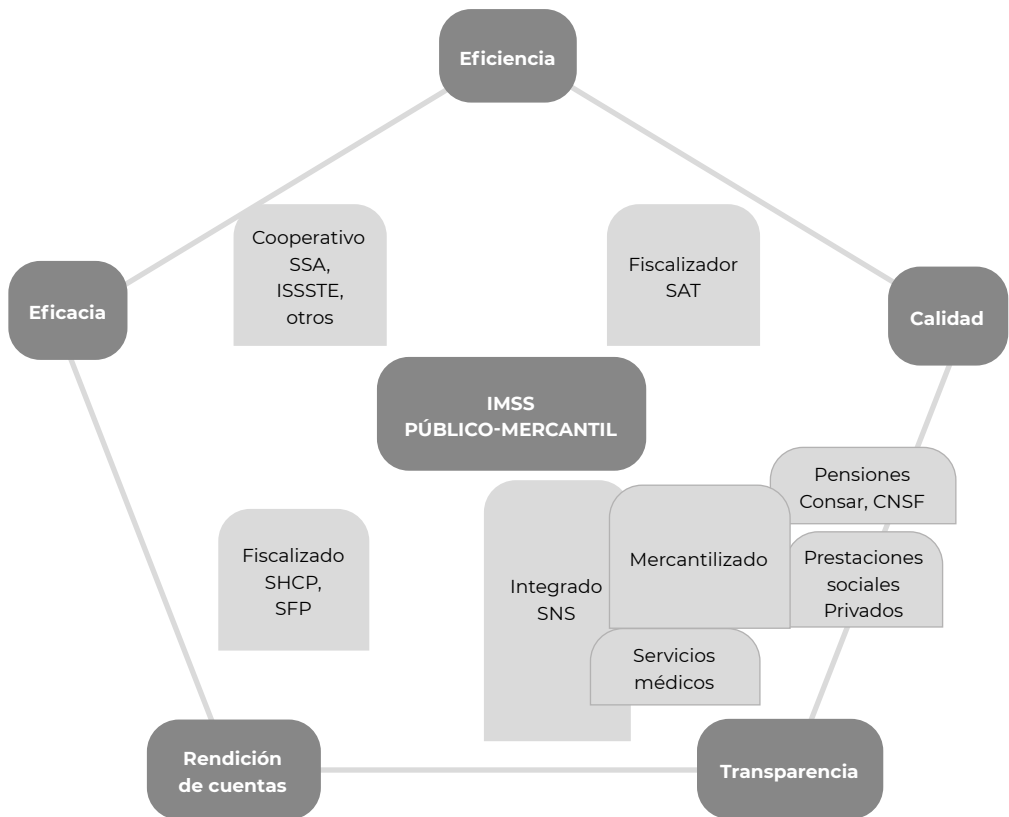
No obstante que en el primer nivel del IMSS fue concentrada gran parte de la demanda, el personal médico del Instituto adscrito a dicho nivel pasó de 30% a 23% del total, significando que un menor número de profesionales tuvo que atender a una mayor cantidad de población derechohabiente, es decir, incrementar su productividad médica. Así, a pesar del aumento de personas atendidas por el IMSS, la razón de médico IMSS por cada mil personas se mantuvo constante en todo el sexenio —0.40— (IMSS, 2011a; IMSS, 2020a).

La falta de crecimiento del IMSS en infraestructura y, por esta, la saturación de servicios médicos continuó reflejándose en el incremento de las quejas por parte de las personas derechohabientes, principalmente, por temas relacionados a la falta de insumos y medicamentos, maltrato del personal y largos tiempos de espera para recibir atención. Entre 2010 y 2011 fueron captadas por el IMSS más de 70,400 quejas a nivel nacional, mientras que las presentadas ante los distintos órganos desconcentrados del

Gobierno Federal sumaron 6,100 en 2012, de las cuales, la mayoría fueron recibidas a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) por ser temas relacionados a violaciones de derechos humanos dentro del Instituto (IMSS, 2011a).

La continuidad en la limitación del crecimiento y fortalecimiento del IMSS, a pesar del incremento de las reservas través de los esfuerzos para consolidar sus finanzas, mostraría que la búsqueda de la sostenibilidad financiera sería un objetivo en sí mismo, desvinculado de la recuperación de la calidad y oportunidad de sus servicios y de su reencuzamiento hacia el fin social que le dio origen. Así, a pesar de avanzar en el afianzamiento de un funcionamiento financiero en su actuar, continuaría su gradual debilitamiento como la principal institución del bienestar integral, progresando paralelamente la consolidación del sistema de salud con lógica privada. Hechos que se ven reflejados en el esquema V.5.

ESQUEMA V.5
ATRIBUTOS DEL IMSS AL CONCLUIR LA ADMINISTRACIÓN DE FELIPE CALDERÓN;
PREMINENCIA DE CRITERIOS MERCANTILES



Nota. Elaboración propia.

La administración de Felipe Calderón Hinojosa consolidó las bases que permitirían al Instituto fortalecerse como una instancia competitiva en la prestación de servicios médicos público-privados; con ello, el carácter público mercantil introducido al Instituto no tendría marcha atrás, por el contrario, avanzaría hacia un proyecto con pretensiones más amplias: la universalización, tema que será abordado durante el Gobierno de Enrique Peña Nieto.



CAPÍTULO VI

El IMSS y la universalización
de la salud en México, 2012-2018



Ya consolidadas las bases para la competencia en la prestación de servicios durante la administración del Presidente Felipe Calderón Hinojosa, las modificaciones y continuidades en el IMSS en el Gobierno de Enrique Peña Nieto estuvieron marcadas por tres ejes: 1) Consolidación financiera del IMSS y continuidad en la orientación funcional público-mercantil; 2) Contribuir a la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, y 3) Persistencia en la falta de inversión de la infraestructura física y mayor deterioro institucional; ejes continuados en un contexto de retorno del PRI al poder, con nuevas alianzas para afianzar cambios estructurales y avanzar en los pendientes.

VI.1. CONDICIONES DE CONTEXTO

El regreso del PRI al poder con Enrique Peña Nieto en la Presidencia puede ser explicado por varios factores que confluyeron hacia el proceso electoral de 2012. Por un lado, la pérdida de popularidad de Felipe Calderón Hinojosa por la polémica y fallida estrategia conocida como Guerra contra el Narcotráfico, que dejó al país, por un lado, sumido en violencia generalizada y con el tejido social erosionado —desapariciones, asesinatos, secuestros, desplazamientos forzados, extorsiones—; y por otro, por la fuerte presencia que el priismo mantuvo en la Cámara de Diputados y el Senado de la República, así como en Gubernaturas y Presidencias Municipales, que le granjearon un amplio respaldo electoral (Crespo 2014; Loaeza *et al*, 2020).

Peña Nieto triunfó con 39% de los votos frente a las candidaturas del PAN, de Josefina Vázquez Mota —con 26% de las papeletas— y de la coalición Por el Bien de Todos, de Andrés Manuel López Obrador —con 32% de los sufragios—, quien aceptó los resultados oficiales. A pesar de ser cuestionado por la oposición, el triunfo de Peña Nieto fue reconocido; sin embargo, asumió la Presidencia en un contexto de gran tensión social: herencia de un negativo balance de derechos humanos en su paso por la Gubernatura del Estado de México —violencias de Atenco y feminicidios—; un manejo de *marketing* político millonario —financiado con recursos del Estado y de Televisa, vendiendo su imagen como nueva generación de priistas alejada del viejo régimen— (Loaeza *et al*, 2020); denuncias de corrupción y gastos de campaña por encima de los límites establecidos por la ley;

así como compra y coacción de votos —caso Monex— (Olmeda y Armesto, 2013), por mencionar solo algunas.

Dada la polarización política y una Presidencia disminuida y sin liderazgo, Peña Nieto al día siguiente de comenzar su sexenio firmó el Pacto por México con las tres principales fuerzas políticas del país —PRI, PAN y PRD— para contar con un amplio respaldo político que le permitiera aprobar la ambiciosa fila de reformas estructurales que sus predecesores dejaron pendientes; alianza que provocó el quiebre de la oposición de izquierda, por lo que Andrés Manuel López Obrador formó el Movimiento Regeneración Nacional, el cual fue registrado con el nombre de Morena. La Esperanza de México por el Instituto Nacional Electoral (INE) el 9 de julio de 2014, partido político que lo posicionaría nuevamente como candidato en la elección presidencial de 2018.

La reforma educativa, promulgada en febrero de 2013, tuvo un carácter netamente político-administrativo con el fin de diluir el poder político del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) (Valdés, 2020); la reforma en hidrocarburos e industria energética, aprobada en octubre de 2013, abrió la explotación del petróleo y las energías renovables al capital trasnacional (Constantini, 2015 y Navarro 2018); la reforma en materia hacendaria, que entró en vigor en enero de 2014, estableció el Impuesto al Valor Agregado (IVA) variable por zona geográfica y una tasa diferenciada del Impuesto Sobre la Renta (ISR) por nivel de ingresos y, eliminó el Impuesto Empresarial a Tasa Única, entre otros (Alba, 2003).

El impulso reformador de la administración de Peña Nieto menguó desde 2014 por acusaciones de corrupción —Casa Blanca y Estafa Maestra— (Restrepo, 2018). Y por intentar ocultar la crisis de violencia nacional —desaparición forzada de 43 estudiantes de la Normal Rural de Ayotzinapa, Guerrero—; crimen de Estado que provocó movilizaciones sociales a nivel nacional y una amplia crítica internacional en materia de derechos humanos.

La administración de Enrique Peña Nieto continuó los postulados y líneas programáticas neoliberales, planteando al comercio exterior, la inversión extranjera y la productividad como condiciones necesarias para el desarrollo nacional. Como resultado de la inserción de México al capitalismo financiero global concretó las reformas estructurales (SHCP, 2013), las que, a pesar del descontento social, dieron al país estabilidad frente a los mercados internacionales. Durante el sexenio hubo un crecimiento económico de 2.4%, valor superior al alcanzado por los gobiernos panistas —1.9% de Fox Quesada y 1.7% de Calderón Hinojosa— (Inegi, 2020). Crecimiento que fue inferior a la meta de 5.3%, planteada en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2013-2018.

El menguado crecimiento fue debido a la reducción de recursos destinados al sector productivo, que decrecieron 3.9% promedio anual (SHCP, 2018) y por el apuntalamiento de los sectores orientados a la exportación generadores de menor valor agregado (Bizberg, 2020). La dependencia del capital extranjero y el bajo costo de la mano de obra degradaron la demanda interna, obstaculizaron el desarrollo productivo y la creación de puestos de trabajo formales y mejor remunerados. Continuó la precarización laboral con crecimiento de la informalidad —más de 14 millones de personas— y la generalización del empobrecimiento; la población con percepciones menores a 3 salarios mínimos aumentó de 58% a 62% (IMSS, 2020a; Inegi, 2022).

Aunque el salario aumentó en términos reales 1.9% promedio anual —pasando de 78.87 pesos a 88.14 pesos diarios— (Conasami, 2022), la mejora fue diluida por la presión inflacionaria que, si bien logró mantenerse en un dígito, aumentó de 3.6 a 4.8% (Banco de México, 2022). Continuó la degradación del poder adquisitivo y de las condiciones de

vida, con 19.7% de la población en pobreza alimentaria, 28% en pobreza de capacidades y 52.3% sin poder satisfacer las necesidades básicas por falta de ingresos (Coneval, 2018).

En materia social, la administración Peña Nieto continuó la política de desarrollo social de programas asistencialistas focalizados de combate a la pobreza, a través de transferencias monetarias condicionadas. En 2014, Oportunidades pasó a convertirse en Prospera, programa de inclusión social desde el enfoque de derechos humanos —tendencia a la universalización de mínimos universales exigible individualmente al Estado—. El programa fortaleció el apoyo educativo y añadió la inclusión financiera, laboral y productiva, estas últimas mediante la vinculación con el Sistema Nacional de Empleo, generando, supuestamente, las condiciones —oportunidades— para posibilitar su realización, por sí mismos, con las nuevas capacidades y habilidades a través del mercado.

Derivado de las cifras de crecimiento de la pobreza a inicios de su administración, el Coneval modificó en 2014 la metodología de medición de la pobreza, definiendo su grado a partir de valorar carencias sociales en educación, salud, seguridad social, vivienda y alimentación. Como resultado de este desglose, las cifras oficiales ocultaron sus niveles reales, registrando 48.8% de población con un ingreso inferior a la línea de pobreza y 16.8% con uno inferior a la línea de pobreza extrema (Coneval, 2018). Ante tal situación, la administración de Peña Nieto impulsó la Cruzada Nacional contra el Hambre, que tuvo como objetivos reducir —más no eliminar— la carencia alimentaria y los altos niveles de desnutrición infantil. El propósito era seguir avanzando en la construcción del Sistema de Seguridad Social Universal —protección de mínimos—.

En relación con la carencia de acceso a la seguridad social, datos del Inegi de 2021 arrojaron que 49.3% de la población padecían dicha carencia. Del total de la población con acceso —51.7%—, el IMSS continuó absorbiendo a más de 70% de la población; manteniéndose como la principal institución proveedora de servicios en salud.

En el ámbito sanitario, la administración de Peña Nieto continuó el proceso de consolidación de la reforma estructural planteada en 1984 por Soberón Acevedo, ahora asentada en la mira de lograr el aseguramiento universal en salud, acorde con los postulados de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y del Banco Mundial de 1993, 1998 y 2013. Al proyecto se le nombró Sistema Nacional de Salud Universal (Sinasu) y los trabajos para concretarlo estuvieron a cargo de la doctora Mercedes Juan López, quien fue presidenta ejecutiva de la Funsalud hasta su nombramiento como Secretaria de Salud en el Gobierno de Peña Nieto.

La propuesta de la Funsalud planteada desde el “pluralismo estructurado” perseguía evitar el monopolio ejercido desde el sector público, contemplaba alcanzar la universalidad de los servicios de salud con un mercado intersectorial de básicos en salud entre el sector público y el privado, por medio de una reforma de largo plazo para consolidar un sistema de salud de estándares internacionales. A partir suyo quedarían establecidas las condiciones estructurales —esenciales— para reducir las desigualdades en cobertura y calidad de la atención en salud. Entre sus objetivos planteaba: la creación de un fondo único para su financiamiento, realizado a través de impuestos generales; la capitación; la competencia entre prestadores públicos y privados; la presencia del sector asegurador; un paquete básico de atenciones en salud; la subrogación de servicios y la libertad de elección.

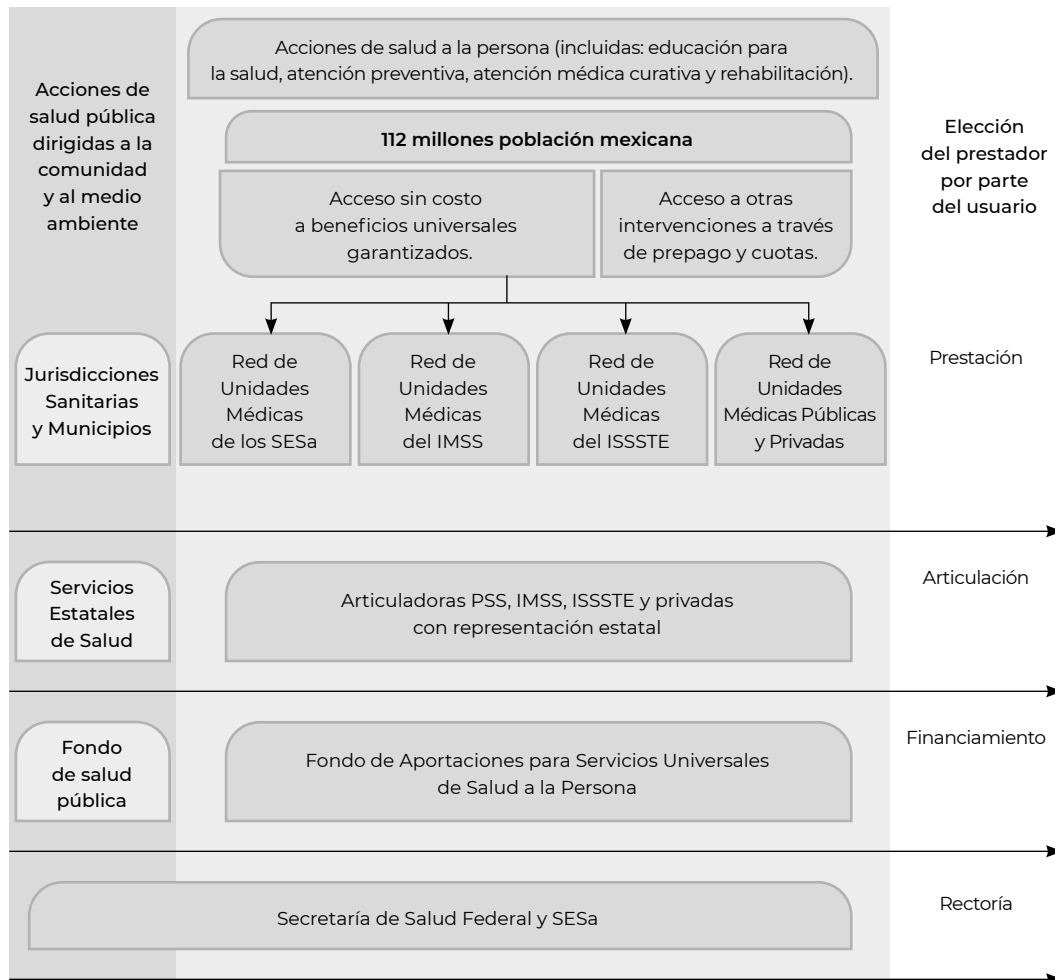
La función de articulación correspondería a las instituciones públicas y privadas que estarían encargadas de recibir y manejar los recursos financieros, sujetándose a estándares financieros de empresas públicas. Mientras que la prestación directa de servicios operaría bajo un esquema plural de instituciones públicas y privadas, a fin



de incrementar las opciones para las personas usuarias y así, elevar la calidad de los servicios basada en la competencia (Funsalud, 2013).

Con base en dicha propuesta (esquema VI.1), Mercedes Juan López estructuró el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Prosesa), incluyó las estrategias y acciones en materia de salud para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

**ESQUEMA VI. 1
PROPUESTA DE REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ORGANIZADO
POR FUNCIONES**



Nota. Tomado de Fundación Mexicana para la Salud (2013). Universalidad de los Servicios de Salud.

El Programa Sectorial de Salud estableció como diagnóstico que el Estado enfrentaba tres factores que incidían negativamente en su capacidad para dar plena vigencia al derecho constitucional a la protección de la salud: 1) Un modelo de atención enfocado en lo curativo y no en lo preventivo; 2) La falta de una implementación completa de políticas en salud multidisciplinarias, interinstitucionales y perfectamente articuladas en todos

los órdenes de gobierno, y 3) Rectoría y arreglo financiero y organizacional desigual en beneficios y entre instituciones, que limitaba la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 planteó que para revertir esas desfavorables condiciones debía universalizarse el SNS, constituyendo el Sistema Nacional de Salud Universal (Sinasu). Sería equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, particularizando su enfoque en los grupos vulnerables. Para su concreción, sería necesario fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; consolidar la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades; al igual que fomentar la prestación de servicios plurales —públicos y privados— articulados y enraizados en la atención primaria.

El Sinasu sería la autoridad sanitaria con atribuciones de rectoría del sector público y el privado, lo cual le permitiría regular, supervisar y evaluar el sistema transparentando las finanzas, rindiendo cuentas, integrando un sistema universal de información en salud y cooperando internacionalmente; tendría como uno de sus fines reforzar los mecanismos de colaboración entre las instituciones del sector salud y unificarlas para alcanzar la universalización (SSA, 2014).

Durante la Semana de la Seguridad Social “La Reforma de Salud en México: su Impacto en los Principios de la Seguridad Social”, realizada en 2014 y organizada por el Senado de la República; la Secretaria de Salud, Mercedes Juan López buscó dar inicio al Sinasu. Enfatizó que su objetivo era garantizar el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud a toda persona independientemente de su condición social o estatus laboral.

En 2014, la Secretaria señaló que para materializar esta nueva fase de la reforma estructural sanitaria debía modificarse el Artículo 4 constitucional para brindar la base jurídica a la creación del Sinasu y de la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal, integrando a la SHCP. Además, precisó que sería también necesario efectuar otros cambios legales y operativos que dieran soporte a un sistema de salud más equitativo y eficiente, alineado a los objetivos del PND 2013-2018; propuesta legal cuya pretensión era institucionalizar paquetes básicos mínimos de salud, homologar la atención y los precios, incrementar las intervenciones interinstitucionales y construir un padrón único (Leal et al, 2016).

Los principales elementos de la propuesta de reforma del Programa Sectorial de Salud eran: definir intervenciones de salud como estándares de calidad y tiempos máximos de espera; homologar la capacidad de respuesta en las instituciones, los protocolos de atención y lista de intervenciones médicas; crear una instancia vigilante del acceso a los servicios de salud, con facultades para obligar a las instituciones a prestar servicios o a pagar el direccionamiento de la persona demandante del servicio a un proveedor interno; así como estipular la integración de la Comisión del Sinasu con el Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y las instancias rectoras: la SHCP y la SSA (SSA, 2014).

La propuesta de Funsalud, a través de la SSA, no pudo concretarse, salvo en lo concerniente a avanzar en el padrón único de personas, porque la creación de un fondo único de salud requería una reforma fiscal, impedida por el adverso clima político y de violencia que atravesaba el país, y la falta de legitimidad democrática del gobierno priista⁹⁰.

También en 2014, Mercedes Juan López intentó establecer una instancia de vigilancia y calidad de los establecimientos y en la práctica médica, en el objetivo de recentralizar los recursos del Seguro Popular; no obstante, motivado por el recorte que el sector salud padeció en 2015, hizo público que no habría reforma al sistema de salud, debiéndose

posponer la creación del sistema universal, la portabilidad y la creación del fondo único (Leal et al, 2016).

A pesar de la apreciación de Mercedes Juan López, los cambios hacia el Sinasu seguían en marcha en el IMSS, toda vez que el proyecto neoliberal en salud era de largo plazo. No era la primera vez que tenía tensiones y las seguiría teniendo; las correlaciones de fuerza del sistema político mexicano continuarían y continuarán jugando siempre, por la confrontación de valores, intereses y visiones de país.

En sentido estricto, el proyecto del Sinasu en manos de Mercedes Juan, asentado en la lógica mercantil del aseguramiento privado, centró sus esfuerzos en desarrollar mecanismos financieros como la compra de servicios, la definición de precios, la estandarización y costeo de intervenciones, y los sistemas de facturación, así como racionar a la baja los paquetes básicos en salud, etcétera. Suponía reducir la universalidad a un seguro médico financiado con fondos públicos para la compra de un paquete básico de servicios en redes plurales de proveedores, para quienes no tenían seguridad social laboral; preparando con ello la incorporación de prestadores privados y la consolidación de mercados estabilizados con fondos públicos (López y Jarillo, 2017).

En 2016, José Narro Robles sustituyó a Mercedes Juan López en la SSA y continuó con los esfuerzos por construir el Sinasu, por lo que firmó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud signado por la SSA, el IMSS, el ISSSTE y los Gobernadores de Baja California Sur, Estado de México y Oaxaca; las tres primeras entidades federativas adheridas al acuerdo.

Durante la firma del acuerdo, realizada en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS, Peña Nieto señaló que su suscripción creaba un marco de cooperación que conducirá gradualmente a la universalización y portabilidad de la atención médica en México. A su decir, había sido generada una nueva forma de coordinación entre la SSA, las instituciones de seguridad social y los prestadores de servicios de salud en las entidades federativas, con un enfoque transversal y de derechos humanos. Para instrumentarlo adecuadamente, serían firmados convenios específicos de colaboración para lograr una mejor utilización de la infraestructura hospitalaria, un uso ordenado de los recursos financieros y un óptimo desempeño del capital humano (Plenilunia, 2016).

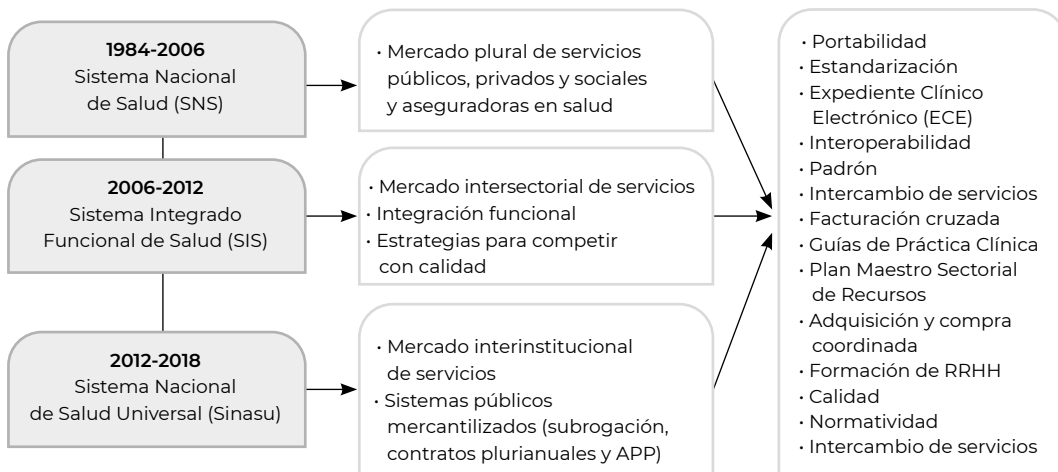
El Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud de 2016 estableció entre sus objetivos: lograr mayores niveles de eficiencia con la corresponsabilidad del IMSS, el ISSSTE, la SSA y los prestadores de servicios de las entidades federativas; alentar la construcción de un modelo de atención homogéneo con una operación integrada y coordinada entre las instituciones públicas firmantes; impulsar la operación y actualización continua del Padrón General de Salud (PGS); propugnar por el diseño y aplicación homogeneizado e interinstitucional de las Guías de Práctica Clínica (GPC), Protocolos de Atención Integral (PAI), Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), Expediente Clínico Electrónico (ECE) y demás herramientas; impulsar un Sistema Nacional de Salud (SNS) con esquemas de planeación, evaluación del desempeño y rendición de cuentas, y redefinir las directrices de coordinación del SNS mediante la celebración de instrumentos jurídicos entre las instituciones públicas.

Durante su gestión, Narro Robles destacó que México requería un sistema de salud renovado que transitara hacia la cobertura universal efectiva y de calidad, y hacia un modelo preventivo de enfermedad; intercambio de servicios; planeación conjunta de una nueva infraestructura; la vinculación salud-educación; y el fortalecimiento de la nueva medicina y la investigación (SSA, 2018). El Gobierno de Peña Nieto establecería entre sus compromisos en materia de salud que la atención sería integral, homogénea y de

calidad, con mayor y mejor coordinación entre los tres órdenes de gobierno y las distintas instituciones públicas y privadas que conformaban el SNS (Molina, 2015).

El proceso histórico de transformaciones mercantiles hacia la consolidación del Sinasu se ejemplifica en el esquema VI.2.

**ESQUEMA VI.2
REFORMA ESTRUCTURAL EN SALUD 1982-2018, HACIA LA UNIVERSALIZACIÓN,
CON SERVICIOS PLURALES**



Nota. Elaboración propia.

VI.2. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS DEL SINASU

Importa destacar que el proyecto del IMSS, con José Antonio González Anaya como Director General estuvo allanado completamente a las directrices del PND 2012-2018 y del Prosesa 2012-2018.

Es menester señalar que, derivado de ello, se mostró por primera vez de manera elocuente que la sectorización del IMSS a la SSA en 1984 había logrado sus frutos: eliminar las facultades autónomas del Instituto respecto a su razón de ser como institución pública garante del derecho a la seguridad social. Tras 30 años de reforma estructural —de mercado— habían logrado —a través de liberalizar, privatizar, mercantilizar, redimensionar y desregular al Instituto— dismantelar su función pública garantista y su carácter de monopolio público del bienestar.

En términos gerenciales, la reforma mercantil del IMSS había logrado trastocar su visión y su misión, ahora propias a las de una empresa público-mercantil y de una aseguradora pública de servicios plurales —público-privados—, llamada a jugar un papel central en la constitución del mercado intersectorial de servicios de salud, denominado Sistema Nacional de Salud Universal, bajo la rectoría de la SSA.

El IMSS reconstituido y reforzado en las administraciones de Molinar Horcasitas y Karam Toumeh para convertirse en el más eficiente y avezado competidor en el mercado de servicios de salud, ahora fue llamado a consolidarse como tal. Dicha posición le permitiría colocarse a la cabeza del Sinasu, es decir, del sistema de protección social integral en salud con focalización de estrategias, eficiencia y calidad en la provisión de servicios plurales (Banco Mundial, 2012). Su principal reto en este periodo fue lograr el equilibrio y

la sostenibilidad de sus finanzas como prioridad máxima para consolidar su autonomía presupuestal, junto con desarrollar el abanico de estrategias gerencial-mercantiles que le permitirían funcionar como competidor en la compraventa de servicios del mercado intersectorial de salud, lo que de suyo supondría comenzar a operar al Sinasu.

En el PIIMSS 2014-2018 fueron planteadas diversas estrategias para continuar con el fortalecimiento del Instituto como futuro competidor: mejoramiento de los procesos de compras y abasto de insumos y medicamentos; profesionalización de los recursos humanos; mejoras en la infraestructura y el equipo existente del Instituto; al igual que afinar los mecanismos que permitiesen un mayor control de los gastos (IMSS, 2014a).

Las acciones institucionales incluyeron perfeccionar los esquemas de adquisición, fortalecer la prestación de servicios integrales, optimizar los espacios e inmuebles institucionales, simplificar procesos, aliviar el clima laboral y la satisfacción de la población usuaria, fortalecer la infraestructura en línea con la implantación del Sinasu, controlar y evaluar la prescripción de medicamentos, incapacidades y auxiliares de diagnóstico, aplicar los GRD y consolidar los GRAA para mejorar la gestión médica, económica y financiera de los hospitales y los servicios ambulatorios; y diseñar nuevos mecanismos de asignación presupuestal con base en resultados (IMSS, 2014a).

La participación del Instituto en el intercambio de servicios del Sinasu, concordó con sus procesos de arreglo interno, los cuales fueron: 1) Coordinación e intercambio de servicios para agilizar su prestación; 2) Establecimiento de sinergias interinstitucionales y uso eficiente de la capacidad instalada del sector salud; 3) Homologación de los servicios, intervenciones y protocolos de atención médica; 4) Implementación del enfoque de contención de costos; 5) Trato digno a las personas usuarias y sus familias; 6) Compra consolidada de medicamentos, vacunas y de material de curación, laboratorio y radiológico, y 7) Promoción de compras consolidadas para todo el sector salud, incorporando a dependencias y entidades públicas para obtener beneficios económicos (IMSS, 2014d).

Objetivos que se buscaría lograr con la implementación de ocho medidas: 1) Participar en el diseño e integración del Sinasu; 2) Crear un catálogo predefinido y acotado de intervenciones para acceder a servicios de salud; 3) Homogeneizar el modelo de atención para unificar e integrar funcionalmente las instituciones del sector; 4) Consolidar el intercambio de servicios; 5) Incrementar el número de consultorios de Medicina Familiar; 6) Colaborar con otras instituciones para aumentar la cartera de servicios susceptibles de intercambio; 7) Garantizar mejores costos al Instituto privilegiando la contratación consolidada de bienes terapéuticos, y 8) Asegurar a toda la población el acceso efectivo a un paquete definido de servicios médicos de calidad (IMSS, 2014a).

Es necesario precisar que, si bien el Sinasu hablaba de coordinación interinstitucional, los convenios suscritos por los sistemas públicos eran de orden intersectorial —público-privado—, debido a que, en su mayoría, todas las instituciones públicas de salud, particularmente las de orden contributivo como el IMSS y el ISSSTE, para garantizar la prestación de servicios a su población derechohabiente lo realizaban a través de servicios de salud comprados a los privados, vía la subrogación y los contratos plurianuales. Se insiste en hablar de un Sinasu con intercambio interinstitucional de servicios, pero en los hechos es un intercambio intersectorial —entre públicos y privados—.

VI.2.1. Consolidación financiera del IMSS y continuidad con la orientación funcional público-mercantil

El IMSS reconoció en el PIIMSS 2014-2018 que existía una complicada situación financiera en el Instituto, por la cual, el saneamiento financiero y operativo eran acciones prioritarias para su participación en el marco de la seguridad social universal y del Sinasu. De ahí que ordenara continuar y ampliar el abanico de estrategias para fortalecer los ingresos, haciendo un uso más eficiente y transparente de sus recursos materiales, humanos y financieros.

Acciones para incrementar los ingresos del Instituto

El propósito del Instituto era incrementar los ingresos institucionales sin aumentar las tasas de contribución. Las estrategias consistieron en mejorar la gestión de las áreas de incorporación y recaudación, operar un nuevo modelo de fiscalización integral, mejorar la recuperación de cartera por juicios fiscales ganados e implementar estrategias gerencial-empresariales para generar ahorros.

A pesar de las estrategias implementadas durante la administración de Calderón Hinojosa para eficientizar los recursos y reducir los costos en la atención, las finanzas del IMSS continuaron deteriorándose gradualmente hasta presentar un faltante de 28,000'500,000 pesos en 2012. Para solventarlo, el Instituto había tenido que continuar haciendo uso de los remanentes operativos de los seguros no médicos —SRT y SIV—, proyectándose que, bajo el supuesto de agotar todos los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del SEM a partir de 2015, la sostenibilidad financiera podría lograrse hasta 2019 (IMSS, 2018c).

Así, derivado de la permanente situación deficitaria del Instituto, durante el sexenio de Peña Nieto debían continuar instrumentándose de manera mucho más estricta los mecanismos institucionales de control financiero, tanto los orientados a contener las crecientes erogaciones, como los enfocados en eficientizar y racionalizar el uso de los recursos. Los resultados obtenidos por el apego al engranaje estratégico, el cual, sumado a un relativo incremento de los ingresos totales permitirían que, por primera vez, a partir de 2016, fuera mencionado oficialmente en los informes del Instituto el logro de la "consolidación de sus finanzas" y, con ello, su sostenibilidad a corto y mediano plazos (IMSS, 2018c).

Recuperación del gasto público

El gasto público que le fue canalizado al IMSS comenzó a recuperarse a partir de 2015, en detrimento de los recursos destinados al Seguro Popular para la atención de la población abierta. Este redireccionamiento fue resultado de la intención de volver a centralizar los recursos canalizados a la SSA y al mismo Seguro Popular, justificado como el prelude para dar el siguiente paso de la reforma del sector salud planteada por el Ejecutivo, con Mercedes Juan López a la cabeza de la SSA: crear un fondo único, financiado vía impuestos para universalizar la salud —degradada a un paquete esencial de servicios—; propuesta que no se concretó.

Por lo anterior, los recursos dirigidos al Instituto comenzaron una tendencial recuperación, pasando de 49.6% a 54.5% del total, registrando una tasa de 4% promedio anual, crecimiento superior al registrado por el ISSSTE —3.8%—. Contrariamente, los recursos destinados a la SSA, incluyendo el FASSA, pasaron de 21.4% a 17.3% entre 2012 y 2018, traducándose en una caída de 1.1% promedio anual. Los recursos destinados al Seguro Popular también disminuyeron su peso dentro del gasto en salud, pasando de 8.1% a 5.5% del total, contrayéndose 3.8% promedio anual (SHCP, 2020b).

En virtud de la reforma de 2009 a la LSS, que estableció que la cuota social del Estado sería destinada únicamente a las personas trabajadoras de menores ingresos —1 a 15 salarios mínimos generales—, los recursos etiquetados para seguridad social continuaron su tendencia creciente como en el sexenio anterior, pasando de 28.9% a 37.2% entre 2012 y 2018 (SHCP, 2020b).

Incremento en recursos por concepto de cuotas obrero-patronales

Otro factor que abonó al mencionado equilibrio en las finanzas del Instituto fue el incremento de sus ingresos totales por concepto de cuotas obrero-patronales. El comportamiento en los ingresos estuvo soportado por el registro de 4'900,000 personas trabajadoras ante el Instituto, lo que significó pasar de 22'500,000 a 27'400,000 personas afiliadas, con un crecimiento promedio anual de 3.3%. Resultado de este incremento en el aseguramiento, las cuotas obrero-patronales aumentaron a tasa de 3.1% promedio anual, pasando de 387'900,000 pesos a 451'600,000 pesos entre 2012 y 2018 (IMSS, 2020a).

Cabe destacar que, en función del avanzado proceso de flexibilización y precarización del trabajo tras 5 sexenios de neoliberalismo, el crecimiento en la afiliación continuó mostrando una mayor incorporación de personas trabajadoras con bajas remuneraciones. Aunque el salario registró un incremento en términos reales de 78.87 a 88.14 pesos diarios entre 2012 y 2018, alcanzando su valor más alto en 2017, cuando fue de 92.45 pesos (Conasami, 2022), esto no representó una mejora en la estructura salarial de las cotizaciones, es decir, a pesar de que el aseguramiento al IMSS incrementó, la mayoría de las personas aseguradas permaneció concentrada en los niveles salariales más bajos. En 2012, 34.7% del total de personas afiliadas percibía menos de 2 salarios mínimos; porcentaje que incrementó a 41.1% en 2018, significando un crecimiento de 7.3% promedio anual (IMSS, 2020a).

La continuidad con la baja capacidad contributiva al IMSS de las personas trabajadoras aseguradas fue de la mano con dos procesos que afianzaron en el Instituto un perfil distinto al aseguramiento derivado del empleo asalariado, estable y protegido. Primero, resultado de la profundización del proceso de terciarización de la economía —servicios y comercio—; este sector concentró en promedio 61% de las personas afiliadas al IMSS, mostrando un ritmo de crecimiento de 3.2% promedio anual. El sector secundario —industria—, aunque tuvo un ritmo de crecimiento más alto —4.6%—, perdió peso sobre el total de personas aseguradas, concentrando en promedio 36%. El sector primario —agricultura— conglomeró únicamente 3% del total de personas aseguradas, aumentando a un ritmo inferior que los demás sectores —2.9% promedio anual— (IMSS, 2020a).

El segundo proceso refiere a la continuidad de una mayor incorporación de mujeres trabajadoras al mercado laboral, mismas que —como se mencionó en el capítulo anterior— tendieron a incorporarse en su mayoría a los sectores de menor valor agregado, percibiendo salarios más bajos. En 2013, la población femenina ocupada representó 42.2% del total de población ocupada, proporción que ascendió a 46% para finales de la administración (Inegi, 2022). Dentro de la proporción de mujeres trabajadoras, 8 de cada 10 se emplearon en el sector terciario, percibiendo casi 50% de estas entre 1 y 2 salarios mínimos.

En virtud de la brecha salarial de género, la incorporación de mujeres al Instituto se realizó con una menor capacidad contributiva, incrementándose las aseguradas al IMSS con percepciones menores a un salario mínimo en 5.2% promedio anual durante todo el sexenio (IMSS, 2020a).

De igual forma, en función de las características de los puestos de trabajo creados durante la administración, la distribución de personas trabajadoras aseguradas en el IMSS continuó inclinándose en favor del aseguramiento temporal. Este tipo de afiliación incrementó 4.6% promedio anual y, aunque su crecimiento fue menor en más de 2 puntos porcentuales al registrado en la administración previa, continuó ubicándose por arriba del aseguramiento permanente, que incrementó 3.9% promedio anual. En el ámbito rural, la afiliación temporal continuó siendo mayor, creciendo 7.8% frente a 4% del ámbito urbano. En contraparte la afiliación permanente siguió a la baja tanto en el campo como en la ciudad, incrementando 3.6% y 3.9%, respectivamente (IMSS, 2020a).

La ampliación de la cobertura también fue otra estrategia para incrementar la recaudación. Fueron desarrolladas intervenciones para aumentar las contrataciones de seguros voluntarios, vía el SSFAM e incorporación voluntaria —se promovió la incorporación de las personas trabajadoras domésticas—. También hubo mayor control en la consulta de movimientos patronales, los estados de adeudo, el Sistema de Pago Referenciado (Sipare) y las altas patronales de personas físicas o morales (IMSS, 2018b).

Rendimientos: Reservas y Fondo Laboral

Si bien fue afianzado el perfil distinto de las personas afiliadas, el crecimiento de los ingresos totales del IMSS estuvo soportado en el aumento de los rendimientos obtenidos de los saldos de las reservas y del Fondo Laboral a través de instrumentos financieros. Para 2018, los dividendos de las reservas captados por este concepto sumaron más de 215,000'500,000 pesos, mientras que los del Fondo Laboral fueron equivalentes a 72,000'700,000 pesos. En suma, dichos remanentes incrementaron en promedio anual 15.7% durante todo el sexenio, lo que significó un máximo histórico de los recursos obtenidos por este concepto para el IMSS (IMSS, 2018c).

Rentas: tiendas, velatorios y centros vacacionales

El PIIMSS 2014-2018 ordenó optimizar en la lógica mercantil la operación de sus unidades, Centros Vacacionales y Velatorios, y mejorar la calidad y calidez de sus servicios bajo la premisa del manejo eficiente de los recursos (IMSS, 2014e y 2016a).

Entre 1995 y 2006 ya habían sido reorganizados y desregulados los Centros Vacacionales —hospedaje y recreación—, los Velatorios IMSS —servicios funerarios— y la Unidad de Congresos —renta— para proveer servicios al público en general.

El Programa de Fortalecimiento de las Prestaciones Sociales impulsó estrategias dirigidas a una adecuada planeación de los servicios ofrecidos y a obtener una programación razonada en la distribución de los recursos técnicos, humanos y financieros en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales, lo que supuestamente permitiría avanzar en la contención del gasto y aprovechar la capacidad instalada del Instituto (IMSS, 2013a; IMSS, 2016a).

Los ingresos obtenidos a través de la venta y renta de servicios —contemplada ya como una fuente alterna de ingresos institucionales— no mostraron un peso significativo dentro del total de los ingresos del Instituto. Los únicos que continuaron la tendencia creciente del sexenio anterior fueron los derivados del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-Fibeso, mismos que pasaron de 120'200,000 pesos a 129'400,000 pesos durante todo el sexenio. Un elemento que abonó a este comportamiento fue la implementación de acciones para ampliar y hacer más atractiva su oferta de servicios, además de incrementar su infraestructura para extender su presencia en las distintas entidades del territorio nacional (IMSS, 2012; IMSS, 2018c).

Los Velatorios IMSS fueron encaminados a un nuevo funcionamiento con base en los modelos de certificación corporativa ISO-9001-2008.

Se instrumentó el Sistema de Gestión de Calidad en los Centros Vacacionales (IMSS, 2014d). En los Centros Vacacionales fueron fortalecidas las acciones para la mejora de resultados con una mínima inversión, entre las que destacan: incentivos para incrementar la afluencia de visitantes, la optimización de la captación de ingresos y la continuidad de la instalación del Sistema de Administración Hotelera. Entre 2013 y 2014, los Centros Vacacionales atendieron a 688 mil personas usuarias, generando ingresos por 123 millones de pesos (IMSS, 2014d).

Los ingresos obtenidos por los Centros Vacacionales⁹¹ decrecieron. En 2012, sus ingresos fueron 209'400,000 pesos, mientras que, en el cierre del sexenio, habían disminuido a 127'600,000 pesos⁹², lo que significó una contracción de 60.9%. La continuidad con el déficit de los Centros Vacacionales fue atribuida a que los ingresos captados mediante los pagos por el uso y disfrute de los servicios eran insuficientes para atender gastos operativos; cubrían en promedio apenas 60% de las erogaciones destinadas al pago de su personal (IMSS, 2018c).

A pesar de esta situación, siguió abriéndose la posibilidad al capital privado de acceder a su administración total o parcial vía licitaciones, tal fue el caso del parque acuático del Centro Vacacional Oaxtepec. La concesión a privados para su explotación no fue algo nuevo, pues en 1997 había sido otorgado mediante un título de concesión a la Empresa Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V. para su administración por 15 años, mediante el Oficio DC/257237-Reg. 3808, publicado en el Diario Oficial de la Federación en diciembre de 1997 (IMSS, 1998b).

La renuncia anticipada de la empresa a la administración de este espacio en 2011, por declararse en quiebra, dejó las instalaciones en severo deterioro. Tras casi 5 años de permanecer cerrado, el Centro Vacacional nuevamente fue otorgado en 2016, por medio de la licitación No. 019GYR085/2014 emitida por el H. Consejo Técnico del IMSS (IMSS, 2016a) en favor de la empresa transnacional Six Flags Entertainment Corporation, misma que pagaría una renta de 1'700,000 pesos mensuales al IMSS y únicamente 8 pesos por cada boleto vendido —a pesar de mantener precios de acceso superiores a los registrados por la anterior compañía y de proyectarse una afluencia promedio anual de personas usuarias superior a 2'500,000 personas usuarias— (Ocampo, 2016).

A principios de 2016 fue realizada la licitación pública nacional para dar en uso y operación al espacio que ocupaba el Parque Acuático Oaxtepec, concluyendo con la firma del contrato de arrendamiento por un periodo de 20 años, que iniciaría operaciones en 2017 (IMSS, 2016a).

Los ingresos del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS disminuyeron de 1'700,000 pesos a 1'100,000 pesos entre 2013 y 2018, baja que respondió a una reducción en el número de establecimientos en más de 50%, pasando de 136 a 62 —manteniéndose 59 en operación y 3 cerrados temporalmente— (IMSS, 2012 y 2018c). Derivado de su venta —privatización—, el IMSS reconoció que este cierre fue derivado del gradual abandono del servicio, traducido en el desabasto de productos, así como la insuficiencia de equipos en los puntos de venta, lo que aparentemente hizo que estas no fueran competitivas en el mercado de autoservicios y perdieran clientes gradualmente. En 2013, la población usuaria de las tiendas representaba apenas casi una tercera parte del registro alcanzado en 2002, de 12'400,000 personas (IMSS, 2013c).

Para hacer rentables los establecimientos, fueron implementadas acciones de mercadotecnia empresarial, tales como la devolución de mercancías, la optimización

de las plantillas de gasto, la reducción de gastos por arrendamiento, la mejora del abasto, la organización de expo-ventas en sus instalaciones, la venta de servicios, así como promocionar y abrir su uso a la población en general. A pesar de estas acciones, según el Instituto, las tiendas aportaban solo 0.4% de los ingresos institucionales totales (IMSS, 2013c).

Fiscalización

El papel del IMSS fue fortalecido en materia de fiscalización a través de la instrumentación del llamado Nuevo Modelo Integral de Fiscalización: estrategia orientada a incentivar el cumplimiento voluntario de las obligaciones patronales en materia de seguridad social. Con esta fiscalización fue creado un nuevo esquema de riesgos contra la evasión patronal, con el fin de determinar nuevos factores, variables y modalidades vinculados a esta; tales como el tipo y tamaño de los empleadores, su ubicación geográfica y sector económico, el tipo y temporalidad de las personas trabajadoras de las empresas, así como la composición salarial de las mismas; para tener un mayor control sobre los patrones y estimular un mayor flujo de recursos al IMSS por concepto de cuotas obrero-patronales (IMSS, 2018c).

Como parte del Modelo Integral de Fiscalización, también fue fortalecida la cooperación entre instituciones fiscalizadoras: el IMSS, el Servicio de Atención Tributaria (SAT), el Instituto del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores (Infonavit) y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS). A fin de permitir cruces de información para eficientizar las acciones en esta materia, fueron firmados dos convenios: uno entre el IMSS y la STPS, en 2016, para la realización de visitas de verificación con el propósito de fortalecer los derechos de las personas trabajadoras; y otro, entre el IMSS y el SAT, en 2017, consistente en llevar a cabo acciones de coordinación para detectar, combatir y prevenir esquemas de evasión fiscal y de seguridad social (IMSS, 2018c).

Otra de las estrategias para aumentar y fortalecer los ingresos fue mejorar la recuperación de la cartera por juicios fiscales ganados por el IMSS. Por ello, fueron establecidos criterios y esquemas para robustecer los actos jurídicos, prevenir nuevos juicios, mejorar la defensa de los intereses institucionales y evitar el aumento de pasivos contingentes en los juicios en trámite, entre otras.

Para vigorizar el cumplimiento de las tareas, también fue mejorada la capacitación y evaluación del personal encargado de llevar a cabo la cobranza y fiscalización, además de identificar las áreas más débiles dentro del proceso. Fue instrumentado el Procedimiento Único para la Generación de Propuestas de Fiscalización, mismo que a partir de reglas parametrizables —análisis de riesgo y de costo-beneficio— buscaba agilizar los actos de fiscalización (IMSS, 2018c).

El Modelo Integral de Fiscalización permitió el aumento de los ingresos extraordinarios por fiscalización y cobranza de 10,000'400,000 pesos a 13,000'800,000 pesos entre 2012 y 2017. En 2014 inició operaciones el Centro de Contacto de Cobranza, mediante el cual 118 mil patrones regularizaron su situación fiscal, derivando en la recaudación de más de 646 millones de pesos adicionales, lo que representó un costo-beneficio de 46 pesos recuperados por cada peso invertido. En 2018 fueron realizados un aproximado de 40 mil actos de fiscalización⁹³, permitiendo también la obtención de ingresos adicionales para el Instituto por 5,000'800,000 pesos (IMSS, 2018c).

En 2017 fueron aprobadas las Políticas y Directrices para la Sustentabilidad Financiera del IMSS por el H. Consejo Técnico, documento interno en el que fueron establecidos los



lineamientos para garantizar una administración eficiente y ordenada de los recursos, con una visión de largo plazo, para contribuir a mantener el equilibrio financiero del Instituto (IMSS, 2018b).

Con el fin de eficientizar los procesos en materia de recaudación, también fueron destinados recursos institucionales en forma de incentivos a las Delegaciones y Subdelegaciones, a través del Programa Estímulos al Ingreso de 2014, el cual planteó entregar los recursos económicos de hasta 30% de cada peso recibido en sus instalaciones para su mantenimiento y remodelación; lo que permitiría mejorar la imagen del IMSS ante el sector patronal y desencadenar el autofinanciamiento (IMSS, 2018b).

Estrategias de racionalización y optimización del gasto

Entre las estrategias para continuar optimizando el uso de recursos, la administración del IMSS en este periodo profundizó una gestión hospitalaria más eficiente en términos mercantiles, además fortaleció y extendió la digitalización para la simplificación regulatoria.

Gestión hospitalaria centrada en la productividad y reducción de costos

Con miras a incrementar la productividad hospitalaria y reducir los gastos —costo-eficientes—, así como el rezago en la atención, fue implementada la iniciativa Gestión de Camas, logrando reducir el tiempo de ocupación y desocupación de camas censables de 22 a 11.9 horas (IMSS, 2018c). En la misma lógica, fue instrumentada la iniciativa Uso Eficiente de Quirófanos con el objetivo de hacer un uso eficiente de estos espacios hospitalarios mediante el aprovechamiento de aquellos que estuviesen desocupados los fines de semana. Propuesta con la que se logró una productividad superior a las 14 mil cirugías acumuladas entre 2016 y 2017, logrando 15,320 cirugías en 2018, es decir, 157 cirugías en promedio cada fin de semana (IMSS, 2018b).

También fue introducida la estrategia Código Infarto con el propósito de garantizar el diagnóstico y tratamiento de pacientes que requerían atención médica de emergencia por infarto agudo al miocardio, recibir medicamento intravenoso en menos de 30 minutos y ser intervenidos en una sala de hemodinamia en menos de 90 minutos. Ello incidió en un incremento de la productividad hospitalaria, reduciendo además 58% de las fatalidades (IMSS, 2018c).

En continuidad con la lógica de contención de costos a través de la prevención en salud, fue profundizado el Programa PrevenIMSS, con el cual los chequeos anuales incrementaron de 27 millones a 31'600,000 chequeos durante el sexenio; para el cierre de la administración, fueron casi cuatro veces más que los realizados en 2006, 8'800,000 chequeos; circunstancia que redundaría en contener los gastos a futuro (IMSS, 2018c).

Digitalización y simplificación regulatoria

En la lógica de lograr mayor eficiencia, también fueron instrumentadas estrategias para continuar con la simplificación regulatoria a través de la digitalización de trámites, mismos que permitieron establecer flujos administrativos de punta a punta, es decir, se digitalizaron totalmente los procesos sin la presencia física de la persona derechohabiente ni de patrones en las instalaciones, lo que permitiría obtener ahorros adicionales.

Durante 2013, el modelo de telecomunicaciones fue rediseñado mediante un mecanismo de contratación con un esquema técnico y económicamente viable para proveer servicios de telecomunicaciones por medio de diferentes proveedores, combinando distintas tecnologías y niveles de servicio. Este modelo, en sintonía con la

Estrategia Digital Nacional, incrementó casi 10 veces el ancho de banda del Instituto; generó las capacidades para asumir los retos que tenía que afrontar, planteados en la reforma de telecomunicaciones en materia de Telesalud, Telemedicina y Expediente Clínico Electrónico; y habilitó una mayor capacidad de interoperabilidad e intercambio de información para la fiscalización, la prestación de servicios bajo un esquema de acceso universal a la salud, así como la construcción del Sistema de Seguridad Social Universal (IMSS, 2014d).

La DIDT continuó con el proyecto IMSS Digital, presumiblemente escalado hacia el intercambio de servicios en el Sinasu a partir de tres ejes. El primero conjugó la sistematización de la información, un ambiente tecnológico y el enfoque en procesos con el objetivo de generar ahorros financieros en la operación de la gestión y la toma de decisiones en el Instituto (IMSS, 2014d). El segundo constituyó una estrategia multicanal para proveer servicios a través de canales que complementaran a los presenciales — internet—. El tercero habilitó un modelo de disponibilidad y consumo flexible de la información y servicios de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), ubicados de manera estratégica, conveniente y a demanda (IMSS, 2013a).

A través de la iniciativa IMSS Digital, el Instituto buscó transitar hacia un modelo unificado de operación y un nuevo modelo de atención, estableciendo un programa de despliegue de servicios digitales y procesos fáciles de implementar, versátiles en su uso y escalables en sus capacidades, por medio de una forma estandarizada de ofrecer tecnología (IMSS, 2013a).

Los procesos institucionales a través de los cuales el Instituto mantiene relación directa con la población derechohabiente y usuaria son la incorporación y recaudación, las prestaciones médicas, las económicas y las sociales, motivo por el cual, las acciones de IMSS Digital estuvieron centradas en su mejora informática y tecnológica para aumentar su eficiencia y productividad, así como para contener costos administrativos y operativos (IMSS, 2014d).

El Instituto desarrolló el Proyecto de Telemedicina para brindar atención médica a distancia a través del uso de TIC, a fin de mejorar el acceso a los servicios de tercer nivel, incrementar la oportunidad y mejorar la eficiencia con los recursos disponibles, además de contener el gasto por traslado de pacientes (IMSS, 2014d), como parte de las acciones relativas a la estrategia Salud Universal y Efectiva del PND 2013-2018.

A fin de mejorar los procesos de incorporación y recaudación, el modelo de atención con canales modernos del IMSS Digital digitalizó 20 trámites; de los cuales 13 correspondieron a los procesos de recaudación, incorporación y fiscalización. De 2013 a 2017 fueron realizadas 149 millones de gestiones no presenciales que registraron ahorros por casi 7 mil millones de pesos (IMSS, 2018b).

En el caso de las personas empleadoras, destaca la implementación del programa informático Sistema de Pago Referenciado (Sipare), impulsado con el fin de agilizar el pago de sus contribuciones a través de internet mediante líneas de captura. Para finales de 2017 fueron recaudadas 90% de las cuotas obrero-patronales a través de este medio. De igual forma, fue incorporada vía internet la posibilidad de obtener el Comprobante Fiscal Digital correspondiente al pago de las cuotas patronales (IMSS, 2018b).

Para las personas derechohabientes —aseguradas, dependientes y pensionadas— también fue actualizada la realización de trámites totalmente digitales, tales como la asignación o localización del número de seguridad social, el registro, alta o modificación de sus respectivas unidades médicas, la solicitud de días de incapacidad a mujeres por parto prematuro, la solicitud de regularización o corrección de datos personales, así

como la solicitud de certificado de baja para el retiro por desempleo —implementando en sustitución, una constancia digital para presentarla ante la Afore y acceder a la prestación—. Además de poder acceder, a través de internet, a la Constancia de Vigencia de Derechos ante el Instituto (IMSS, 2018b).

También fueron instrumentadas diversas acciones para facilitar los trámites para acceder a las pensiones. Destaca la eliminación de la comprobación de supervivencia presencial para las personas pensionadas, eliminando 7 millones de visitas a las instalaciones del IMSS; la implementación de un simulador digital de Pensión por Cesantía en Edad Avanzada y Vejez respecto a la LSS 1973; un comparativo entre los datos del IMSS y la Afore; al igual que la consulta sobre las personas beneficiarias de las derechohabientes (IMSS, 2018b).

Sumada a la digitalización de trámites administrativos, entre las personas derechohabientes, continuó incentivándose el uso de la aplicación para dispositivos electrónicos móviles IMSS Digital con el fin de reducir los costos en trámites y en la atención médica. A través del aplicativo, que para 2018 sumaba más de 3 millones de descargas (IMSS, 2018b), las personas podrían realizar trámites burocráticos básicos, como obtener su número de seguridad social, agendar citas médicas, darse de alta o cambiar de clínica y consultar la vigencia de derechos, así como acceder a servicios digitales vinculados al modelo preventivo de salud para contener la demanda y reducir costos, por ejemplo, ingresar a información nutricional y reproductiva.

En conjunto, las estrategias de digitalización permitieron que entre 2013 y 2017 fueran realizados más de 217 millones de trámites totalmente en línea, representando un ahorro al Instituto por 93 mil millones de pesos (IMSS, 2018b).

El IMSS también desplegó varias acciones dirigidas a emplear las TIC en la universalización del acceso a los servicios de salud. Dicha estrategia, al profundizar la política digital iniciada en el sexenio precedente, avanzó hacia una digitalización más integral que diera ayuda al aumento de la cobertura, el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud, así como el uso eficiente de la infraestructura instalada y los recursos. El empleo de las TIC debía apegarse a lo establecido en la Estrategia Digital Nacional del Gobierno Federal del PND 2013-2018 (Gobierno de la República, 2013; IMSS, 2013a). Para cumplir estos objetivos, el IMSS suscribió un convenio con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y continuó equipando a las unidades médicas con internet para ampliar su conectividad (IMSS, 2013a).

La digitalización facilitaría la convergencia e integración de los sistemas de salud y la ampliación de la cobertura; establecería la personalidad única en salud a través del Padrón General de Salud (PGS); permitiría implementar un Sistema de Información Electrónico para la Salud, e implementaría el Expediente Clínico Electrónico.

Este andamiaje estratégico encauzado hacia la eficiencia y racionalización de recursos para hacer más con menos, no para mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, provocó señalar por las autoridades del Instituto en 2018, que la consolidación financiera del IMSS sería relativa e incierta si se modificaba la estructura de planificación y control sobre las finanzas en desarrollo y que su alteración comprometería de nueva cuenta la estabilidad y equilibrio financiero logrado por el Instituto (IMSS, 2018b).

Privatización, nuevas modalidades de largo plazo

El fin de consolidar financieramente al Instituto y lograr un mayor control presupuestal con racionalización del gasto, tuvo un doble propósito: contener aún más los costos de operación, y a la vez beneficiar al sector privado de la salud con modalidades de privatización innovadoras de largo aliento.

Esquema plurianual de contratación y servicios integrales: incentivos innovadores al sector privado de la salud

El Instituto instrumentó un programa de austeridad y eficiencia administrativa, a través de la celebración de nuevos acuerdos promoviendo el escalamiento de la subrogación de servicios integrales con contratos plurianuales y celebrando acuerdos con Asociaciones Público-Privadas (APP) para la construcción de infraestructura; además de profundizar el uso de metodologías de costeo para optimizar el gasto y eliminar las compras emergentes de medicamentos e insumos, entre otras (IMSS, 2013a). Esto supuso profundizar el incentivo al desarrollo del sector privado desde el sector público en detrimento suyo.

El cambio estructural en la subrogación de servicios integrales requirió que los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAE validaran los servicios facturados contra los servicios recibidos; supervisaran y autorizaran los servicios solicitados, y controlaran los servicios recibidos contra los contratados (IMSS, 2013a).

A partir de 2015 fue impulsada la contratación —subrogación— de diversos servicios integrales bajo un esquema plurianual para aquellos servicios que, en su mayoría, representaban para el Instituto mayores costos por su recurrencia, como servicio de diálisis, hemodiálisis, laboratorio y cirugías de mínima invasión, entre otros. Con la contratación a privados de los servicios de hemodiálisis fue previsto un ahorro de cerca de 1,360 millones de pesos por año hasta 2019, equivalentes al costo de construcción de dos hospitales (IMSS, 2015a y b).

Los servicios integrales constituyeron una alternativa de contratación de servicios con prestadores privados para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, completos y específicos. Estos fueron impulsados en virtud de la falta de crecimiento de la infraestructura pública del Instituto y constituyen un incentivo al crecimiento y desarrollo del sector privado, justificado con el argumento de dar respuesta a las demandas de atención de la población derechohabiente y usuaria; servicios que deben brindarse de forma integral y continua, previendo imprevistos e incompatibilidades entre los equipos y los bienes de consumo. Estos servicios están constituidos por los sistemas de información, equipo, accesorios, instrumental médico y bienes de consumo, más la capacitación del personal para su manejo (IMSS, 2003b).

Para 2018, la subrogación plurianual de servicios integrales había significado un ahorro aparente de 29% en los precios ponderados por sesión en el servicio intramuros —otorgadas en el IMSS— y de 64% en extramuros —en instalaciones privadas—. También la contratación de servicios integrales en nefrología permitió un incremento de la productividad médica —total de personas atendidas— en 7.2%, mientras que los gastos del Instituto para su atención directa disminuyeron 3.7% entre 2016 y 2017 (IMSS, 2016c y 2018c).

Cabe mencionar que, por la desregulación del sector privado y su fomento al amparo del IMSS a través de estas modalidades, los establecimientos privados continuaron creciendo. Los ofertantes de servicios generales —primer nivel— pasaron de

3'900,000 a 4'600,000; mientras que los de especialidades —cuyas unidades de este nivel no incrementaron en el IMSS— pasaron de 254,900 a 439,200, traduciéndose en una tasa de 9.5% promedio anual (Inegi, 2021b). Paralelamente a este crecimiento, la relación de camas censales del IMSS por cada mil habitantes continuó decreciendo, pasando de 0.30 a 0.29 en el sexenio; siendo en 2018, casi 50% menor a la registrada en 1980 —0.42—, significando una mayor erosión de la oportunidad en la atención (Inegi, 2021b).

En función de este incremento de los privados, el personal médico empleado en este sector aumentó a un ritmo de 3.4%, pasando de 75,700 a 90,800 (Inegi, 2021b). Este, contrastó con el crecimiento del personal médico del IMSS, mismo que creció en apenas 1%, incrementando solo de 73,700 a 77,400; lo que incidió en que el número de médico por cada mil personas atendidas en el Instituto incrementara apenas de 0.40 a 0.41 (Inegi, 2021b).

Asociación Público-Privada: nueva modalidad de apertura al sector privado

Para continuar potenciando el crecimiento del sector privado vía la transferencia de recursos públicos a través del Instituto, se propuso el modelo de Asociación Público-Privada (APP) para la ampliación de la infraestructura. Más tarde sería incorporada al intercambio interinstitucional de servicios, como una nueva modalidad de apertura al sector privado en y desde el Instituto.

Las APP aparecieron como acuerdos contractuales de largo plazo entre el sector público y el privado; implican que el último financie, desarrolle y provea infraestructura y/o servicios que eran responsabilidad pública. Su contratación concierne a actividades que normativamente prevén la libre participación del sector privado. Este tiene derecho a cobrar a la institución pública por el desarrollo del proyecto, por un periodo de mediano plazo no mayor a 40 años (Ley APP, Arts. 2, 10, 94 y 98, 2012).

Fue en 2012 que en México se desreguló la participación de la iniciativa privada en las asociaciones con el gobierno al ser aprobada la Ley de Asociaciones Público-Privadas (Cámara de Diputados, 2016), atribuyéndole ventajas como la reducción de costos y la transferencia de algunos riesgos al sector privado.

Cabe mencionar que no existe legislación que evite que en este tipo de contrataciones haya sobreestimación de costos, cargas para las finanzas públicas por pagos futuros, costos para especializar a servidores públicos en la contratación vía APP, y riesgos que no siempre pueden transferirse de forma efectiva del sector público al privado (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2016).

Para suplir la falta de creación de infraestructura médica por parte del Instituto, con la Ley de las Asociaciones Público-Privadas (APP) se abrió al sector privado la posibilidad de construir hospitales, permitiendo a estos el arrendamiento y lucro por 25 años a partir de la firma del contrato, dejando su operación a cargo del IMSS —este proveería el personal y sus conocimientos para el funcionamiento—. En enero de 2012 y bajo esta modalidad, inició la construcción de cuatro hospitales de segundo nivel ubicados en Chiapas, Nayarit, Nuevo León y Estado de México, previendo un plazo de contratación de 2 años para la construcción y 23 años para la operación (IMSS, 2018b).

Bajo el esquema de APP comenzó la construcción de un Hospital General de Zona (HGZ) en Tamaulipas, de una Unidad de Medicina Familiar (UMF) en Guanajuato y la reestructuración del Hospital General Regional (HGR) No. 36 de Puebla.

Subrogación: guarderías

En esta administración del IMSS también continuó el proceso de liberalización y subrogación de servicios —privatizaciones—, de las áreas rentables a los privados, que todavía quedaban en manos del Instituto, justificando la búsqueda de mayores ingresos.

El PIIMSS 2014-2018 estableció entre sus líneas de acción: ampliar la cobertura del servicio para atender la demanda y necesidades del mercado laboral, desarrollar mecanismos eficientes para otorgar el servicio a través de terceros, mediante procesos de adjudicación competitivos y transparentes; simplificar la normatividad del servicio de Guardería para su cumplimiento, desarrollar las competencias y habilidades del personal por medio de capacitación y evaluación del desempeño, y agilizar los trámites y procesos concnientes al otorgamiento del servicio por medio del uso de las TIC.

El Instituto generó acciones para la mejora de la prestación de guarderías, como la simplificación administrativa —solicitud de inscripción por internet—; cultura de calidad —visitas de supervisión y encuestas de satisfacción—; asesoría integral a todas las guarderías; participación social en guarderías —visitas de madres usuarias para observar las condiciones de seguridad—, entre otras (IMSS, 2013a).

En 2013, el Instituto emitió los Criterios para la Autorización de Ampliación de Capacidad Instalada en Guarderías del Esquema Vecinal Comunitario Único y del Esquema de Guardería Integradora; lo que derivó en la autorización de 14 guarderías prestadoras del servicio al IMSS para ampliar su capacidad instalada, así como la suscripción de 1,266 contratos y convenios para la prestación indirecta.

En 2018, de las 1,418 guarderías, 142 eran de prestación directa —10%—, mientras que 1,276 eran subrogadas (IMSS, 2018c). Derivado de la subrogación de guarderías, incluyendo los servicios generales, los recursos incrementaron a una tasa de 2.3% promedio anual durante todo el periodo, pasando de 10 mil millones de pesos a 11,000'300,000 pesos (IMSS, 2018a y b).

VI.2.2. Contribución a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal

La participación del IMSS en la constitución del Sinasu, orientó las estrategias modernizadoras —mercantiles— a los requerimientos de la universalización del acceso a la salud, alineando sus documentos programáticos al Prosesa 2013-2018 y al PND 2013-2018.

Diseño y coordinación del Sistema Nacional de Salud Universal

La orientación del IMSS en este periodo de 2012 a 2018 estuvo entreverada a las metas establecidas en el PND 2013-2018, respecto al eje México Incluyente. Alineó su Programa Institucional PIIMSS 2014-2018 a dos de los propósitos en ella planteados e hizo lo correspondiente respecto al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Prosesa) (cuadro VI.1).

CUADRO VI.1
ALINEACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL IMSS 2014-2018
A LOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018	META NACIONAL: MÉXICO INCLUYENTE		PROGRAMA INSTITUCIONAL IMSS 2014-2018
	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	OBJETIVOS
	Asegurar el acceso a los servicios de salud.	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
		Hacer de las acciones de promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	Mejorar el modelo de atención a la salud.
		Mejorar la atención de salud a la población en situación de vulnerabilidad.	
		Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	
	Ampliar el acceso a la seguridad social.	Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.	Fortalecer los ingresos.
		Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales.	Incrementar la productividad.
		Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.	Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.

Nota. Elaboración propia con base en el Programa Institucional del IMSS 2014-2018 y el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

El PIIMSS 2014-2018 subrayó la importancia que el Instituto tenía en el logro de los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, por su papel central en la provisión de servicios médicos a nivel nacional. Además, vinculó dos de sus objetivos institucionales con cuatro del Prosesa (cuadro VI.2).

CUADRO VI.2
ALINEACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DEL IMSS 2014-2018
A LOS DEL PROSESA 2013-2018

PROSESA 2013-2018	PROGRAMA INSTITUCIONAL IMSS 2014-2018
OBJETIVOS	
Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	Mejorar el modelo de atención a la salud.
Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	
Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	

Nota. Elaboración propia con base en el Programa Institucional del IMSS 2014-2018 y el Prosesa 2013-2018.

Los esfuerzos institucionales del IMSS fueron enfocados a apoyar la universalización del acceso a la salud, vía fortalecer sus ingresos; incrementar la productividad; y mejorar el modelo de atención a la salud y los servicios de las prestaciones económicas y sociales (IMSS, 2014d). Esto último, lo consiguió a través de continuar mercantilizándolas.

Estrategia del IMSS en la constitución del Sistema Nacional de Salud Universal

Entre las principales estrategias modernizadoras instrumentadas por el IMSS para contribuir como figura central a la conformación del Sinasu destacan: la coordinación y suscripción de convenios internacionales, el intercambio de servicios —catálogo de intervenciones y costeo—, la homologación de servicios, el Expediente Clínico Electrónico, el fortalecimiento al desempeño y capacitación gerencial, el abasto de medicamentos e insumos médicos, la homologación de servicios, las redes y fortalecimiento del sistema de medicina familiar, y el Modelo de Atención Integral en Salud.

Coordinación y suscripción de convenios internacionales

Para avanzar en la suscripción de los intercambios de servicios de forma coordinada, fueron firmados convenios y acuerdos entre el IMSS y otras instituciones públicas de salud. La suscripción de los convenios fue considerada como la estrategia de integración para optimizar la capacidad instalada de las instituciones, ampliar su cobertura, reducir los costos de atención y favorecer la universalidad de los servicios.

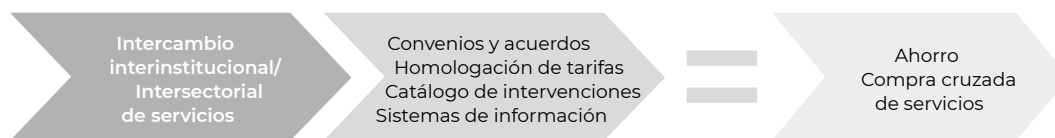
Entre las estrategias para su implantación, destaca el hecho de haber otorgado mayor autonomía de gestión a los OOAD-Delegacional y los OOAD-UMAE en el sentido de poder firmar de manera directa, sin la intervención del Nivel Central, los convenios interinstitucionales/intersectoriales —convenios de subrogación— para establecer el intercambio de servicios con instituciones públicas. Ejemplo de estos convenios en el periodo fue el del OOAD-Delegación IMSS Yucatán, firmado con el Hospital Regional de Alta Especialidad de la SSA de esa misma entidad (IMSS, 2013a).

Otro tipo de acuerdo fue el Convenio Específico para el Intercambio de Servicios de Salud, firmado en 2012 entre el IMSS, el ISSSTE y la SSA en Baja California Sur cuyo propósito fue alinear el intercambio de servicios con los mecanismos de derivación y contra derivación de la población paciente, entre sus unidades médicas (IMSS, 2013a). En el convenio fueron homologadas y acordadas las tarifas máximas de referencia de 330 nuevas intervenciones, adicionadas al Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, firmado en 2011. El convenio firmado en 2012 fue aprobado por la Comisión Interinstitucional para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud y el H. Consejo Técnico del IMSS (IMSS, 2013a). El acuerdo fue renovado anualmente, generando aparentemente un ahorro de 50% para el Instituto, al brindarle la opción de intercambiar servicios con otras instituciones públicas de salud (IMSS, 2015a); hecho que no pudo constatarse empíricamente.

Otro caso fue el convenio firmado en 2012 y 2013 entre el IMSS, la SSA y el ISSSTE, con el objeto de establecer las bases para la implementación, ejecución y operación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (IMSS, 2013a).

Los efectos provocados por el intercambio de servicios suponían aparentemente mayor ahorro por la compra cruzada de servicios (esquema VI.3).

ESQUEMA VI.3 DISPOSITIVOS Y EFECTOS DEL INTERCAMBIO DE SERVICIOS INTERINSTITUCIONAL



Nota. Elaboración propia.

Intercambio de servicios, catálogo de intervenciones y costeo

El intercambio de servicios interinstitucionales/intersectoriales tuvo por objetivo proporcionar atención médica oportuna, eficiente y de calidad, mediante el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de las instituciones públicas del SNS, en su fase de universalización, respecto a un paquete específico de servicios (SSA, 2015).

Como resultado de la coordinación interinstitucional/intersectorial destinada, entre otros, a fortalecer las herramientas operativas para el intercambio de servicios, en 2016 quedó aprobada, por la Comisión Interinstitucional para la Operación del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios y el H. Consejo Técnico del IMSS, la reorganización de los grupos de servicio y actualización de las tarifas del Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y el Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales (Gobierno de la República, 2013; IMSS, 2016a).

El IMSS colaboró con la SSA en la identificación de la demanda institucional con el objeto de establecer las oportunidades de intercambio con los potenciales proveedores públicos de otras instituciones. Con base en un estudio interinstitucional, el IMSS determinó el intercambio potencial en todos los OOADS-Delegaciones; además, el personal de estos, junto con el de los OOADS-UMAE, recibió capacitación para la suscripción de nuevos convenios y para mantener y continuar los existentes (Gobierno de la República, 2013; IMSS, 2016a).

Homologación de servicios interinstitucionales

Con el propósito de contribuir a la universalización del sistema de salud debía avanzarse en la homologación y portabilidad de los servicios; la estimación de su costo era esencial, pues con base en ella serían determinadas y concertadas las tarifas de intercambio de servicios del sector salud; además, permitiría extender la cartera de servicios que incluiría el Catálogo Nacional de Intercambio de Servicios.

No hay cifras precisas ni certeras en los informes del Instituto con relación al número de intervenciones que contuvo el catálogo, ni sobre su evolución. Dependiendo del año del Informe, los registros varían: en 2013 fueron registradas 845 intervenciones, en 2015 osciló entre 819 y 855, y para 2017, la cifra fue de 715 (IMSS, 2013a; IMSS, 2015a; IMSS, 2018b).

La estimación de costos sirvió para extender la cartera de servicios del Catálogo Nacional, mismo que fue autorizado por el H. Consejo Técnico del IMSS y por la Comisión Interinstitucional para el Intercambio de Servicios. Las intervenciones estaban asociadas a tarifas máximas de referencia homologadas entre instituciones para intercambiar los servicios.

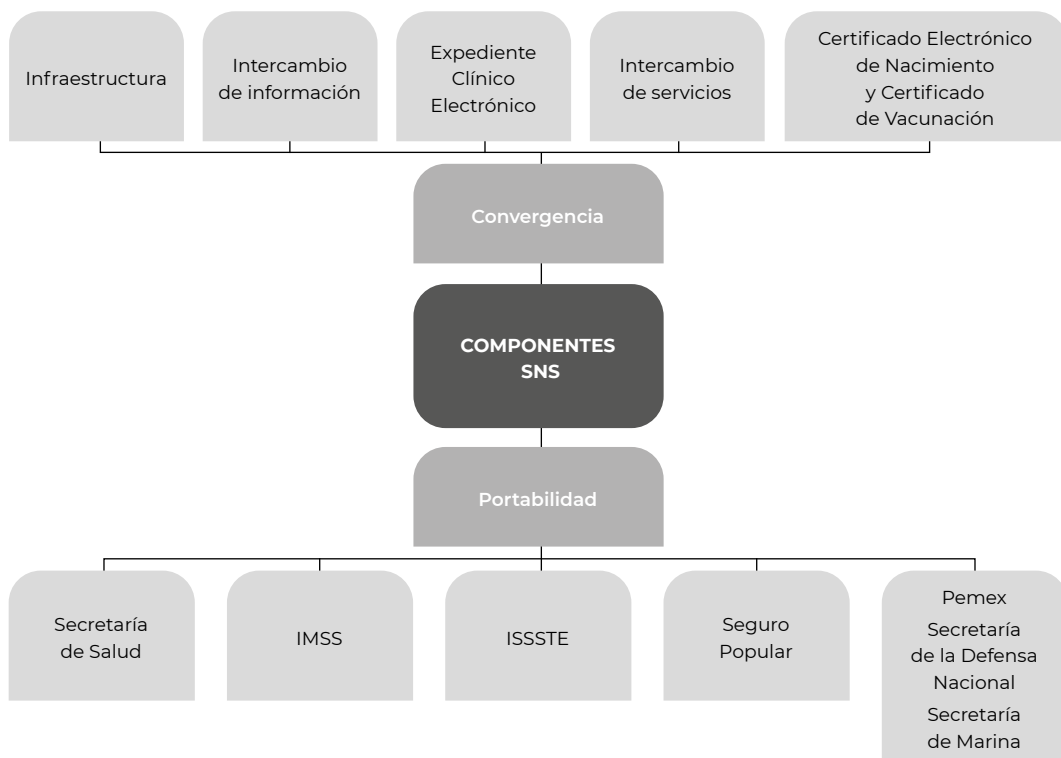
Para el costeo de las prestaciones médicas se tomó el modelo del IMSS compuesto por Grupos Relacionados con el Diagnóstico, Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria y Costeo Basado en Actividades, así como por unidad médica y su composición. Estrategias diseñadas para brindar costos unitarios por nivel de atención médica con base en la productividad reportada y los costos tanto de la capacidad

instalada, como de los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. El IMSS, en coordinación con las instituciones de la SSA, determinó la homologación y definición de las tarifas máximas referenciales de las nuevas intervenciones, que serían adicionadas en el futuro al Catálogo de Intervenciones del Acuerdo General, a fin de ampliar la cartera de servicios (IMSS, 2013a).

El Instituto contribuyó con 67% de las guías médicas incluidas en el Catálogo Maestro del Sector Salud con el objeto de homologar los criterios en la atención médica a través de las Guías de Práctica Clínica (IMSS, 2013a).

La convergencia y la portabilidad continuarían siendo los componentes centrales del Sinasu en su fase de universalización. A través de estos podrían intercambiarse servicios e información, así como establecer coberturas con intercambio de servicios efectivos entre las distintas instituciones públicas, intersectorializadas (esquema VI.4).

**ESQUEMA VI.4
CONVERGENCIA Y PADRÓN GENERAL DE SALUD —PORTABILIDAD—
EN LA FASE DE UNIVERSALIZACIÓN, SINASU**



Nota. Elaboración propia con base en SSA, 2013.

Expediente Clínico Electrónico

Para alcanzar el objetivo de la construcción del Sinasu, la H. Comisión de Vigilancia del IMSS señaló en la 104 Asamblea General que la implementación del Expediente Clínico Electrónico en los tres niveles de atención era de vital importancia. Para dar cumplimiento a lo anterior, en 2013 la DIDT y la DPM realizaron el diagnóstico integral del mismo, concluyeron administrativamente el Proyecto Nuevo Expediente Clínico Electrónico y



comenzaron la constitución del Proyecto de Expediente Clínico Electrónico-IMSS para operarlo (IMSS, 2014d).

Fortalecimiento al desempeño y capacitación gerencial

La implementación del Sinasu requirió el fortalecimiento de las capacidades gerenciales y competitivas del personal del IMSS. El Instituto procedió a continuar la profesionalización iniciada en la anterior administración —de Molinar Horcasitas y Karam Toumeh—, capacitando a todos los recursos humanos y de todas las áreas de Incorporación y Recaudación, de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales. Cubrió temas referentes a procedimientos normativos actualizados de afiliación y cobranza, simplificación administrativa, implementación del Sistema de Gestión de Calidad; y los concernientes a la actualización en 2008 del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (Moceri); así como sobre la instauración del Programa de Mejores Prácticas (IMSS, 2013a).

Con la finalidad de realizar una mejora integral de los procesos, reducir los tiempos de atención y homogeneizar la gestión de los recursos humanos, promoviendo una cultura de competitividad, calidez, oportunidad, eficiencia y eficacia; la Unidad de Personal también implementó el Sistema de Gestión de Calidad a través del Modelo Institucional para la Competitividad en dos áreas: Relaciones Laborales y Servicios al Personal, para su implantación en 413 unidades operativas en los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAE, así como entre sus directivos (IMSS, 2014c).

El Programa de Mejores Prácticas tuvo como objetivo mejorar la gestión directiva a través del fortalecimiento de competencias con enfoque de liderazgo, orientación a la persona usuaria, equipos de trabajo de alto desempeño para mejorar la toma de decisiones y la generación de una cultura de calidad, costo-eficiente y productiva.

En materia de evaluación del desempeño y en cumplimiento del Programa Anual de Evaluación del IMSS 2013, las Direcciones Normativas quedaron obligadas a realizar evaluaciones de costo efectividad a los programas de Atención Curativa Eficiente y de Atención a la Salud Reproductiva, así como una evaluación de procesos al Programa de Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales (IMSS, 2013b).

Abasto: medicamentos e insumos médicos

En la lógica de racionalización y eficiencia del gasto, el IMSS avanzó con el proyecto de compras consolidadas de medicamentos e insumos médicos; también como base para la conformación de un sistema único consolidado de medicamentos para el sector, creando sinergias para el intercambio de servicios en el Sinasu.

El IMSS encabezó en 2013 la compra consolidada más grande de medicamentos, vacunas, materiales de curación, de laboratorio y radiológicos. Compra realizada con tres propósitos: 1) Asegurar el abasto de dichos bienes terapéuticos por 1 año para las personas derechohabientes de las instituciones participantes —IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos y Secretarías de Marina, de la Defensa Nacional y de Salud— para mejorar el abasto de medicamentos de calidad; 2) Fortalecer los ingresos del IMSS generando ahorros por más de 1,800 millones de pesos, y 3) Contribuir a la universalización del acceso efectivo a los servicios de salud, implementando acciones para la creación del Sinasu (IMSS, 2013a).

Como resultado de esta compra consolidada, el IMSS eliminó las compras locales emergentes de bienes terapéuticos realizadas por los OOAD-Delegaciones y los OOAD-UMAE, reemplazándolas por un esquema de mayor competencia, eficiencia

y transparencia generando ahorros por 500 millones de pesos y estableciendo condiciones para mejorar el abasto de medicamentos en los hospitales y clínicas del Instituto (IMSS, 2014d).

En el proceso de compra consolidada de 2015 participaron el ISSSTE, Pemex, las Secretarías de Marina y de la Defensa Nacional, 17 entidades federativas, así como 21 institutos y hospitales federales de salud de la SSA (IMSS, 2014d). Con esta estrategia de compra consolidada de medicamentos fueron obtenidos, entre 2014 y 2018, ahorros totales en el sector por 17,000'400,000 pesos, de los cuales, más de 10,000'500,000 pesos correspondieron solamente a compras realizadas por el Instituto (IMSS, 2018c).

Homologación de servicios, redes y fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar

Para la creación en el IMSS de las redes integradas de servicios de salud interinstitucionales/intersectoriales debían generarse las condiciones que permitirían competir mediante catálogos de intervenciones semejantes y costo-eficientes —establecimiento de tarifas—; ello involucró fortalecer a las unidades médicas de primer nivel de las instituciones como el eje de acceso a las redes de servicios. Mejorar la atención primaria era la condición más importante para garantizar la prestación de servicios de salud con calidad. Fortalecer y coordinar las redes integradas entre sí constituía la prioridad que permitiría responder a las necesidades y expectativas de la población, y así materializar una integración efectiva del Sinasu.

El IMSS implementó estrategias y acciones orientadas a modernizar el modelo de atención médica en el Instituto, por medio de continuar reforzando la atención primaria, haciendo más eficientes los procesos, protegiendo la seguridad de las y los pacientes, y mejorando la atención con calidad y eficiencia.

El IMSS destinó en el Presupuesto de Egresos de la Federación de 2014 un monto de 4,800 millones de pesos al presupuesto de inversión física, correspondiendo 1,741 millones de pesos a equipamiento y 3,059 millones de pesos a obra pública. La SHCP autorizó el registro de 19 programas y proyectos de inversión para la realización de 17 Proyectos de Infraestructura Social, un Programa de Mantenimiento de Infraestructura y un Programa de Adquisiciones (IMSS, 2014a).

Los registros en cartera de los proyectos de inversión, con un monto para inversión física de 5,779 millones de pesos, serían destinados a la construcción de 3 Hospitales Generales Regionales, 4 Hospitales Generales de Zona, 7 Unidades Médico Familiares de 10 consultorio, 3 Unidades de 5 consultorios, 7 programas de ampliaciones y remodelaciones del servicio de Urgencias, y 2 programas de sustitución de equipo médico (IMSS, 2015a).

El entonces Director General del IMSS, Mikel Andoni Arriola Peñalosa, había anunciado la Estrategia Integral para Fortalecer la Atención Médica, entre sus principales medidas estaba ampliar la capacidad de atención y reducir la saturación mediante la construcción de más de 40 clínicas y la conclusión de los hospitales comprometidos en el periodo de 2016 a 2018 (IMSS, 2016c); proyectos que no fueron concretados.

El PIIMSS 2014-2018 estableció como estrategia para fortalecer el intercambio de servicios en el Sinasu reorganizar los servicios de salud, abarcando la prevención, curación y rehabilitación, a través de aumentar la capacidad resolutive y la centralidad de la atención primaria. Para lo cual estableció entre sus líneas de acción: fortalecer y reconvertir el Modelo de Medicina Familiar con base en la atención integral de la salud en el primer nivel; ampliar la cobertura de los programas preventivos —PrevenIMSS—, para

atender integral y coordinadamente la salud de la población derechohabiente; fortalecer las estrategias de educación participativa para el autocuidado de la salud y otorgar atención integral a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (IMSS, 2014e).

Desde 2013, el IMSS trabajó en el proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar con base en las premisas de Atención Primaria a la Salud (APS)⁹⁴, que incluía promoción, prevención, autocuidado, corresponsabilidad e intervenciones costo-efectivas para facilitar el acceso y satisfacción de la población usuaria, favoreciendo la capacitación e investigación de los prestadores de servicios de salud (IMSS, 2013a). El programa sería ajustado al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

En 2014 fue realizada una reunión, con el personal directivo de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) y de las Delegaciones, en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), con el propósito de capacitarle para integrar las acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos otorgados a la persona, la familia y la comunidad; incrementar la capacidad resolutive y mejorar la gestión del Sistema de Medicina Familiar; aumentar la satisfacción de la población derechohabiente y fomentar su participación en el autocuidado; promover el trabajo transdisciplinario bajo el liderazgo del personal médico familiar, y evaluar la cobertura e impacto de los programas de salud (IMSS, 2014d).

Asimismo, fue establecido un programa de trabajo para la atención de enfermedades crónico-degenerativas, enfocado en la promoción y educación para la salud, detección oportuna, seguimiento, atención y control de padecimientos, así como al incremento del número de pacientes controlados y detectados (IMSS, 2014d).

Modelo de Atención Integral en Salud

El fomento a la promoción de la salud y las prácticas saludables formó parte del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), diseñado en 2015 por la SSA y que tuvo como objetivo general contribuir a homogeneizar los servicios y prácticas del sector salud, así como a optimizar la utilización de los recursos y la infraestructura en salud, incentivando la participación ciudadana para avanzar hacia el acceso efectivo y universal a la protección de la salud (Molina, 2015).

En el MAIS convergen propuestas para el reforzamiento de los servicios de salud pública y de atención primaria, pues su diseño está centrado en la persona y opera mediante redes integrales de servicios y de participación ciudadana, a partir de cuatro estrategias: renovación de la atención primaria de salud; reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud; desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud, y participación ciudadana (Molina, 2015).

Para su operación fueron establecidas las siguientes acciones: cartera de servicios; vinculación interinstitucional e intersectorial; vinculación del gestor municipal con los servicios de salud; activación de la cooperación ciudadana; lineamientos de las jurisdicciones; incremento de la capacidad resolutive; construcción de las Redes Integradas de Servicios de Salud; intercambio de servicios planificados, e integración del Sistema de Información en Salud.

Para reforzar la atención integral a la salud y evitar una futura saturación hospitalaria, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS implementó el Plan de Mejora de Medicina Familiar a fin de cumplir con el MAIS, actualizar el modelo de atención en el primer nivel y mejorar su capacidad resolutive en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas. El Plan —idealmente— articularía las acciones preventivas y curativas, integrando la corresponsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud. La atención sería brindada

por un equipo de salud multidisciplinario liderado por el personal de Medicina Familiar, con la participación de enfermería y orientación telefónica, a través de la prescripción razonada de medicamentos, incapacidades y auxiliares de diagnóstico (Molina, 2015).

El IMSS operó el MAIS en el primer nivel de atención, en el cual serían realizadas las labores de promoción de la salud y prevención primaria de enfermedades a través de la Atención Preventiva Integrada, consistente en una revisión anual de salud otorgada en el módulo de PrevenIMSS. Incluye acciones educativas de nutrición, prevención, protección específica, detección oportuna de enfermedades y salud reproductiva (IMSS, 2013a).

Entre las acciones del Instituto destacan la mejora de la vinculación con Atención Primaria a la Salud para impulsar la referencia de personas adultas y adultas mayores, personas con discapacidad y con afecciones del sistema musculoesquelético y/o el campo de la salud mental. Además, fueron delineadas las estrategias para la apertura de Atención Social a la Salud para Usuarios No Derechohabientes, y fue reforzado el Programa de Atención Social a la Salud para Pueblos Indígenas y Comunidades Rurales (IMSS, 2014d).

A fin de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, el IMSS se enfocaría en proporcionar a las personas derechohabientes, patronos, pensionadas y jubiladas un servicio integral, ágil y de calidad que respondiera a sus necesidades reales. Ello implicaría la consolidación de un modelo de atención concebido desde el punto de vista de la satisfacción de la persona usuaria, en su calidad de cliente.

VI.2.3. Persistencia del deterioro institucional y precarización de los servicios

La administración de Enrique Peña Nieto, con Arriola Peñalosa y Miguel Ortega a la cabeza del Instituto, concluyó nuevamente siendo protagonista y líder en el propósito de concretar funcionalmente un modelo mercantil de aseguramiento universal público-privado, en el que la universalidad se reducía al acceso a un paquete esencial de servicios en salud y a la transferencia de recursos públicos a manos de privados para consolidar dicho mercado.

El Instituto centrado en la financiarización como objetivo central y subrepticamente con suficiencia presupuestal, podía lanzarse de lleno a la compra de los servicios en el mercado de la salud, pero redimensionado y habiendo perdido áreas estratégicas en su calidad de garante del bienestar integral —seguridad social integral— y privatizado en parte de sus servicios de salud —subrogaciones, contratos plurianuales, APP—.

Después de 36 años, el Instituto había dejado en un segundo plano la garantía del bienestar; hecho que paulatinamente ha orillado a las personas derechohabientes y beneficiarias a buscar atenderse en el sector privado de salud (IMSS, 2016b).

La saturación de servicios y la pérdida de la calidad, la eficiencia, la oportunidad y el trato humano hacia la población derechohabiente provocaron quejas de parte suya con escasa respuesta, pues el resultado ha sido profundizar una mala percepción y el menoscabo de la imagen institucional ante la sociedad en general.

En 2014, el IMSS fue la autoridad con mayor número de señalamientos por incumplimiento de sus funciones, de acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Para finales de la administración de Peña Nieto, la Comisión registró un creciente número de quejas presentadas directamente contra el IMSS, pasando de 1,542 a 2,634 entre 2014 y 2017, siendo las principales causas: la prestación indebida de un servicio público; la omisión de información médica a la población derechohabiente; la negación para brindar las prestaciones establecidas en la ley; y la falta de higiene y seguridad médica en los nosocomios —decesos y violencia obstétrica e institucional—

(CNDH, 2019). Estas cifras presentadas por la CNDH contrastan con los datos propios del IMSS; mismos que en 2012, mostraron una tendencia decreciente en el número de quejas escritas presentadas directamente ante el Instituto, las cuales pasaron de 5,500 en 2012 a 3,800 en 2018. De manera similar, señalaba que las quejas verbales decrecieron, pasando de 58 mil a 38 mil durante el mismo periodo (IMSS, 2020b).

VI.2.4. Las deudas con la universalidad en salud

Los 36 largos años de neoliberalismo implicaron la gradual conversión del Instituto en una empresa público-mercantil y, quizá, en el más fuerte competidor del mercado intersectorial de servicios de salud. Sin embargo, la realidad tangible del Instituto a finales de la segunda década del nuevo siglo era de continuidad y profundización del deterioro institucional y las desigualdades en salud, entre poblaciones afiliadas y regiones, además de prácticamente haber desmantelado las condiciones para hacer efectivo el derecho a la seguridad social.

El complejo entramado de estrategias desplegadas desde el Ejecutivo Federal, orientadas y financiadas por el Banco Mundial y Funsalud para concretar la reforma estructural en salud —1984-2018—, buscó superar la fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud, así como la inequidad en el acceso a los servicios; no obstante, al término de la administración neoliberal de Peña Nieto, dichas condiciones persistían y, peor aún, estaban agravadas.

Aunque en 2018 el IMSS continuaba erigiéndose como la principal institución garante del acceso a la salud de la población vinculada al sistema de seguridad social laboral, con 27'400,000 personas trabajadoras afiliadas, en su carácter de modelo público-mercantil, dejó de tener como objetivo prioritario garantizar la prestación de la atención médica efectiva, eficiente, con calidad, oportunidad y trato humano, a las personas afiliadas, beneficiarias y usuarias.

La implementación del modelo gerencial-mercantil en el Instituto justificó la gradual erosión de sus finanzas debido a la retracción del Estado con caída del gasto, de los salarios, del empleo formal y estable, así como de la terciarización de la economía, entre otras; empeorada por la descapitalización del Instituto derivada de la privatización de los fondos pensionarios y la tendencia a una protección social de básicos universales. Esta realidad significó el acumulativo debilitamiento de la infraestructura física del Instituto y de su degradación generalizada por obsolescencia, falta de mantenimiento, de equipo, de medicamentos, de actualización técnica y científica, de personal médico, así como de la falta de la ampliación pública de su infraestructura.

Las reformas estructurales a la LSS de 1995 y la de 2001 centraron el objetivo del IMSS en aumentar a toda costa las finanzas hasta el punto de virar su concepción de garante del bienestar integral a recaudador de recursos con fiscalización, logrando la suficiencia presupuestal en 2016. Sin embargo, nunca estuvo presente el fortalecer ni edificar una nueva infraestructura pública, ni asegurar el equipamiento y los recursos necesarios —humanos, técnico-científicos, de equipamiento, insumos— para su reconstrucción y crecimiento; tampoco fue su prioridad la gente, es decir, garantizar el derecho a la protección de la salud y de la seguridad social a la población derechohabiente y beneficiaria.

De acuerdo con los parámetros de la OCDE, México estaba posicionado como el segundo país más desigual de los 38 países miembros (OCDE, 2018). En 2018, 16.2% de la población permanecía sin ningún tipo de acceso a los servicios públicos de salud —población abierta—, lo que dejó ver que, aunque la cobertura de afiliación del Seguro Popular iba incrementando de 51'800,000 personas afiliadas en 2011 a

53'500,000 personas en 2018 —44.7% de la población total—, la universalidad no había sido lograda ni en cobertura ni en acceso a la atención médica (Presidencia de la República, 2018). Las personas que permanecían excluidas de este derecho oscilaban, según la fuente consultada, entre más de 20'100,000 (Coneval, 2021) y 25'300,000 (Inegi, 2018).

El acceso a los servicios públicos de salud por región del país revelaba la continuidad con serias desigualdades, pues más de tres cuartas partes de la población total del sureste del país⁹⁵ —75.4%— carecía de acceso, a pesar de ser la región que registraba históricamente los grados de marginación más altos por entidad —alto y muy alto— y que concentraba la mayor cantidad de personas en pobreza —33.4% de su población total—. Contrariamente, a pesar de tener los menores grados de marginación del país —medio a muy bajo— y la menor cantidad de población en pobreza —12.9%—, la región norte⁹⁶ registraba a más de la mitad de su población con acceso a servicios públicos de salud —52.5%— (Conapo, 2021; Inegi, 2022; IMSS, 2023).

La distribución territorial de unidades médicas del IMSS siguió también siendo discrepante entre regiones. El occidente del país⁹⁷, con grados de marginación medios y bajos, conglomeraba en 2018 a 30.2% de las unidades médicas del Instituto, mientras que la región sureste, aún y cuando tenía los mayores rezagos socioeconómicos, albergaba menos de una cuarta parte del total nacional, 21.6% (IMSS, 2020a); lo que dio pie a que, desde el Instituto, de 2012 a 2018, fueran contratados servicios integrales mediante Asociaciones Público-Privadas, principalmente en lo relacionado a la infraestructura.

La mayor cantidad de unidades de primer y segundo niveles seguían concentradas en la región occidente, con 30.6% y 29.8%, respectivamente. En estas se brindaba atención a 30.7% de las personas derechohabientes del país —20'900,000 personas—. Nuevamente el sureste, con 13.2% del total nacional de personas afiliadas, continuaba con la menor cantidad de unidades médicas, tanto de primer nivel —22.4%— como de segundo nivel —19.8%—. Destaca que mientras la región centro⁹⁸ concentraba 61.3% de unidades de tercer nivel —22 unidades—, el sureste únicamente contaba con solo dos unidades de especialidades, mismas que representaban 5.6% del total nacional (IMSS, 2020a).

En 2018, 87.8% de los puestos de trabajo afiliados al Instituto provenían de las regiones que más contribuían al ingreso nacional: centro, norte y occidente, mismas que en su conjunto contribuyeron a 82.4% del PIB. Contrariamente, apenas 12.2% del total de las personas aseguradas a nivel nacional provenían del sureste, región que contribuyó con el 17.6% del PIB en 2018 (IMSS, 2020a; Inegi, 2020). La mayoría de las personas aseguradas, tanto permanentes como temporales, se concentraba en la región centro con 38.4% y 40.4%, respectivamente. La región sureste, por el contrario, concentraba al menor número de personas trabajadoras aseguradas con 11.8% de permanentes y 14.3% de aseguradas temporales (IMSS, 2020a).

Si bien la composición de la estructura económica y desarrollo de las entidades federativas fue factor determinante respecto a la disponibilidad de los servicios del IMSS, no necesariamente ocurría lo mismo en lo relativo a la demanda de servicios; las entidades con menor desarrollo y menor disponibilidad de servicios han sido las que mayor demanda presentan.

Más grave aún, el IMSS público-mercantil degradado en condiciones, para atender a su creciente población derechohabiente, continuaba como el principal agente incentivador del sector privado, pues le transfería recursos vía la compra de servicios y la subrogación, justificado en su inoperancia; hechos que fomentaron el crecimiento del sector privado, que en 2018 contaba con 2,863 establecimientos según la especialidad, representando los de atención general 90% (Inegi, 2021a). Así mismo, el personal médico



en nómina de los establecimientos particulares sumaba más de 12'700,000 profesionales de la salud, de los cuales 35% estaba adscrito a Medicina General y 35% a Especialidades. Destaca que mientras 45.6% del personal médico general estaba concentrado en la región centro, únicamente 17.6% provenía del sureste (Inegi 2021a).

La distribución nacional de los prestadores privados de salud, al igual que las unidades del IMSS, mostraba importantes diferencias por región, concentrándose en las entidades con mayores ingresos: 46.8% en el centro, 22% en el occidente y 12.6% en el norte. De manera paradójica a la correlación entre las condiciones socioeconómicas de las entidades y la presencia de privados en estas, la mayor parte de los oferentes de servicios de especialidades —los más costosos— estaba concentrada en la región sureste, sumando más de una cuarta parte de los establecimientos de Ginecobstetricia y Pediatría en 2018, así como una cuarta parte de los prestadores privados de Traumatología (Inegi, 2021b).

Los canales de transacción de recursos públicos a los privados desde el ya desfinanciado IMSS continuaban, ya consolidados como un permanente conducto de subsidio a estos. En 2018, las erogaciones por subrogación de guarderías del IMSS sumaron más de 11, 000' 600,000 pesos, cantidad que representó 54.4% de los ingresos totales del ramo para dicho año. Destaca que, de las 1,418 guarderías del IMSS, únicamente 142 continuaban siendo de prestación directa —10% del total nacional—; mientras que 1,276 estaban subrogadas —90%—. En las prestaciones sociales, fueron erogados más de 580 millones de pesos —10.4% de sus ingresos—, recursos que representaron casi dos quintas partes de sus propios ingresos para dicho año (IMSS, 2018c).

También los recursos erogados por Servicios Integrales, en la lógica de abrir la participación privada en la provisión de servicios —y ahorrar recursos a la institución, supliendo la intencional falta de creación de infraestructura pública— crecieron de manera importante. Desde Vicente Fox hasta Enrique Peña Nieto, el sector público hospitalario erogó alrededor de 80 mil millones de pesos anuales para áreas de segundo y tercer niveles, tal como Cardiología, Ortopedia, Anestesia, Endoscopia o intervenciones de mínima invasión. Los Bancos de Sangre, otro rubro importante de los servicios integrales, representaban aproximadamente 11 mil millones de pesos para el sistema público (Ramírez, 2020).

En función de la gradual erosión física del IMSS y del estímulo al crecimiento del sector privado de la salud, los gastos corrientes trimestrales de bolsillo de las familias incrementaron significativamente, alcanzando en 2018 más de 29 mil millones 100 mil pesos (Inegi, 2018b).

Para el cierre de la administración de Peña Nieto era evidente que el modelo neoliberal en salud había fracasado en su propósito de universalizar el acceso a la atención en salud. Las desigualdades persistían y el IMSS parcialmente desmantelado, degradado y convertido en una empresa público-mercantil enfrentaba graves y peores retos que en las administraciones precedentes para poder cumplir efectivamente con sus obligaciones de ley con la población derechohabiente, beneficiaria y usuaria. Mientras tanto, el sector privado de la salud crecía y era estimulado y fortalecido desde el sector público.

CONCLUSIONES

La historia del IMSS, revisada en el presente libro, versa de 1982 a 2018 y es una mirada institucional alternativa de cómo se ha conocido y cómo han sido estudiados los cambios en el Instituto derivados del proceso de su modernización. El libro **IMSS: Horizonte del Bienestar Social para el México del Siglo XXI** da cuenta de las transformaciones que fueron dándose en el Instituto hasta convertirlo en una empresa público-mercantil, en interrelación y mutua dependencia con su activa degradación y deterioro, afectando de manera directa a las personas derechohabientes y beneficiarias de la seguridad social.

La motivación para realizar este estudio fue conocer cuáles han sido los procesos y factores de la transformación del Instituto en un periodo de casi 40 años de cambios orientados desde el mercado en lo económico, político, social, sanitario y cultural, mismos que trascienden la multiplicidad de intereses endógenos al Instituto.

El IMSS como instancia de bienestar social integral fue concebido y ha actuado como un espacio por excelencia de la reproducción social. De ahí que el análisis de sus transformaciones fuera realizado desde una mirada que incorpora los particulares cambios sucedidos en el Instituto, reflejo y condición de los habidos diacrónica y sincrónicamente en el contexto del país. En otros términos, en el largo proceso en que operó como hegemónico el modelo de libre mercado, con administraciones de distinto sello político en el Ejecutivo Federal —PRI, PAN y PRI—, pero coincidentes en la liberalización al mercado de áreas estratégicas del Instituto para su rentabilización.

La especificidad del estudio radica en haber incorporado un análisis histórico transversal en el que confluyen diferentes aristas del cambio social, interactuando y condicionándose entre sí, con expresión concreta en una particular dinámica y alcance de las transformaciones del Instituto; mismas que derivaron de características particulares: el IMSS constituye una institución social, producto y parte misma del Estado nacional posrevolucionario; es de carácter tripartito, conforma un organismo público descentralizado, autónomo y fiscalizador, y es garante del bienestar integral: derecho a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia y a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

En virtud de lo anterior, el presente trabajo representa una propia forma de entender y narrar cómo ha sido transformado el Instituto, así como de analizar la ocurrencia de

estas alteraciones en el largo plazo, que se sucedieron unas a otras; primero sentando las bases, luego concretándolas y operándolas para, posteriormente, consolidarlas. Estas alteraciones estuvieron interrelacionadas entre sí y en constante devenir, con acumulaciones sucesivas de pequeños cambios, que generaron grandes mutaciones, todas entreveradas y resultado de la reforma neoliberal del Estado, que supuso el trastocamiento de la relación Estado-Mercado y Sociedad, y que fue analizada desde la vertiente de modernización, que incluyó los ámbitos económico, social, político, laboral, sanitario, cultural y de la administración pública.

El estudio presentado destacó particularmente la incidencia en la reforma del IMSS, concernientes a la modernización de la administración pública y de la reforma estructural en salud; ambas orientadas desde la lógica mercantil, en la idea de hacer prevalecer al mercado, constituyendo una subjetividad y sentido común que le piensan más eficiente que a lo público-estatal. La segunda fue trazada desde 1982 por Guillermo Soberón Acevedo, con base en las premisas del Banco Mundial y de la Funsalud, y fue concretándose con mayor o menor éxito y giros a lo largo del periodo de 1982 a 2018.

La actualidad del estudio estriba en que las transformaciones del IMSS resultan de un proceso de largo plazo, en el que las innovaciones de mercado continúan y siguen presentes sin que se hayan detenido del todo. Además de que, en el presente, la Cuarta Transformación política en curso, ha restablecido de manera algo tardía la agenda de prioridades del sector salud.

El texto muestra la diversidad de interacciones al interior y exterior del Instituto que encauzaron la modernización mercantil de este y las condiciones económico-políticas que la posibilitaron y afianzaron, resaltando sus consecuencias en la degradación institucional y en el deterioro de la garantía del derecho a la seguridad social y a la salud de la población derechohabiente.

Respecto al estudio del proceso de modernización del Instituto, por el que fue mercantilizado, el análisis incluyó dos vertientes: la derivada de las reformas de la Administración Pública Federal y de la estructural en salud, que orientaron el proceso de retracción del Estado como garante del bienestar, abriéndolo al mercado; y como consecuencia de estas y entreverada a ellas, la relativa a la conversión del IMSS de institución garante de derechos sociales y proveedora directa de servicios integrales, en una entidad cuasi financiera, como aseguradora —en la lógica privada, más que en la pública—, recaudadora y fiscalizadora. Ello con el objetivo de garantizar la robustez de recursos necesaria para hacer competir al Instituto en el mercado intersectorial de la salud con compraventa de servicios esenciales e intercambiables.

Los cambios del Instituto fueron favorecidos por la continua desprotección del trabajo asalariado —vía la flexibilización laboral— o abaratamiento del costo de la fuerza de trabajo, como ventaja comparativa de México en la competencia global frente a mayores capacidades de agregación de valor; así como por la reforma social residual focalizada de paliativos, propia al modelo de mercado que introdujo una lógica asistencialista de protección social universal de pisos mínimos condicionados: en política social con Pronasol, Progresá, Oportunidades y Prospera; y en salud, desde 1984 con un paquete de 13 intervenciones, y en 2004 con el Causas del Seguro Popular.

Estas conversiones implicaron cambios en la concepción de la seguridad social y como derecho social reconocido constitucionalmente. El derecho a la seguridad social se concebía integral, incluía el aseguramiento de las personas durante todo el ciclo de vida —de la cuna a la tumba—, y garantizaba la protección frente a los riesgos de trabajo con un sistema público-solidario de pensiones; acceso a la salud efectiva, oportuna

e integral; vivienda digna; servicios sociales; capacitación para el trabajo y el hogar. Incluso, contemplaba la recreación artística y deportiva para el bienestar de la población derechohabiente. El Estado era el sujeto obligado de su garantía de manera individual y colectiva.

La reconceptualización y reorganización de la seguridad social en la lógica financiera resultó de interés por su alta rentabilidad de mercado; implicó beneficios para el sector privado por las ganancias que redituó al administrar las pensiones para el retiro de las personas trabajadoras y, por abrir espacios de acumulación a los privados a través de los servicios adjetivos y sustantivos del Instituto con la subrogación, contratos plurianuales, APP, rentas y ventas. También redituó al Estado neoliberal desresponsabilizándolo del bienestar al introducir una lógica individual y mercantil de acceso a este, con la mercantilización de la salud y el acceso a la seguridad social vía la compra de seguros sociales o aseguramiento privado desde la institución pública, además de la capitalización individual del ahorro con administración financiera privada. Progresivamente, todos estos procesos propiciaron la afectación de los derechos individuales y colectivos de la población en perjuicio de las nuevas generaciones.

La gradual conversión del IMSS tuvo lugar con base en un modelo ideal proyectado para lograrse en el largo plazo, mismo que estuvo sustentado en cambios constitucionales y en leyes reglamentarias, así como en normativas del propio Instituto, marcando la ruta de su modernización. Esta, al ser un proceso de mudanzas profundas, enfrentó resistencias y tensiones que implicaron reajustar las pautas iniciales para adecuarlas a la realidad social, económica y política propias del país, pero sin variar el rumbo de la mercantilización/privatización y de su desmantelamiento como monopolio de Estado garante del bienestar.

La modernización del Instituto tuvo lugar con la instauración de diversas estrategias privatizadoras: el redimensionamiento, la liberalización, la desregulación, la introducción de la lógica de mercado, la desincorporación, la desreglamentación, la subrogación y el cambio en el modelo de atención en salud; mismas que persistieron a lo largo de 36 años de implementación del modelo neoliberal y que también respondieron al objetivo sectorial de conformar un Sistema Nacional de Salud plural —público-privado— con base en las premisas del libre mercado: retracción del Estado, apertura al mercado y redefinición de la salud como mercancía, entre otras.

Cada una de estas estrategias tuvo distintas expresiones y alcances en la normatividad, estructura, funcionamiento y valores del Instituto, para constituir el mercado intersectorial del servicio de salud público-privado con el mismo propósito, pero bajo diferentes denominaciones: Sistema Nacional de Salud, Sistema Integrado Funcional de Salud y Sistema Nacional de Salud Universal. Las estrategias privatizadoras fueron impulsándose y reforzándose conforme a las necesidades y avances del proceso de conversión del IMSS.

Las citadas herramientas y medios no respondieron a un orden jerárquico, ya que todas estaban interrelacionadas y fueron condición una de otra con la mira de lograr el mismo objetivo: convertir al IMSS en una empresa público-mercantil, potenciando espacios de rentabilidad para el sector privado, mercantilizando el derecho a la salud y a la seguridad social, y concibiendo a las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias como clientes. Las estrategias desarrolladas durante 6 sexenios neoliberales incluyeron diversas acciones que impactaron negativamente el disfrute y ejercicio de los derechos de la seguridad social, entre ellas, destacan:

- Privatización: expresada principalmente en la transferencia del ahorro de las personas trabajadoras y también en la venta de activos relacionados con las prestaciones sociales brindadas por el Instituto.
- Liberalización: diversos servicios y funciones fueron cedidos al sector privado, dando apertura al crecimiento del mercado al reducir las trabas monopólicas en favor de este; ejemplo de ello fue la transferencia de la función de administración de las pensiones por ser un espacio de rentabilidad para el sector privado. Los recursos de la pensión pueden dispersarse a través de dos modalidades: bajo la Renta Vitalicia a cargo de las aseguradoras y bajo los Retiros Programados que la Afore administra, con costes para la cuenta individual hasta que los recursos de esta se agoten.
- Desregulación: fueron eliminadas y modificadas diversas normas que limitaban la participación del mercado y que respaldaban el actuar del Instituto como figura monopólica, ello permitió que, desde el Poder Ejecutivo, el IMSS y su órgano de gobierno regularan a favor del mercado y no del bienestar social. Posteriormente, en la administración de Felipe Calderón Hinojosa, la desregulación estuvo enfocada en generar la normatividad que eliminaría los obstáculos para que el Instituto compitiera en el mercado intersectorial de servicios de salud.
- Introducción de la lógica de mercado: fueron incorporados, de forma sostenida, principios y valores gerencial-empresariales centrados en el costo-beneficio —eficiencia—, junto con elementos de lógica empresarial, tales como: modernización, eficiencia, eficacia, productividad, competencia, calidad, transparencia, separación de funciones, indicadores de resultados y evaluaciones del desempeño, entre otros. Aspectos que se convirtieron en un fin en sí mismo desvinculado del objetivo esencial de garantizar el bienestar colectivo e individual.
- Redimensionamiento: aunque el Nivel Central del Instituto conservó la rectoría y toma de decisiones, fueron impulsados cambios estructurales y organizacionales que instituyeron la separación de funciones y la cesión de aquellas que representaban alta rentabilidad para el sector privado: la prestación de los servicios. Con la introducción de la cultura gerencial en todos los espacios del IMSS, fueron incorporados y reiterados valores como la competencia, el mérito, el individualismo y los estímulos por productividad, logrando que el personal administrativo y médico los hiciera suyos y los replicara en su actuar institucional —*ethos* y cultura organizacional—. Lo anterior ha propiciado que el Instituto funcione como una empresa público-mercantil.
- Desincorporación: el Seguro Social cedió bienes que conformaban su patrimonio social a través de enajenarlos, conceder espacios para el usufructo de privados y transferir funciones como el pago de pensiones del Seguro de Riesgos de Trabajo al sector privado.
- Desreglamentación: los elementos normativos asociados a la protección de intereses de orden laboral fueron alterados; por ejemplo, con la reforma del RJP de 2001 y 2004 se buscó disminuir el poder de actuación del SNTSS para continuar allanando el camino a la participación de privados. Además, fueron alterados los tabuladores salariales y se instauró el pago por productividad con evaluación del desempeño, en la lógica mercantil costo-beneficio.
- Subrogación: el IMSS delegó la provisión de servicios médicos y sociales al conceder a empresas privadas su realización con la compra de servicios, mediante la transferencia de recursos públicos al sector privado para brindar

indirectamente el servicio de Guarderías, hemodiálisis y estudios de laboratorio, entre otras. Acciones respaldadas con el argumento de que el Instituto Mexicano del Seguro Social no contaba con la infraestructura suficiente para atender la demanda, que confluía con la propuesta de intercambiar servicios bajo criterios de coordinación interinstitucional/intersectorial, por lo que ya no requería invertir en infraestructura propia. La amplia recaudación serviría para la compra de los servicios a privados escalando la subrogación a servicios integrales, contratos plurianuales y luego mediante las Asociaciones Público-Privadas; toda vez que era retraída la infraestructura pública, su equipamiento y recursos humanos.

- Cambios en el modelo de atención: el propósito central de esta estrategia se justificó por la contención de costos, razón por la que fue reforzado el primer nivel de atención en relación con la prevención de enfermedades y la capacidad resolutoria del personal médico. De igual forma, se fijaron mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención y modelos de costeo como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, Grupos Relacionados con Atención Ambulatoria y Costeo Basado en Actividades. Otra de las acciones fue transitar hacia el modelo técnico-científico basado en la evidencia, empleado para estandarizar la atención médica y así poder contribuir a la constitución del mercado interinstitucional de servicios de salud. Todas condiciones esenciales para preparar un mercado de salud con servicios plurales —públicos y privados—.

Con el despliegue de diferentes actores políticos en la transición neoliberal —PRI, PAN y PRI— pero con intereses confluyentes respecto a la liberalización de la salud para su rentabilización por los privados y, acordes en la retracción del Estado en su responsabilidad garante, o redimensionamiento y desmantelamiento del IMSS por su carácter de institución social monopólica, avanzó la reforma privatizadora del Instituto.

Las estrategias de modernización mercantil estuvieron presentes con sus respectivas especificidades en todas las administraciones neoliberales en el periodo de 1982 a 2018. Con la Presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado hasta la de Carlos Salinas de Gortari quedaron sentadas las bases y precisadas las estrategias que orientaron las modificaciones requeridas para redimensionar al Instituto y allanar el camino hacia el desmantelamiento de su integralidad: avanzaron en su sectorización a la Secretaría de Salud, la desconcentración administrativa y la introducción de la lógica de mercado centrada en una visión de disciplina y eficiencia financiera; así como en la realización de los primeros ejercicios para su funcionamiento mercantil, tales como la separación contable de los ramos de aseguramiento, la creación del Seguro de Retiro, y el énfasis en su función fiscalizadora.

A su vez, en la Presidencia de Ernesto Zedillo Ponce de León se avanzó en la mercantilización del Instituto a través de modificar su estructura y organización al dar continuidad a la desconcentración en su fase funcional y separar el quehacer normativo del operativo. Asimismo, se promulgó la reforma estructural a la Ley del IMSS en 1995, instrumentada en 1997, por la cual fue eliminado el fondo colectivo de reparto pensionario, individualizado el ahorro de las personas trabajadoras y transferida su administración al sector financiero, así como introducido formalmente el autoaseguramiento, y modificado los esquemas de cotización, mayormente a favor del sector patronal. Junto a ello, fue incentivada la profusión de la subrogación de servicios adjetivos y sustantivos del Instituto, a los privados.

Todo lo anterior implicó el desmembramiento del carácter integral, solidario y redistributivo de la seguridad social, y la tendencia a reducir sus funciones a la prestación de servicios médicos, con una fuerte profusión hacia la compra de estos, vía la subrogación. Asimismo, a partir de 1998 fueron reformados los servicios médicos bajo las directrices del Banco Mundial y de la Funsalud, que redundaron en la desconcentración operativa de primer y segundo niveles de atención y en la creación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada; las que, durante su corta operación, constituyeron un esquema regionalizado de funcionamiento técnico, médico y administrativo de orden mercantil, sujeto a la demanda de servicios con libre elección por parte de las personas derechohabientes y usuarias.

Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada concretaron temporalmente la separación de funciones y representaron el mecanismo por excelencia de mercantilización y privatización en el IMSS. No obstante que fueron pausadas en 2002 por situaciones políticas y sindicales contrarias a la privatización, su rearmado normativo y estructural para un funcionamiento autónomo entre las instancias directivas, intermedias y operativas del Instituto quedó inalterado. Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada fueron la experiencia precursora de la estructura y operación del Seguro Popular; seguro financiero de incorporación voluntaria que otorgaba atenciones restringidas en salud a través de los Servicios Estatales de Salud y hospitales e institutos de la SSA a población abierta.

Durante la administración de Vicente Fox Quesada fue consolidado el funcionamiento público-mercantil institucional mediante la "Innovación" como una nueva fase de la modernización, misma que quedó asentada con la reforma a la Ley de 2001, dirigida a continuar el redimensionamiento del IMSS sobre la base operativa del Programa Institucional del IMSS (PIIMSS), documento que buscó la sustentabilidad financiera, la separación de funciones normativas y operativas, el cambio en la misión institucional, el fortalecimiento del Instituto como ente fiscal y recaudador, la redefinición del régimen patrimonial, la gestión gerencial-mercantil de los recursos humanos y la desconcentración funcional de gestión semiautónoma y autónoma de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada: OOAD-Delegaciones y OOAD-UMAE, respectivamente.

En esta etapa fue introducida por ley la presencia de instancias fiscalizadoras y de vigilancia en los órganos superiores del Instituto; por un lado, la SHCP pasó a formar parte del HCT; mientras que, por el otro, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (Secodam) integró la Comisión de Vigilancia. Asimismo, el presupuesto anual quedó sujeto a la aprobación de la SHCP y de la Cámara de Diputados. De esta manera, se abrió camino en el Instituto para virar su funcionamiento hacia una lógica financiera, actuarial y contable por encima de la garantía de bienestar social que le dio origen.

Con Felipe Calderón Hinojosa, el proceso de maduración del IMSS estuvo dirigido a sentar las bases que permitirían su integración funcional al Sistema Integrado Funcional de Salud, a través del intercambio interinstitucional/intersectorial de servicios esenciales de salud.

El Instituto, la Secretaría de Salud, el ISSSTE y otras instituciones establecieron alianzas con mecanismos de cooperación y coordinación para poner en marcha el modelo de integración funcional financiado con recursos públicos, creando el mercado intersectorial de salud. Bajo la rectoría de la SSA, la intervención del Instituto fue nodal en el propósito de consolidar el Sistema Integrado Funcional de Salud; para ello, la administración de Calderón Hinojosa avanzó en implementar la convergencia en la prestación de servicios, en la portabilidad de derechos y en la homologación de procesos y costos, mediante

la firma de convenios entre entidades y dependencias públicas para, posteriormente, incorporar al sector privado, aunque ya estaba integrado en los servicios públicos del IMSS y del ISSSTE, a través de la subrogación.

Llegado a este punto, en la administración de Enrique Peña Nieto, integrar la prestación de servicios interinstitucional e intersectorialmente demandaba un cambio financiero; no habiendo sido aprobada la reforma fiscal, en el Instituto se procedió a reforzar a toda costa sus atribuciones y funciones como ente fiscalizador y recaudador. Además de que fue establecido un novedoso armado estratégico encauzado hacia la eficiencia y racionalización de los recursos para permitir su sostenibilidad financiera, sin que este horizonte en su actuar significase su recuperación como institución pública de Estado ni estuviera en su mira la garantía de los derechos. Forzar los citados elementos suponía avanzar en separar las funciones entre financiación y prestación de servicios, cuyo objetivo era contar con los recursos suficientes para competir como comprador y vendedor en el mercado de servicios de salud, ahora denominado Sistema Nacional de Salud Universal (Sinasu).

Una vez avanzadas las labores para el intercambio de servicios interinstitucionales/intersectoriales, el IMSS se incorporó de lleno a los esfuerzos por mejorar las condiciones normativas, operativas y funcionales para constituir el Sinasu. En esta etapa, el Instituto priorizó la participación del sector privado a través del establecimiento de contratos de Asociación Público-Privada, así como intensificando las contrataciones plurianuales para la subrogación de servicios médicos, con el objetivo de largo plazo de consolidar el mercado intersectorial de servicios de salud de competencia público-privada.

Como un cambio de largo plazo, la separación funcional se lograría fortaleciendo las funciones de recaudación y fiscalización del IMSS para encumbrarlo como robusto competidor en la compraventa de servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud Universal. El uso intensivo de herramientas digitales apoyó en la contención de costos y en la vigilancia y racionalización de los recursos, necesarios para esos efectos.

Tras 36 años de neoliberalismo, el IMSS figura como una empresa público-mercantil, alejada de los principios y valores de justicia social que le dieron origen. La integralidad de la seguridad social, propia de una institución pública, fue desdibujada para —en su lugar— instaurar en el imaginario social la idea de que aquello que se encuentra en manos del Estado es deficiente y que la salud constituye una mercancía.

Si bien, hacia el final del periodo analizado, el IMSS logró aumentar sus ingresos y estabilizarse financieramente, eso no se tradujo en mejoras sustanciales en su infraestructura, prestación de servicios y trato humano a las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias. Su funcionamiento, guiado por principios de mercado que aparecieron como un fin en sí mismo, en realidad, significó fortalecer al Instituto como competidor, comprador y vendedor de servicios en el futuro mercado interinstitucional/intersectorial, a consumarse con el Sistema Nacional de Salud Universal.

Mediante el proceso silencioso y sostenido de privatización, constituido por las estrategias antes señaladas, el IMSS fue deteriorado, desfinanciado, privatizado parcialmente, desmantelado, mercantilizado y, además, desprestigiado como institución insignia del bienestar nacional.

De hecho, aún prevalece la sobredemanda de servicios, la falta de oportunidad y calidad en la atención, la escasa sensibilidad y humanismo del personal médico y administrativo hacia las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias; además de la erosión y pauperización de su infraestructura e insumos.

Dado que las finanzas del Instituto encuentran sus principales sustentos en las cuotas obrero-patronales y en el flujo de recursos federales canalizados para su financiamiento, las condiciones de degradación y debilitamiento del IMSS tuvieron génesis en la regresión de las variables macroeconómicas que habían dictado un devenir financiero positivo para este; a saber, el crecimiento y desarrollo económicos, la estabilidad en los precios, la tendencia hacia el empleo pleno, estable y protegido; así como el incremento salarial y del gasto público. Su cambio regresivo perduró dada la inalterabilidad del modelo de libre mercado, permaneciendo como variables negativas constantes durante todo el periodo; condiciones estructurales que sucedieron simultáneamente a la instrumentación de las estrategias de su modernización o mercantilización.

El desfinanciamiento del Instituto fue provocado invariablemente por un débil desempeño de la economía medida en términos del PIB; indicador que registró tasas de crecimiento por debajo de 3.5% durante el periodo neoliberal, es decir, alrededor de 50% menos que lo experimentado durante el modelo liderado por el Estado. De igual forma, mostró una latente inestabilidad, reflejándose en caídas importantes durante los constantes episodios de crisis económica.

Este errático comportamiento fue provocado, entre otros factores, por la retracción de la participación del Estado en la economía, por el retiro gradual de su papel como inversor productivo al desregular el mercado y por la ruptura de cadenas productivas nacionales ante la apertura comercial; lo que incentivó la expulsión masiva de fuerza de trabajo del sector secundario, incidiendo en un importante crecimiento del sector terciario; así como por la gradual reorientación productiva del país hacia sectores generadores de poco valor agregado, principalmente, el secundario-exportador.

El débil desempeño económico y la creciente dependencia del sector externo incidieron en la caída estructural del empleo asalariado, impidiendo la generación de puestos de trabajo formales suficientes para absorber a la fuerza de trabajo disponible. Esta poca oferta de puestos, conjugada con la gradual tendencia hacia la desprotección laboral, incentivó un constante crecimiento del sector informal de la economía, sin acceso a la seguridad social y sin la protección de derechos laborales. Su consecuencia fue la mengua en el crecimiento de las afiliaciones al Instituto.

La contracción de la estructura laboral formal significó la exclusión de una mayor cantidad de personas del derecho a la seguridad social. Así, la expansión de la cobertura del IMSS, que mostraba una clara tendencia hacia la universalidad previo al periodo del libre mercado, pasó de crecer a un ritmo promedio anual de 7.4% durante la década de 1970 a uno de 3.9% bajo el periodo neoliberal; ralentización que mermó el flujo y el monto de las cuotas. Cabe destacar que, aunque el desempleo mostró un descenso a partir de 2010, los empleos recuperados fueron en su mayoría temporales y precarios, perpetuando el detrimento de los ingresos por cuotas obrero-patronales hasta 2018.

Un factor fundamental del desfinanciamiento del Instituto fue la continuidad con la estricta política de contención salarial, misma que erosionó su valor durante todo el periodo. Desde la implementación de esta medida, justificada para contener la espiral inflacionaria ascendente, el salario mínimo tuvo una caída constante hasta 2000, manteniendo a partir de entonces y hasta 2016, una tendencia lineal que conservó su valor entre 75 y 80 pesos diarios. A pesar de que la inflación fue controlada en un dígito entre ese año y 2018, el salario continuó restringiéndose de manera significativa.

Con relación a las personas afiliadas al IMSS, incrementó el número de las empleadas de manera temporal por el crecimiento de los sectores productivos no tradicionales

precarizados —servicios—, que supusieron menores cuantías de ingresos al Instituto por bajos salarios y flujos de permanencia intermitentes.

El incremento constante, más no suficiente del gasto social, también significó una importante fuente de la descapitalización del IMSS. Desde 1983 existieron recortes al gasto en salud, mismos que se acrecentaron con la crisis de 1994. Aunque a partir de 1996 hasta 2018 dicho gasto registró una mejora discreta al crecer a una tasa de 2.4% promedio anual, no recuperó la de su crecimiento previo.

Contrariamente, el gasto etiquetado en seguridad social registró tasas de crecimiento promedio por arriba de 10% durante el periodo de 1982 a 2018 en respuesta a que, tras la reforma de 1995, el Estado asumió el costo de transición del esquema solidario de reparto pensionario al de capitalización individual con administración privada y el aporte por cuota social —aunque este sea depositado directamente en las cuentas individuales—; esto último significó retraer aún más los recursos federales canalizados al IMSS, en tanto que no ingresan a este.

Sumado a la contracción del presupuesto en salud, la estrategia de protección financiera a población abierta, denominada Seguro Popular, ganó en la distribución de los recursos a pesar de que el Instituto continuó absorbiendo más de 60% de la población potencial del país y otorgando —con tensiones— más de 70% del total nacional de atenciones médicas. Hasta 2015, el gasto en salud benefició a la SSA y al Seguro Popular, quedando el IMSS como la institución del sector salud con el menor crecimiento presupuestal fiscal con solo 4.2% frente a 12% de la SSA y 16.2% del canalizado directamente al Seguro Popular.

Otra fuente de descapitalización institucional fue la reforma estructural a la seguridad social en 1995, misma que tuvo impactos en dos sentidos: primero, sobre las personas trabajadoras, al tener que migrar obligatoriamente los recursos de su ahorro para el retiro al sistema de cuentas individuales, administrados por el sector financiero privado con pensiones inciertas; y segundo, afectó directamente las finanzas del Instituto con su descapitalización, fragmentando la seguridad social y convirtiendo sus componentes —ramos de aseguramiento— en espacios de rentabilidad para privados.

Previo a la reforma de 1995, el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte contribuía con alrededor de 35% de los ingresos totales del Instituto, pero con su separación y la conformación de los Seguros de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez ya transferidos sus recursos a las administradoras privadas, así como el de Invalidez y Vida —cuya administración permaneció en manos del IMSS—, el Instituto perdió alrededor de 6 puntos porcentuales en el primer año de implementación de la reforma. Sin embargo, para 2015, su cuantía representó solo 15% del total de los recursos ingresados a los ramos de aseguramiento.

Sumado a la anterior, la reforma a la LSS de 1995 estableció una cuota fija para patrones y Estado en el financiamiento de las prestaciones en especie del SEM, además de modificar la base del cálculo de estas para ambos actores —de Salario Base de Cotización a Salario Mínimo General del Distrito Federal—. Contemplando la pérdida del valor del salario mínimo y la agregación de la mayor parte de personas trabajadoras aseguradas en los rangos salariales de menor valor, estas modificaciones significaron la merma en mayor medida del flujo de recursos que ingresaban al SEM. En paralelo, se beneficiaba a las personas empresarias mermando el costo de la fuerza de trabajo, en el supuesto que generarían empleo para hacer crecer productivamente al país.

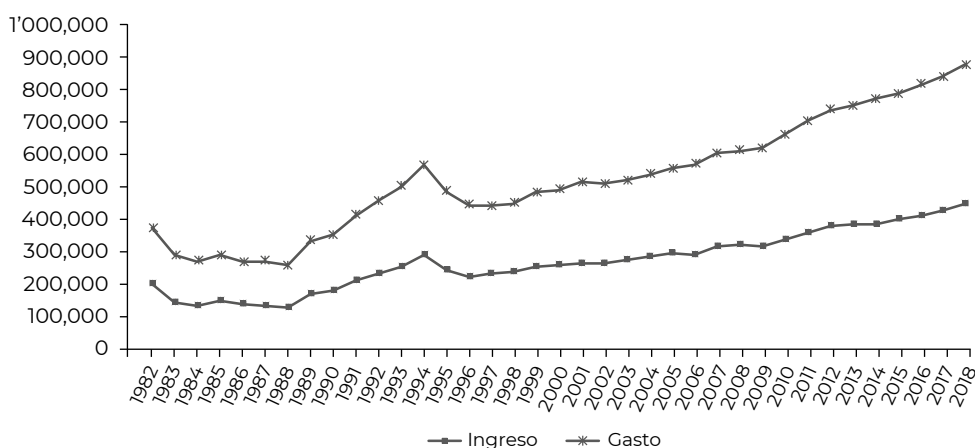
A pesar de ello, la reforma planteó que el desequilibrio financiero por el que atravesaba el IMSS era originado, principalmente, por los procesos de cambio

demográfico y epidemiológico, ignorándose que este ya transitaba por un proceso de desfinanciamiento derivado de los cambios regresivos suscitados por la economía de libre mercado, impactando directamente al empleo asalariado. En ese sentido y contrariamente a lo argumentado por los reformadores neoliberales del IMSS, estos constituían agravantes —no causales— del desequilibrio financiero institucional, toda vez que significaron mayores costos para la atención médica.

A pesar de que el IMSS continuó brindando un creciente número de atenciones, manteniéndose como la principal institución de salud a nivel nacional; la infraestructura médica creció de manera marginal durante todo el periodo, siendo acompañado el debilitamiento financiero con una intencional limitación de su crecimiento físico, menguando su carácter de monopolio de Estado y dando cabida al sector privado.

El ralentizado incremento en el número de las personas derechohabientes y beneficiarias, más el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población provocaron que los egresos del Instituto fueran tensionados al alza. Los gastos del Instituto fueron mayores que los ingresos de 1982 a 2018, tal como lo muestra la gráfica C.1, lo cual impactó en la degradación de la estructura física, la ausencia de su renovación, la escasa o casi nula nueva creación, así como en la degradación del equipamiento, la falta de insumos y la baja plantilla de personal médico.

GRÁFICA C.1
RELACIÓN INGRESOS-GASTOS DEL IMSS, 1982-2018



Nota. Elaboración propia con base en IMSS, 2011 y 2020.

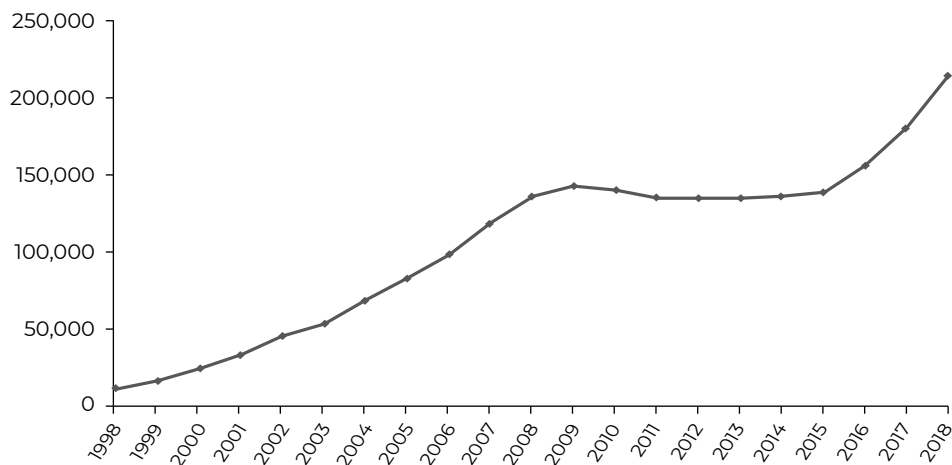
La escasa creación de infraestructura física del IMSS, para soportar la creciente demanda de servicios, generó su constante y acumulativa saturación. Así, la relación de camas censables del Instituto por cada mil personas atendidas tendió a la baja durante todo el periodo, significando quebrantar la oportunidad de la atención. Similar a lo ocurrido con las camas censables, el personal médico adscrito al Instituto mantuvo un ritmo de crecimiento no proporcional al registrado por parte de las personas atendidas, siguiendo la premisa de los gobiernos neoliberales respecto a incrementar la productividad médica como estrategia para suplir la falta de nueva infraestructura.

Desde la reforma a la LSS de 2001 fue consolidándose en el IMSS una lógica de funcionamiento centrada en la sostenibilidad financiera, el fortalecimiento gradual de su papel como ente fiscalizador, recaudador y administrador de recursos, ello con

un novedoso entramado estratégico para contener las erogaciones. El objetivo era consolidar financieramente al Instituto para competir en el mercado interinstitucional/intersectorial con compraventa de servicios acorde con la demanda y libre elección de los clientes —preferencias—; más que contribuir con la oferta de servicios o funcionamiento propio a una entidad pública, por lo que el fortalecimiento directo del Instituto continuó obviándose.

La gráfica C.2 muestra que, a partir de la reforma a la LSS de 1995, el saldo de las reservas institucionales y el Fondo Laboral tuvieron un constante incremento. Después del tendencial estancamiento en recursos financieros del Instituto entre 2008 y 2011, volvieron a recuperarse hasta 2016, año en que alcanzaron su máximo histórico. Esto permitió que, por primera vez, fuera mencionado el logro de la consolidación o equilibrio de las finanzas institucionales y su sostenibilidad a largo plazo; argumento respaldado por el superávit sostenido, a partir de 2002, de los ramos de aseguramiento no médicos, así como por los ahorros obtenidos mediante estrategias de eficiencia mercantiles. Sin embargo, no se tradujeron en la recuperación del Instituto, ya que se ha insistido en que su propósito era otro.

GRÁFICA C.2
EVOLUCIÓN DEL SALDO DE LAS RESERVAS Y EL FONDO LABORAL EN MILLONES DE PESOS
AL CIERRE DE CADA AÑO, 1998-2018



Nota. La constitución del Fondo Laboral se realizó a partir de marzo de 2006. Elaboración propia con base en IMSS, 2010, 2011a, 2012, 2013c, 2014a, 2015, 2016c, 2017a y 2018c.

El superávit obtenido en las reservas y el Fondo Laboral, en vez de ser empleado para la creación de infraestructura, fue utilizado —en su mayoría— para fondear las reservas operativas deficitarias. Además, continuaron ampliándose y fortaleciéndose los mecanismos para dar atención médica a través de terceros con subrogación, servicios integrales y contratos plurianuales; lo que se tradujo en un funcionamiento del Instituto como ente subsidiario del sector privado.

El afianzamiento en el IMSS de un horizonte financiero, con base en el cual se reorientó su funcionamiento —articulado a la garantía de su autosostenibilidad—, nunca significó ni tampoco tuvo el propósito de pretender rencauzar el quehacer institucional hacia la garantía del derecho a la seguridad social; lo que supondría una atención

oportuna, con calidad y humanismo en el trato a las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias. Por el contrario, significó fijar y hacer primar en el Instituto una lógica financiera-actuarial-contable para consolidarlo como una institución orientada a la fiscalización y recaudación de recursos; justificado para fomentar el ahorro y orientarlo a la productividad y el desarrollo de la economía, así como en la de su desmantelamiento como monopolio del bienestar para consolidar al Instituto como fuerte competidor del Sistema Nacional de Salud Universal.

El conjunto de estas transformaciones desdibujó el papel central del Instituto como garante del bienestar individual y colectivo, fundamento de su origen. Lo que ha servido además al desfiguro y desvanecimiento de la concepción constitucional de la seguridad social solidaria, redistributiva, integral y tendencialmente universal; madurándose un ideario individualizado del bienestar obtenido a través del mercado y la noción de la salud como una mercancía.

Algunas consideraciones importantes para destacar del texto, que identifican tendencias generales de continuidad más que de tránsito en el periodo neoliberal del IMSS, en tanto a desarrollos inacabados y constantes en casi 4 décadas son:

- La afectación directa a las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias por la conversión del Instituto, ya que al seguir inercialmente la lógica mercantil-financista se dejó de lado como prioridad a las personas, que eran el fundamento del nacimiento del IMSS como institución protectora y garante de bienestar social, cediendo su suerte al sector privado.
- Los claros propósitos de la modernización mercantil del Instituto han sido convertirlo en rentable, eficiente, productivo y sustentable financieramente para poder competir con instituciones públicas y privadas en los diferentes niveles de atención en el mercado intersectorial de los servicios de salud, como el prometido Sistema Nacional de Salud Universal.
- Dado los cambios antes señalados, que concretaron al IMSS como una empresa público-mercantil, en 36 años de vida institucional en manos de los neoliberales, no consiguieron que el IMSS incidiera en superar las desigualdades de acceso ni de usufructo en la atención en salud, ni entre grupos sociales, ni entre regiones.
- Si bien el tránsito del Instituto durante estas casi 4 décadas supuso un conjunto de pasos y trayectos sucesivos, ninguno de ellos estuvo libre de tensiones y de confrontaciones contrarias a la conversión del IMSS en una empresa público-mercantil. Sin embargo, no lograron ni detenerlos, ni virar su dirección en el sentido de convertirlo en un componente estratégico del mercado intersectorial de servicios con financiamiento y administración públicos.
- Al interior y exterior del Instituto ha habido un amplio escenario de cuestionamientos técnica y políticamente, bien soportados, por parte de diferentes actores políticos y sociales contra la privatización del ahorro de las personas trabajadoras y la mercantilización de los servicios médicos. No obstante, no han logrado un cambio cardinal; hecho que manifiesta que, si bien hubo ajustes y reacomodos en el poder político con abierta orientación al mercado, también hubo un amplio proceso de rearticulación y adaptación de la representación corporativa que supo volverse funcional al libre mercado. La gobernabilidad neoliberal siguió sostenida en el intercambio de bienestar por legitimidad, ante la dislocación y destrucción de las organizaciones sociales y políticas.

Las anteriores evidencias cuestionan el horizonte de sentido del IMSS como institución garante del derecho a la seguridad social con bienestar integral; situación que precisa de acciones y voluntad política férrea que coloquen en el centro de la decisión de política y de la acción pública el bienestar integral, es decir, el derecho a la seguridad social, pública, solidaria, redistributiva, integral y universal, y al derecho universal a la salud. Su concreción rectificaría el carácter privatista que actualmente atraviesa el Instituto, que —a su vez— demanda fortalecer y concretar una visión intersectorial que efectivamente garantice el bienestar social de manera integral en materia de salud, educación, vivienda, trabajo digno y protegido, entre otros; atendiendo eficientemente y de manera integral los determinantes sociales de la salud.

Este propósito reclama el acompañamiento presupuestal para hacerlos realidad mediante la asignación progresiva de recursos, asegurando su manejo eficiente vía mecanismos de rendición de cuentas; además de otorgar los servicios de salud y sociales con calidad, sin discriminación ni exclusión. Se requiere no solo detener, sino revertir el deterioro del Instituto en todas sus áreas con un rearmado integral: profesionalizar al personal médico y administrativo en el compromiso de la garantía de los derechos y de su labor como bien público; y rectificar el carácter de clientes que se les ha otorgado a las personas derechohabientes, quienes no compran servicios o productos, sino que son personas sujetas de derechos, de acuerdo con las características propias de cada grupo poblacional y su cultura.

Reconocer al IMSS como institución de Estado implica que la prestación de los servicios médicos y sociales deba ser estrictamente pública, por lo que se debe regular la intervención de privados y, en el mediano plazo, acotar su participación solo de manera complementaria. Al ser recursos públicos los del Instituto, el escrutinio social debe estar presente, por lo que debe existir un reordenamiento financiero que contemple mecanismos de control, fiscalización y transparencia con el objeto de que su manejo sea eficiente y su objetivo sea garantizar el bienestar. En relación con la prestación directa de los servicios, el Instituto tiene que emprender una serie de acciones que contemplen las necesidades reales y sentidas de la población derechohabiente, de acuerdo con sus particularidades territoriales.

Este estudio a través de diversos datos evidenció el deterioro que enfrentó el Instituto durante su proceso de modernización y conversión como empresa público-mercantil; no obstante, queda pendiente el gran reto de conocer, de viva voz y con muestras representativas, las afectaciones directas a la población, no solo a su bolsillo, sino a su salud y bienestar, además de las repercusiones sociales que ello implica. Es por estas razones que las siguientes propuestas parten desde una visión del deterioro y quiebre del Instituto, y de la disminución en el acceso, disponibilidad y garantía de la prestación de servicios médicos y sociales con trato humano y oportuno, así como en la atención y calidad para el grueso de la población derechohabiente.

- Garantizar el aumento progresivo, sostenido y equitativo de real acceso a los servicios médicos disponibles en todas las regiones, especialmente en las rurales y urbanas marginadas con mayores carencias a través de mejorar las capacidades institucionales en infraestructura, recursos y acceso con calidad, oportunidad y humanismo a los servicios médicos y sociales, con consultorios, equipamiento, camas hospitalarias, personal médico y de Enfermería y guarderías, entre otros.
- Profesionalizar y formar al personal médico y administrativo bajo los principios de calidez y humanismo, no solo con herramientas gerenciales que tiendan al cumplimiento de metas y objetivos presupuestales y dejen en segundo



lugar la atención y prestación de servicios médicos y sociales a las personas derechohabientes, beneficiarias y usuarias.

- Reconocer el papel que juega el personal médico y administrativo del Instituto, que actualmente continúa sorteando la sobredemanda de servicios y la disminución de presupuesto, y carga con el peso de la saturación de los servicios y de la imagen deteriorada del Instituto.
- Establecer las condiciones de planeación, presupuestales, operativas, procedimentales y de cultura organizacional públicas para concretar un primer nivel resolutorio y preventivo en salud, dirigido a contener la morbimortalidad.
- Reorientar la lógica gerencial mercantil del Instituto dirigida por fines esencialmente economicistas —individualización, eficacia, eficiencia, productividad, competitividad, calidad, profesionalización y transparencia, entre otros— hacia una perspectiva de bien público centrada en el bienestar y garantía de los derechos de las personas.
- Otorgar un lugar fundamental a la reconstrucción de un nuevo imaginario social en el Instituto —*ethos*— desapegado de los valores del mercado dejando atrás el individualismo, la meritocracia, la eficiencia costo-beneficio, la competencia y la maximización de ganancias, entre otros, para volver a mirar, pensar y nombrar la realidad de otra manera, es decir, recuperar el sentido público del Instituto, de la noción de la solidaridad social, del compromiso con la colectividad y con la garantía de los derechos colectivos e individuales.
- Dejar de acallar la reflexión pública e incentivar a través suyo la capacidad de agencia social.

En esencia, la propuesta gira en torno volver a atribuirle al Estado el papel de la regulación social, a redimensionar y potenciar al sector público; a regular y evaluar al sector privado, es decir, quitar al mercado como ente regulador. Ella incluye recuperar la idea de la seguridad social integral porque que el bienestar, es integral o no lo es. Volver a plantear la salud, no como mercancía desde la visión que prioriza al mercado, sino desde una que lo haga a partir de la garantía de derechos, lo cual implica trascender los paquetes básicos para avanzar hacia una integralidad de servicios de salud efectiva.

Las reflexiones del texto son muestra de los espacios de resistencia frente a la égida del mercado; son insumos para discutirlos y pensar que la transformación del IMSS en un sentido público, solidario, redistributivo, integral y universal es posible. Estas notas no son sino muestra de una memoria sensible sobre lo acontecido y un llamado a expandir la conciencia sobre el presente, desde la indignación profunda que ha supuesto mercantilizar y dismantelar al IMSS como horizonte de bienestar.

CAMBIOS NORMATIVOS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL IMSS, 1982-1994

FECHA Y ARTÍCULOS REFORMADOS	ARTÍCULOS QUE CONTIENEN CAMBIOS SUSTANCIALES	PROPÓSITO
30/12/1982 1 artículo	<ul style="list-style-type: none"> El Secretario de la SSA debe ser miembro del H. Consejo Técnico (Art. 252). 	Sectorizar al IMSS
28/12/1984 15 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Precisión de atribuciones: Delegaciones (Art. 258-C), Subdelegaciones (Art. 258-D), Oficinas de Cobro (Art. 258-E) y Consejos Consultivos Delegacionales (Arts. 258-A y 258-B). Ampliación de facultades del IMSS y su H. Consejo Técnico (Arts. 240 F. VII; 253 F. III). 	Desconcentrar al IMSS
02/05/1986 5 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Eliminación de tabulador de grupos salariales (Art. 114). Cambios a las COP del SEM: patrones 6.30%, trabajadores 2.25% (Arts. 114, 115, 178) e IVCM: patrones 4.20%, trabajadores 1.50% sobre SBC (Arts. 77 y 178), Estado 7.143% sobre el total de la aportación patronal. 	Reducir las aportaciones estatales en 12.857%
04/01/1989 17 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de las pensiones por indexación al salario mínimo (Arts. 168 y 172). Cambios a las COP del SEM: patrones 8.40% y trabajadores 3%, por día (Arts. 114 y 115). 	Aumentar las COP
21/12/1990 10 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Cambios a las COP del IVCM: patrones 5.6% y trabajadores 12% (Art. 177). Contabilidad separada por seguro (Art. 263). Inversión de reservas IVCM en activos, para cubrir prestaciones (Art. 264). 	Individualizar los recursos de cada ramo
24/02/1992 6 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Seguro de Retiro con 2% de cuotas patronales transferidas a instituciones de crédito (Arts. 11 F. V, 183-A, 183-B y 183-C). Autoaseguramiento por desempleo, muerte e incapacidades prolongadas (Arts. 183-Ñ, 183-P y 183-Q). Cobro de comisiones bancarias sobre el ahorro del trabajador (Art. 183-J). 	Individualizar el ahorro de las personas trabajadoras a través del Seguro de Retiro y el SAR



FECHA Y ARTÍCULOS REFORMADOS	ARTÍCULOS QUE CONTIENEN CAMBIOS SUSTANCIALES	PROPÓSITO
29/06/1992 1 artículo	<ul style="list-style-type: none"> Pensión por IVCM no inferior a 90% del SM del D. F. (Art. 168). 	Aumentar la cuantía pensiones
20/07/1993 22 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Mayores capacidades del IMSS para fiscalizar y recaudar (Arts. 9 Bis, 19 F. III, 44, 46, 183-G P 1, 240 F. XXI, 257 F. II). Cambios a las COP del SEM: patrones 8.750%, trabajadores 3.125% sobre SBC diario (Art. 114) e IVCM: patrones 5.950%, trabajadores 2.125% (Art. 177). 	Reforzar el carácter de autoridad fiscal del IMSS para su viabilidad financiera
01/06/1994 1 artículo	<ul style="list-style-type: none"> Pensión por IVCM (con asignaciones familiares y ayudas asistenciales) no inferior a 100% del SM del D. F. (Art. 168). 	Aumentar la cuantía pensiones
22/07/1994 19 artículos	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de la Consar como órgano desconcentrado de la SHCP con facultades de regulación, control y vigilancia del SAR (Arts. 183-C, 183-E, 183-H, 183-I, 183-J, 183-K, 183-M, 183-N, 183-Ñ y 253 X Bis). 	Crear la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar)

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABC	Costeo Basado en Actividades, por sus sigla en inglés
ABG	Agenda de Buen Gobierno
ADIMSS	Acreditación como Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social
Afore	Administradora de Fondos para el Retiro
AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
AMGD	Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada
APF	Administración Pública Federal
APP	Asociaciones Público-Privadas
ATHODO	Programa de Atención Hospitalaria a Domicilio
CAF	Consultorios Adyacentes a Farmacias
CAT	Costo Anual Total
Causes	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCNPMIS	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud
CCT	Contrato Colectivo de Trabajo
CIESS	Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
CME	Cédulas Médico-Económicas
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CNSPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Conapo	Consejo Nacional de Población



Conasami	Comisión Nacional de los Salarios Mínimos
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Consar	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
COP	Cuota Obrero-Patronal
CPSyC	Centros de Producción de Servicios y Costos
CTM	Confederación de Trabajadores de México
CUP	Costos Unitarios Promedio
CURP	Clave Única de Registro de Población
DAEG	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
DiabetIMSS	Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético
DIDT	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
EAP	Estrategia de Asistencia para el País
ECE	Expediente Clínico Electrónico
EE. UU.	Estados Unidos de Norteamérica
Ensat	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social
ES	Embarazo Saludable
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
Fibeso	Fideicomiso de Beneficios Sociales
FMI	Fondo Monetario Internacional
Fobaproa	Fondo Bancario de Protección al Ahorro
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FSTSE	Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado
FTE	Factibilidad Técnica Económica
Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud
GpR	Gestión por Resultados
GPS	Guías de Práctica Clínica
GRAA	Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
HCT	Honorable Consejo Técnico del IMSS

HGR	Hospital General Regional
HGZ	Hospital General de Zona
HRAE	Hospitales Regionales de Alta Especialidad
IFE	Instituto Federal Electoral
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-COPLAMAR	Sistema de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria
INAP	Instituto Nacional de Administración Pública
INE	Instituto Nacional Electoral
Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
INS	Instituto Nacional de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IV	Seguro de Invalidez y Vida
IVCM	Seguro de Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LGS	Ley General de Salud
LOAPF	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
LSS	Ley del Seguro Social
MEFHADIC	Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad
MEIG	Modelo Estratégico de Innovación Gubernamental
MIAIS	Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
MML	Metodología del Marco Lógico
Mocerí	Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales
NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OOAD	Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada

PAE	Programa de Acción Específico
PAN	Partido Acción Nacional
PBR	Presupuesto Basado en Resultados
PEA	Población Económicamente Activa
Pemex	Petróleos Mexicanos
PGS	Padrón General de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PIC	Plan Institucional de Calidad
PIIMSS	Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social
PMG	Programa Especial de Mejoramiento de la Gestión
PMSRS	Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud
PNCCFTDA	Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNMEP	Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública
PNRCTCC	Programa Nacional de Rendición de Cuentas, Transparencia y Combate a la Corrupción
PNS	Programa Nacional de Salud
PRD	Partido de la Revolución Democrática
PrevenIMSS	Programa Integrado de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social
PRI	Partido Revolucionario Institucional
Progresá	Programa de Educación, Salud y Alimentación
Promap	Programa de Modernización de la Administración Pública
Prosesa	Programa Sectorial de Salud
PRSS	Programa de Reforma del Sector Salud
RCV	Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
RFA	Reservas Financieras y Actuariales
RGFA	Reserva General Financiera y Actuarial
RICCDIMSS	Reglamento Interno de los Consejos Delegacionales del Instituto Mexicano del Seguro Social
RIIMSS	Reglamento Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social
RISIMSS	Reglamento Interior de Subdelegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones

RO	Reservas Operativas
ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
ROIIMSS	Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social
RP	Retiros Programados
RT	Riesgos de Trabajo
RV	Rentas Vitalicias
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SBC	Salario Base de Cotización
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
Sesa	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SGMP	Seguro de Gastos Médicos para Pensionados
SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Sicalidad	Sistema Integral de Calidad en Salud
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Siefore	Sociedad de Inversión de Fondos del Retiro
Sipare	Sistema de Pago Referenciado
SISPA	Sistema de Información en Salud para Población Abierta
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SMGVDF	Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal
SMGDF	Salario Mínimo General del Distrito Federal
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
Sinasu	Sistema Nacional de Salud Universal
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNTE	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SR	Seguro de Retiro



- SRCV** Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
- SRT** Seguro de Riesgos de Trabajo
- SS** Seguro de Supervivencia
- SSA** Secretaría de Salud y Asistencia/Secretaría de Salud
- SSE** Seguro de Salud para Estudiantes
- SSFAM** Seguro de Salud para la Familia
- STPS** Secretaría del Trabajo y Previsión Social
- SUA** Sistema Único de Autodeterminación
- TAOD** Personal Técnico en Atención y Orientación al Derechohabiente
- TIC** Tecnologías de Información y Comunicación
- TLCAN/TLC** Tratado de Libre Comercio de América del Norte
- UMAA** Unidad Médicas de Atención Ambulatoria
- UMAE** Unidad Médicas de Alta Especialidad
- UMF** Unidad de Medicina Familiar
- UNEMES** Unidad de Especialidades Médicas de Servicios Ambulatorios Especializados
- URG** Unidad Responsable de Gasto
- VIH** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, J. (2009). Historia de la CTM, 1936-2006. Facultad de Economía, UNAM.

Aguilar, J. y Guzmán, R. (2006). La CTM en el periodo de la globalización. Universidad Autónoma del Estado de México.

Aguirre-Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México, 32(2), 170-180. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/5285/5434/6799>

Aguirre-Gas, H. G. (2008). Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46(5), 571-580. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=457745523019>

Alarcón Cerón, M. (2013). Modelo Integrador de enfermería: una estrategia para la atención primaria. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 21(1), 35-40. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41273>

Alba, C. (2003). México después del TLCAN. El impacto económico y sus consecuencias políticas y sociales. Foro Internacional del Colegio de México, XLIII, 1(171), 141-191. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1679>

Álvarez, E. (1960). La legislación obrera. México: 50 años de revolución. Fondo de Cultura Económica.

Alzaga, O. (2018). Huelgas, sindicatos y luchas sociales en la historia de México. Alegatos, 99. <http://alegatos.azc.uam.mx/index.php/ra/article/view/651>

Anderson, P., Boron, A., Sader, E., Salama, P. y Therborn, G. (1977). La trama del neoliberalismo mercado, crisis y exclusión social en Emir Sader y Pablo Gentili (Comps.). La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social (2a edición) <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/trama/social.rtf>

Asociación Internacional de la Seguridad Social (2007). Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad (MEFHADIC). ISSA. <https://www1.issa.int/es/gp/173186>

Auditoría Superior de la Federación. (2010). Informe de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2010. http://www.asf.gob.mx/Section/58_Informes_de_auditoria

Ayala, R. y Schaffer, C. (1991). Salud y seguridad social: Crisis, ajustes y grupos vulnerables. Perspectivas en Salud Pública, 12. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-149600>

Banco de Innovación en las Administraciones Pública. (18 de septiembre de 2013). Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad del Instituto Mexicano del Seguro Social. https://bci.inap.es/alfresco_file/45022423-c824-4d1c-a613-6c28d16c4c8f

Banco de México. (1995). Informe Anual Banco de México 1994. <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-anuales/%7B0F2D589F-92A4-9C48-C456-643595B46CE5%7D.pdf>

Banco de México. (2001). Informe Anual Banco de México 2000. <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-anuales/%7B6C6CF158-238C-8338-2621-67AC63898D22%7D.pdf>

Banco de México. (2022). Sistema de Información económica (Inflación) 2022. <https://www.banxico.org.mx/tipcamb/main.do?page=inf&idioma=sp>

Banco de México. (2022a). Serie histórica diaria del tipo de cambio peso-dólar 2022. <https://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?sector=6&accion=consultarCuadro&idCuadro=CF373&locale=es>

Banco Mundial (1987). Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Estudios de Políticas del Banco Mundial, Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/729221468177873276/pdf/65630SROSPANIS0for0reform000Spanish.pdf>

Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/282171468174893388/pdf/121830WDROSPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

Banco Mundial (1994). Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/182691468325209319/pdf/135850PUB00SPA0s0Box074505B0PUBLIC0.pdf>

Banco Mundial (1997). Desarrollo saludable estrategia del Banco Mundial para lograr resultados en materia de salud, nutrición y población, Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/133081517986931243/pdf/Healthy-development-the-World-Bank-strategy-for-health-nutrition-and-population-results.pdf>

Banco Mundial (1998). Mexico Health System Reform. IMSS. Report And Recommendation Of The President Of The International Bank For Reconstruction And Development To The Executive Directors On A Proposed Health System Reform-IMSS, adjustment loan in an amount of us\$700 million to Banco Nacional de Obras y Servicios, S.N.C. with the guarantee of the United Mexican States, Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/695431468056441169/pdf/multi0page.pdf>

Banco Mundial (2001). México. A Comprehensive Development Agenda for the New Era, Banco Mundial, <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documentos-reports/downloadstats?docid=300371468774563671>

Banco Mundial (2002). Informe sobre el desarrollo mundial 2002 instituciones para los mercados [Informe No. 23849-ME], Banco Mundial. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/402691468175148845/pdf/228250SPANISH0WDR02002.pdf>

Banco Mundial (2004). La pobreza en México: una evaluación de las condiciones, la tendencia y las estrategias del gobierno [Reporte núm. 28612-ME], Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/es/746301468761399674/pdf/311150SPANISH0HOME0Poverty0see0also028612.pdf>

Banco Mundial (2013). Mexico reform agenda for inclusive and sustainable growth, Banco Mundial, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/949811468121149398/pdf/806270WP0Polic0Box0379812B00PUBLIC0.pdf>

Banco Mundial (2022). Banco de datos: Deuda Externa, Banco Mundial, <https://datos.bancomundial.org/indicador/DT.DOD.DECT.CD?locations=MX>

Banco Mundial. (2012). Agenda de reformas en México para un crecimiento incluyente y sostenible, diciembre de 2012, Banco Mundial, https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Policy%20Notes_summary.pdf

Barba, C. (2004). Régimen de bienestar y reforma social en México. CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/6080/S047561_es.pdf

Bautista, D., Herrera, M., Jiménez, C., Milián, D. y Suastegui, C. (2013). Sistema de información hospitalario [Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2013/abril/0693107/0693107.pdf>



Benítez, V. (2009). Sistema de costos basado en actividades. *Libre Empresa*, 6(2), 169-198. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/libreempresa/article/view/2939>

Bertranou, E. (2008). Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población/ Fondo de Población de las Naciones Unidas, http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7224/1/S0800054_es.pdf

Bizberg, I. (2020). El fracaso de la continuidad la economía política del sexenio de Enrique Peña Nieto. *Foro Internacional*, LX, 2(240), 629-682. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2735/2648>

Blanke, S. (2009). México: Una gran crisis sin (grandes respuestas). *Revista Nueva Sociedad*, 224, 164-178. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/3658_1.pdf

Calva, J. L. (2004). La economía mexicana en perspectiva. *Economía UNAM*, 1(001), <http://revistaeconomia.unam.mx/index.php/ecu/article/view/194>

Calva, J. L. (2019). La economía mexicana en su laberinto neoliberal. *El Trimestre Económico*, LXXXVI, 3(343), 579-622. <https://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/view/921/1062>

Camberos Castro, Mario, y Bracamontes Nevárez, Joaquín. (2015). Las crisis económicas y sus efectos en el mercado de trabajo, en la desigualdad y en la pobreza de México. *Contaduría y administración*, 60(Supl. 2), 219-249. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2015.05.003>

Cárdenas, E. (2017). La reestructuración económica de 1982 a 1994. <https://economichistory.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/69/2017/11/cardenas.pdf>

Cardozo, M. (1993). La descentralización de servicios de salud en México: hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política. *Gestión y Política Pública*, II (2). https://cide.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1011/806/1/000002782_documento.pdf

Carrillo, J. y García, H. (2002). Evolución de las maquiladoras y el rol del gobierno y del mercado en la seguridad en el trabajo. *Papeles de Población*, 8(33), 1405-7425. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=11203305>

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2016). Las Asociaciones Público-Privadas como alternativa de financiamiento para las entidades federativas. EECEFP,003 Cámara de Diputados. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2016/junio/eecefp0032016.pdf>

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2004). *Economía Informal*. Consulta electrónica septiembre 2022.

Chong, L. M. (18-21 de octubre de 2005). Innovación en e-gobierno y actividad empresarial: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social [Ponencia] X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile.

Código Fiscal de la Federación. Diario Oficial de la Federación, 26 de diciembre de 1990. México. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4695348&fecha=26/12/1990#gsc.tab=0

Cohen, E. y Franco, R. (1992). Evaluación de proyectos sociales. Siglo XXI Editores.

Colchero M.A., Gómez, R., Figueroa, J. L., Rodríguez-Atristain A. y Bautista-Arredondo S. (2020). Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Pública*, 62(6), 851-858. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11547>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/869be2be-2bdf-4463-9884-b353e2cdc705/content>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). Informe de Actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. https://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2018/IA_2018.pdf

Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2022). Salarios mínimos, 1980-2019. <https://www.gob.mx/conasami#7327>

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2018). Memoria Documental, 2013-2018. CONSAR. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415044/Memoria_Documental_VF.pdf

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2020). Información Estadística 2020. <http://www.consar.gob.mx/gobmx/aplicativo/siset/Enlace.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). Carencia por acceso a los servicios de salud 2010. https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/Acceso_a_los_servicios_de_salud_Censo_2010/Carencia_a_los_servicios_de_salud_2010.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2012a). Evolución de la pobreza por la dimensión de ingreso, 1992-2012. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-pobreza.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2012b). Medición de la pobreza, Archivo histórico 2020. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Archivo-historico.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). Evolución de las dimensiones de la pobreza 1990-2014. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/EDP/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-la-pobreza-1990-2014-.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). Medición de la Pobreza. Evolución de las dimensiones de pobreza 1990-2018. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-pobreza-.aspx>



Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019). El Progreso-Oportunidades-Prospera, a veinte años de su creación. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2021). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf

Consejo Nacional de Población. (2021). Índice de Marginación por entidad federativa, 2020. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/indice-de-marginacion-por-entidad-federativa-y-municipio>

Consejo Nacional de Población. (2022). Indicadores demográficos de la República Mexicana. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Constantini, A. R. (2015). La voz de la reforma energética de Peña Nieto: cómo se comunica una política pública en un entorno polarizado. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 4(2), 211-234. <http://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/article/view/138>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM]. (Art. 123). 6 de septiembre de 1929 (México). https://www.constitucion1917-2017.pjf.gob.mx/sites/default/files/CPEUM_1917_CC/procLeg/008%20-%2006%20SEP%201929.pdf

Córdova, A. (1976). La política de masas y el futuro de la izquierda en México. *Cuadernos Políticos*, 19, 14-49. <http://cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.19/CP19.4.ArnaldoCordova.pdf>

Crespo, J.A. (2014). ¿Por qué retorno el PRI al poder? *Nueva Época*, 7(35), 6-17. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4714250.pdf>

Dávila Torres, J., Rodríguez Díaz, M. Á. y Echevarría, Zuno, S. (2012). El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, retos y propuestas de política. FCE y editorial Alfíl.

Dávila, E. y Guijarro, M. (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. Serie Financiamiento del Desarrollo, 91. División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5300/S00133_es.pdf

De la Cruz Guerrero, J. (2012). Evolución del Gasto Público en Salud, 2000-2012. Gasto público, salud, Sistema de salud. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. <https://ciep.mx/evolucion-del-gasto-publico-en-salud-2000-2012/>

De la Mora, Source L. M. (2013). La Política Comercial de México durante el gobierno del presidente Felipe Calderón, (2006-2012): Avances y desafíos. *Foro Internacional*, 53, 794-815. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2171/2161>

Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Organización de las Naciones Unidas. Todos los artículos. 13 de septiembre de 2000.

Dion, M. y Murillo. L. (2006). Globalización, democratización y reforma del sistema de seguridad social en México, 1988-2005. *Foro Internacional*, XLVI (1) 183, 51-80. <https://www.jstor.org/stable/27738751>

Entorno de la Política Económica y Fiscal en México, 1982-1992. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1391/4.pdf>

Espejel, Espinoza, A. y Díaz, Sandoval, M. (2015). De violencia y privatizaciones en México: el caso de las asociaciones público-privadas en el sector penitenciario. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 4(1), 129-158. <http://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/rt/captureCite/111/101>

Flamand, L. y Moreno-Jaimes, C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. *Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012)*. *Foro Internacional*, 219, LV (1), 217-261. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2266/2256>

Franco, R. (2000). La agenda social de América Latina al comienzo del Tercer Milenio y el papel de las Políticas Sociales, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31483/S2000734_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Frenk, J. (2001). Desempeño del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Médica*, 137(5), 421-424. http://anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2001-137-5-419-443.pdf

Fuentes, V. (1959). Desarrollo y evolución del movimiento obrero a partir de 1929. *Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*, 5(17), 1-24. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/85189>

Fundación Mexicana para la Salud (2013) Universalidad de los servicios de salud Propuesta de Funsalud. Fundación Mexicana para la Salud. https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/UNIVERSALIDAD-DE-LOS-SERVICIOS_DEF.pdf

Gaete, R. (2015). Costos Unitarios de Servicios Brindados por una Unidad de Salud de la Familia: Evidencia en el Caso Paraguayo. *Value Health*, 18(7), 851-852. [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(15\)02513-9/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS109830155025139%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(15)02513-9/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS109830155025139%3Fshowall%3Dtrue)

García Delgado, D. (2013). Estado y Políticas Públicas: hacia un nuevo paradigma. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 1, 14-18. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1386646016_1-garcia-delgado-editorial.pdf

García Nieto, H. (Coord.) (2004). El Instituto Mexicano del Seguro Social y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores. F.F. Ebert- Stiftung.



García Valerio, Y. y Wissar Acosta, E. (2013). La medicina familiar frente a los retos de los avances tecnológicos. *Medicina familiar*, 189-204. Editorial Alfil. <https://docplayer.es/10165989-Medicina-familiar-editorial-alfil.html>

Gobierno de la República. (2013). Estrategia Digital Nacional. Gobierno de la República. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/17083/Estrategia_Digital_Nacional.pdf

González Gonzalez, M. A. (2000). Fobaproa y sus consecuencias económicas, políticas, sociales y jurídicas [Tesis de maestría Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/6322/1/1080094999.PDF>

González, L. M. (2007). El modelo de gestión clínica en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz. *Universitas Médica* 48(3), 221-227. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668004.pdf>

Gutiérrez, R. (2014). Reformas estructurales de México en el sexenio de Felipe Calderón: la energética. *Economía UNAM*, 11(32), 32-58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2014000200003&lng=es&tlng=es.

Ham Chande, R. (2003). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. *Papeles de Población*, 5(19), 7-21. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201902>

Hernández, E. y Velázquez, J. (2003). Globalización, desigualdad y pobreza: lecciones de la experiencia mexicana. UAM-Plaza y Valdés.

Hernández, R. (2011). ¿Aprende a gobernar la oposición? Los gabinetes presidenciales del PAN, 2000-2010. *Foro Internacional*, LI (1), 68-103. <https://repositorio.colmex.mx/concern/articles/v979v3524?locale=es>

Hevia de la Jara, F. (2009). De Progres a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox. *Sociológica (México)*, 24(70), 43-81. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000200003&lng=es&tlng=es.

Huerta, González A. (2012). La situación económica que deja Felipe Calderón. *Boletín Momento Económico (Nueva Época)*, 2, 25-26. http://ru.iiec.unam.mx/2749/1/Boletin_25-26Momento_Economico-nueva_epoca.pdf.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1970). IX Censo General de Población de 1970. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1970/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1986). Estadísticas Históricas de México. Tomo I y II. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/380/702825003437/702825003437_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2000/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). Encuesta Nacional de Empleo. <https://www.inegi.org.mx/programas/ene/2004/#Tabulados>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2007). Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825168629/702825168629_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2015). Estadísticas Históricas de México 2014. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/HyM2014/EHM2014.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2018a). Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2018. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825107000>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2018b). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Presentación de Resultados 2018. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2020). Economía y Sectores Productivos. www.inegi.org.mx/temas/pib/

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021a). Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2020. Versión actualizada. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463901617.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021b). Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares. <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2022). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#Tabulados>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/estudios/IF_Portabilidad_11.pdf

Józefowicz, A. (2019). Balance de la economía mexicana en el sexenio de Enrique Peña Nieto. <https://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr.opalc/files/BALANCE%20DE%20LA%20ECONOMIA%20MEXICANA%20EN%20E%20L%20SEXENIO%20DE%20ENRIQUE%20PE%20C3%91A%20NIETO.pdf>

Juan, M., Moguel Ancheita A.; Valdés Olmedo C., González Pier, E., Martínez, González G., Barraza Llorens M., Aguilera Aburto N., Trejo Rayón S., Soberón Acevedo G., Frenk Mora J., Ibarra Espinosa I., Lee, G. Manuell, Tapia Conyer R., Kuri, Morales P., Noriega Curtis C., Cano Valle F. y Uribe Zúñiga, P. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(especial), 1-64. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001

Lara, R. (2002). Plan integral de calidad 1998-2000: experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *El Cotidiano*, 18(112), 24-36. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32511203.pdf>

Laurell, A. C. (1997). La reforma contra la salud y la seguridad social. *Fundación Friedrich Eber*

Laurell, A. C. (1998). El Banco Mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS. *Nueva Época/Salud Problema*, 3(4), 57-62. <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/84/84>

Laurell, A. C. (1999). La reforma del Estado y la política social en México. *Nueva Sociedad*, (164), 146-158. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/2818_1.pdf

Laurell, A. C. (2008). El modelo privatizador en los sistemas de salud: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. En R. Ortiz (Coord.), *Diez años de reformas a la seguridad social en México. Balance, perspectivas y propuestas* (pp. 73-112). Centro de Producción Editorial. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3485/14.pdf>

Laurell, A. C. (2013). Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. CLACSO -CROP. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Laurell, A. C. y Herrera Ronquillo, J. (2010) La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n2/137-148/es>

Lavielle, B. (2010). Seguro popular: financiamiento y gestión. <https://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/segpo2.pdf>

Leal Fernández, G., Sánchez Pérez, H. J. y León Cortés, J.L. (2016). Sobre la propuesta de "universalidad" en salud: Mercedes Juany Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*, (38), 117-141. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162016000200117

Leal, G. (2009). El IMSS bajo el foxismo. *Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco*.

Leal, G. (2010). Subrogación de guarderías: ¿por qué estamos donde estamos? Cinco apuntes. *Estudios Políticos*, 9(20), 145-154. <https://www.redalyc.org/pdf/4264/426439541007.pdf>

Leal, G. (2013) ¿Protección Social en Salud? Ni "Seguro", ni "Popular". *Estudios políticos*, 9(28), 163-193. <https://www.redalyc.org/pdf/4264/426439549008.pdf>

León, S. y Marván, I. (1985). En el cardenismo (1934-1940) la clase obrera en la historia de México. Siglo XXI

Levy, S. y Rodríguez, E. (2005). Sin herencia de pobreza. El Programa Progres-Oportunidades de México. Banco Interamericano de Desarrollo-Planeta.

Ley de Asociaciones Público Privadas de 2012. (16 de enero de 2012). Decreto por el que se expide la Ley de Asociaciones Público Privadas, y se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas; la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; la Ley de Expropiación; la Ley General de Bienes Nacionales y el Código Federal de Procedimientos Civiles. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5230740&fecha=16/01/2012#gsc.tab=0

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 2007. 31 de marzo de 2007. Diario Oficial de la Federación.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria de 2006. (30 de marzo de 2006). Decreto por el que se expide la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfprh/LFPRH_orig_30mar06.pdf

Ley Federal del Trabajo de 1931. (28 de agosto de 1931). Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4532620&fecha=28/08/1931&cod_diario=193390

Ley General de Desarrollo Social de 2016. (1 de junio de 2016). Decreto por el que se reforman los artículos 6, 14, 19 y 36 de la Ley General de Desarrollo Social. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgds/LGDS_ref04_01jun16.pdf

Ley General de Salud de 1983. 15 de noviembre de 1983. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley General de Salud de 1984. (7 de febrero de 1984). Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0

Ley General de Salud de 2003. (15 de mayo de 2003). Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003#gsc.tab=0

Ley General de Salud de 2003. 15 de mayo de 2003. Exposición de Motivos Diario Oficial de la Federación.

Ley General de Salud de 2012. (30 de enero de 2012). Decreto por el que se adicionan los artículos 224 Bis y 224 Bis 1 a la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5231484&fecha=30/01/2012#gsc.tab=0



Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de 1982. (29 de diciembre de 1982). Decreto de reformas y adiciones. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf/LOAPF_ref04_29dic82_ima.pdf

Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros de 2007. (15 de junio de 2007). Decreto por el que se abroga la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros, publicada el 26 de enero de 2004, se expide la Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los Servicios Financieros y se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Instituciones de Crédito y de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y la Ley de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4990741&fecha=15/06/2007#gsc.tab=0

Leyva, Piña M. A. y López, Matías, B. L. (2016). Neoliberalismo y sindicalismo mexicano aletargado. *El Cotidiano*, (200), 49-59. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32548630005.pdf>

Leyva, Piña M. A. y Pichardo, Palacios, S. (2009). Conflictos y lucha de los trabajadores durante el gobierno de Calderón. *El Cotidiano*, (154), 107-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32512736012>

Loeza, S. (1994). Political liberalization and uncertainty in Mexico. En M. Cook., K. Middlebrook. y J. Molinar, *The Politics of economic restructuring. State-Society Relations and Regime Change in Mexico*, Center for U.S.- Mexican Studies, University of California, San Diego.

Loeza, S., Celorio, Morayta G. y Mabire, B. (2020). La Presidencia acorralada de Enrique Peña Nieto. *Foro Internacional*, 60(3), 945-984, <https://www.jstor.org/stable/10.2307/26920804>

Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>

López Moreno, S., Vértiz Ramírez, J., Jarillo Soto, E., Garrido Latorre, F. y Villa Contreras, B. (Coord.) (2014). *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. Instituto Nacional de Salud Pública y Universidad Autónoma de México. https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_SiCalidad.pdf

López, A. (2005). Los fundamentos de la Nueva Gestión Pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo, en Thwaites Rey y López (eds.), *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino*. Prometeo.

López-Arellano O. y Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 43-54. <https://www.scielo.br/j/csp/a/g3hvk9CVnTD8mQN94TMrTr/?lang=es>

López-Arellano, O. y Jarillo-Soto, E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), 1-13. <https://www.scielo.br/j/csp/a/b95pV6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/?format=pdf&lang=es>

Maceira, D. (1998). Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo. *Partnerships for Health Reform*. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach198.pdf

Márquez, G. (2014). De crisis y estancamiento: la economía mexicana, 1982-2012. En G. Márquez (Coord.), *Claves de la historia económica de México. El desempeño de largo plazo (siglos XVI-XX)* (pp. 179-216). Fondo de Cultura Económica.

Martínez, I. (1970). La distribución del ingreso en México, tendencias y perspectivas. En D. Ibarra., I. Martínez., L. Solís, y V. Urquidi (Coords.), *El perfil de México en 1980* (pp. 15-71). Siglo XXI Editores.

Medwave. (1 de junio de 2012). Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. <https://www.medwave.cl/series/GES01/5418.html>

Meyer, L. (2015). Felipe Calderón o el infortunio de una transición. *Foro Internacional*, 55(1), 16-44. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-013X2015000100016&script=sci_abstract

Meyer, R. (1975). Instituciones de seguridad social: proceso historiográfico. *Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas, INAH*. http://mediateca.inah.gob.mx/islandora_74/islandora/object/informe%3A1076

Molina, G. de J. (Coord.). (2015). *Modelo de Atención Integral (MAI) Documento de Arranque*. Secretaría de Salud.

Molina, M. y Tobar, F. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *RevIISE*, 12(12), 65-73. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/272/pdf>

Montero Bagatella, J. C. (2011). El cambio en el régimen de políticas a través de la crisis. Análisis del desempeño gubernamental frente a las crisis en Argentina, España y México. *CONfines de relaciones internacionales y ciencia política*, 7(13), 83-110. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35692011000100004&lng=es&tlng=es.

Navarro, M. F. (16 de abril de 2018). 2012-2018, el sexenio del empleo (mal pagado). *Forbes*, México. <https://www.forbes.com.mx/2012-2018-el-sexenio-del-empleo-mal-pagado/>

Neme, S. K. (2019). A 20 años de la implementación del Expediente Clínico Electrónico en México. *Boletín CONAMED*, 5(especial), 75-90. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin26/Besp26_10.pdf

Ocampo, R. (11 de abril de 2016). La fragmentación de la seguridad social: El Parque Acuático Oaxtepec. Nexos. <https://cultura.nexos.com.mx/la-fragmentacion-de-la-seguridad-social-el-parque-acuatico-oaxtepec/>

Ochoa, S. (2004). Economía Informal 2004. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de Diputados. <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/21167/105063/file/FATST002%20Economia%20informal.pdf>

Oficina Internacional del Trabajo (2000). Informe sobre el trabajo en el mundo 2000: La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación, Editorial Organización Internacional del Trabajo, <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb279/pdf/esp-7.pdf>

Oficina para la Innovación Gubernamental (2001). Modelo Estratégico para la Innovación y la Calidad Gubernamental. http://www.cca.org.mx/apoyos/ap073/mod2/mod_est.pdf

Olmeda, J. C., y Armesto, M. A. (2013). México: el regreso del PRI a la Presidencia. Revista de Ciencia Política, 33(1), 247-267. <https://www.redalyc.org/pdf/324/32427002012.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2010). Informe sobre el trabajo en el mundo 2009. Crisis mundial del empleo y perspectivas, Editorial Instituto Internacional de Estudios Laborales, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--publ/documents/publication/wcms_151264.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal, Editorial, Organización Mundial de la Salud, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (1998). Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Editorial, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2014). Estudio sobre la contratación pública del Instituto Mexicano del Seguro Social. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica, Editorial OECD, https://read.oecd-ilibrary.org/governance/estudio-sobre-la-contratacion-publica-del-instituto-mexicano-del-seguro-social_9789264200364-es#page4

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México, Editorial OECD, <https://www.oecd.org/pensions/private-pensions/OECD-Review-Pension-Systems-Mexico-Highlights-ESP.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2018). Desigualdad en los ingresos, Editorial OECD, <https://www.oecd.org/espanol/estadisticas/diferencia-ingresos.htm>

Ornelas, C. (1998). La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ornelas, C. (2008). El SNTE, Elba Esther Gordillo y el gobierno de Calderón. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(37), 445-469. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662008000200008

Ortega, B. (2012). Análisis Coste-Beneficio. *Extoikos*, (5), 47-149. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5583839>

Ortega, Y. y Somuano, M.F (2015). Introducción: El periodo presidencial de Felipe Calderón Hinojosa. *Foro Internacional*. 219, LV (1), 5-15 El Colegio de México. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2260/2250>

Osorio, M., Ravelo, P. y Sánchez, S. (2006). La respuesta sindical en el IMSS (Líderes y bases del SNTSS ante la modernización), 1989-2004. *Nueva antropología*, 20(66), 87-107. <https://www.scielo.org.mx/pdf/na/v20n66/v20n66a5.pdf>

Paolillo, E., Uruguay R., Cabrera, D., Martins, L., Scasso, A. Constantin, A., Ferreira, M., Flores, F., Genta, D., Álvarez, J. (2008). Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia con IR-GRD en el Sanatorio Americano, sistema FEMI. *Revista Médica del Uruguay*, 24, 258-266. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v24n4/v24n4a05.pdf>

Pavón León, L. M, López Landa, L, y Pavón Verdejo, J. A. (2022). Características de la salud pública en México, en el marco de la globalización. *Ciencia administrativa*, (2), 29-44. <https://www.uv.mx/iiesca/files/2023/03/3.pdf>

Pérez Llanas, C. y Pérez Rodríguez, B. N. (2014). El empleo en México 2000-2012. La condición de los trabajadores: desempleo e informalidad. *Veredas*. *Revista del pensamiento sociológico*, (29), 139-162. <https://veredasojs.xoc.uam.mx/index.php/veredas/article/download/350/347/>

Piketty, T. (2015). *La crisis del capital en el siglo XXI: crónicas de los años en que el capitalismo se volvió loco*. Siglo XXI Editores.

Plenilunia Salud Mujer, (7 de abril de 2016). Ceremonia conmemorativa del Día Mundial de la Salud en la que se atestiguó la firma del Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, signado por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los Gobernadores de Baja California Sur, Estado de México y Oaxaca [Reseña]. <https://plenilunia.com/salud-publica/novedades-medicas/mexico-da-primer-gran-paso-hacia-universalizar-servicios-de-salud-y-asegurar-que-todo-mexicano-tenga-acceso-efectivo-a-atencion-medica-de-calidad/39793/>

Pomar, S. (2004). La Guardería subrogada: una estrategia de cambio en la forma de organización. *Revista de Ciencias y Humanidades*, 56(25), 193-215. <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/393#:~:text=Las%20guarder%C3%ADas%20son%20una%20forma,atendido%20durante%20su%20jornada%20laboral>.

Pozas, R. (1992). El desarrollo de la seguridad social en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 54(4), 27-63. <https://www.jstor.org/stable/3540936>

Presidencia de la República. (2 de diciembre de 2012). Firma del Pacto por México. Discurso del presidente. <https://www.gob.mx/epn/prensa/firma-del-pacto-por-mexico-14331>

Presidencia de la República. (1983). Programa de Descentralización Administrativa, 1983-1988. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4673306&fecha=18/06/1984#gsc.tab=0

Presidencia de la República. (1993). Carlos Salinas de Gortari. Quinto Informe de Gobierno. Poder Ejecutivo Federal. <https://cedocvirtual.sectur.gob.mx/janium/Documentos/2012/000783.pdf>

Presidencia de la República. (1994). Sexto Informe de Gobierno, Carlos Salinas de Gortari. Centro de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/re/RE-ISS-09-06-17.pdf>

Presidencia de la República. (2011). Quinto Informe de Gobierno. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/quinto-informe-de-gobierno-mexico-prospero>

Presidencia de la República. (2018). Anexo Estadístico del Sexto Informe de Gobierno de Enrique Peña Nieto. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/sexto-informe-de-gobierno>

Ramírez, B. (2019). La necesaria reconstrucción de un sistema público de pensiones para la sociedad mexicana. *El trimestre económico*, 86(344), 967-1001. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31362905004>

Ramírez, M. (13 de julio de 2020). Servicios integrales, bajo la lupa del IMSS, *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/opinion/Servicios-integrales-bajo-la-lupa-del-IMSS-20200712-0084.html>

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria de 2006. (28 de junio de 2006). *Diario Oficial de la Federación*. https://dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4912953&fecha=28/06/2006&cod_diario=210024

Reglamento del Código Fiscal de la Federación de 1990. (15 de mayo de 1990). Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento del Código Fiscal de la Federación. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4655210&fecha=15/05/1990&cod_diario=200426

Restrepo, I. (9 de abril de 2018). La estafa maestra, ejemplo de corrupción e impunidad. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2018/04/09/opinion/017a2pol>

Reyes Reza, I., Zúñiga González, N. y Trejo Valencia, A.G. (2021). El rendimiento real de las AFORE en México y sus efectos en el desarrollo sustentable. En J. A. Botell, M. Chaparro Salinas, J. A. Ruiz Tapia, C. E. Estrada Gutiérrez, M. C. Hernández Silva, y M. I. Sánchez Paz (Comp.), *La Innovación y la gestión del conocimiento ante los retos de la sustentabilidad y el desarrollo local en América Latina* (pp. 25-40). Editorial Red de Investigación Latinoamericana en Competitividad Organizacional. https://www.rilco.org/wp-content/uploads/2022/01/Libro_3.pdf

Reyes, E. R. (2011). *Las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Una alternativa de reorganización administrativa de la prestación de servicios de salud para atender con eficiencia del 90 al 95% de la demanda de atención* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]

Ribe, H., Robalino, D. A. y Walker, I. (2012). *De los Derechos a la Realidad. Incentivos, mercados de trabajo, y el desafío de la protección social universal en América Latina y el Caribe*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Asociación Internacional de Fomento o Banco Mundial. <https://www.bivica.org/files/derechos-realidad-incentivos.pdf>

Rubio, J. (2017). Sindicalización y precariedad laboral en México. *Región y sociedad*, 29(68), 37-75. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252017000100037&lng=es&nrm=iso

Ruelas, E. (2012). *La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala*. En M. A. Alcántara Balderas (Coord.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp. 15-34). Editorial Secretaría de Salud. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf

Ruiz de Chávez, M., Martínez-Narváez, G., Calvo-Ríos, JM, Aguirre-Gas, H., Arango, R., Lara, R., Caminos, MI, Ortiz, G., Ugalde, E., y Herrera, F. (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública de México*, 32(2), 156-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632207>

Sánchez, G. (1963). *Orígenes y Evolución de la Seguridad Social en México*. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. <http://ru.iis.sociales.unam.mx/bitstream/IIS/5967/2/OrigenesEvolSegSocMx.pdf>

Sánchez, J. (2010). *La privatización en México como retracción estatal*. Instituto de Administración Pública del Estado de México, A. C. <https://iapem.edomex.gob.mx/editorial/revistas/2010LPMRE.pdf>

Sánchez, J. (2018). *Administración Pública y Reforma del Estado en México*. Academia Internacional de Ciencias Político-Administrativas y Estudios de Futuro. https://www.iapas.mx/Publicaciones/IAPAS_Admin_Publica_Estado.pdf

Schmidt, S. (2003). *Los grandes problemas nacionales: versión siglo XXI*. Aguilar.

Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. (1996). Programa de Modernización de la Administración Pública Federal 1995-2000. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4886172&fecha=28/05/1996#gsc.tab=0

Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. (2001). Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=762400&fecha=20/08/2001#gsc.tab=0.

Secretaría de Desarrollo Social. (2011). Manual ciudadano 2011: Sedesol a los ojos de todos. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/imagenes2013/MC%202011.pdf>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C. (2022). Tasa de desempleo en México. https://www.proyectosmexico.gob.mx/porque-invertir-en-mexico/mercado-potencial/sd_historico-tasa-de-desempleo-en-mexico/

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1989). Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd/PND_1989-1994_31may89.pdf

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1995). Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#gsc.tab=0

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1996). Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996#gsc.tab=0

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2000). Reglas para la Operación del Ramo de Salud. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2055276&fecha=24/05/2000#gsc.tab=0

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2001). Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/compila/pnd.htm>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2003). Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003. https://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2003/index.html

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2004). Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2004. https://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2004/index.html

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2005). Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2005. https://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2005/index.html

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2006). Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2006. https://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2006/index.html

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4989401&fecha=31/05/2007#gsc.tab=0

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013#gsc.tab=0

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2015). Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018. Segundo Informe de Ejecución 2014. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/30345/2_ie_2014_CONSOLIDADO.pdf

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2018). Cuenta Pública, 1990-2018. Gasto Programable en Clasificación Funcional. <http://presto.hacienda.gob.mx/EstoporLayout/estadisticas.jsp>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2020a). Cuenta Pública, Anexo Estadístico del Informe de Gobierno. <https://www.datos.gob.mx/busca/dataset/sexta-informe-de-gobierno>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2020b). Cuenta Pública. <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/>

Secretaría de la Contraloría General de la Federación. (1990). Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652318&fecha=16/04/1990#gsc.tab=0

Secretaría de la Función Pública. (2008). Programa Especial de Mejora de la Gestión Pública, en la Administración Pública Federal 2008-2012. https://www.apartados.hacienda.gob.mx/sed/documentos/planeacion/mejoradelaestion2008_2012.pdf

Secretaría de Programación y Presupuesto. (1983). Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4805999&fecha=31/05/1983#gsc.tab=0

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1984). Programa Nacional de Salud 1984-1988. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4682511&fecha=09/08/1984#gsc.tab=0

Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2016). Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/76997/ACUERDO_NACIONAL_FIRMADO_7_ABRIL_2016.pdf

Secretaría de Salud. (1991). Programa Nacional de Salud 1990-1994. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4698929&fecha=11/01/1991#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (1996). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_01.pdf

Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=

Secretaría de Salud. (2002). Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida". <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>

Secretaría de Salud. (2006). Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). Secretaría de Salud. <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MIDAS.pdf>

Secretaría de Salud. (2008). Programa Sectorial de Salud 2007-2012. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5028687&fecha=17/01/2008#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (2009). Convenio General de Colaboración General para la Atención de Emergencias Obstétricas, que celebraron la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, firmado el 28 de mayo de 2009. <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf>

Secretaría de Salud. (2010a). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad). https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5173504&fecha=31/12/2010#gsc.tab=

Secretaría de Salud. (2010b). Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5133907&fecha=04/03/2010#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (2011a). Acuerdo general de colaboración para el intercambio de servicios. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16885/ACUERDO_GENERAL_DE_COLABORACION.pdf

Secretaría de Salud. (2011b). Manual institucional y guía sectorial para la aplicación de la metodología de costos. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/802314/Manual_de_Costos.pdf

Secretaría de Salud. (2012a). Manual de Operación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276976&fecha=08/11/2012#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (2012b). Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (2013). Integración de Información del Padrón General de Salud. Reunión Nacional de Integración y Desarrollo del Sector Salud 2013. Hacia el acceso efectivo a los servicios de salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/P_PGS.pdf

Secretaría de Salud. (2013a). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013#gsc.tab=

Secretaría de Salud. (2013b). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud. Enero-junio 2013. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>

Secretaría de Salud. (2014). Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/MANUAL_DE_LINEAMIENTOS.pdf

Secretaría de Salud. (2015). Requerimiento de Información de Oferta y Demanda para el Programa de Intercambio de Servicios del Sector Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16883/BOLET_N_DE_REQUERIMIENTOS.pdf

Secretaría de Salud. (31 de octubre de 2018). Comunicado SSA 416, Comparecencia de Narro Robles, ante integrantes de la Comisión de Salud del Senado de la República. <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/mexico-requiere-un-sistema-de-salud-renovado-narro-robles-180796?idiom=es>

Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>

Seelke, C.R. y Finklea, K.M. (2013). U.S.-Mexican Security Cooperation: The Mérida Initiative and Beyond. Congressional Research Service.

Shirley, M. (1986). "Desincorporación de empresas estatales en países en desarrollo". Empresa Pública. CIDE.

Shulgovski, A. (1980). México en la Encrucijada de su Historia. Ediciones de Cultura Popular.

Silva Calva, V. y Donjuan Briones, J. M. (1994). Administración por calidad, teoría y práctica en el Instituto Mexicano del Seguro Social [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales]. <http://132.248.9.195/pmig2016/0218169/0218169.pdf>

Soberón, G. (2001). "La participación del sector privado". Gaceta Médica de México, 137(5), 437-480.

Soberón-Acevedo, G. y Martínez-Narváez, G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. Salud Pública de México 38(5), 371-378. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>

Solís de Alba, A. y Ortega, M. (2015). Neoliberalismo y Contrarreforma de la Legislación Laboral (1982-2013). Itaca.



Soria, V. (2001). El mercado de trabajo en Brasil y México a la luz de la integración internacional y la crisis financiera. Comercio Exterior, 425-437. <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/36/8/RCE.pdf>

Sosa, S. W. (2014). México: treinta años de macroeconomía neoclásica. Análisis Económico, XXIX (71), 29-57. <https://www.redalyc.org/pdf/413/41333722003.pdf>

Soto, M. (2017). El Bienestar Social en la Hacienda Pública en México, 1934-2016 [Tesis Doctoral, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/1064>

Steel, David y Head, D. (1985). Privatización de la empresa pública: la trayectoria del gobierno conservador británico 1979-1983 en Horacio Boneo, Privatización, del dicho al hecho, Ediciones el Cronista Comercial, 295-330. https://books.google.com/cu/books?hl=es&id=B_67AAAAIAAJ&focus=searchwithinvolume&q=ep%C3%ADlogo

Tello, C. (2010). Estancamiento económico, desigualdad y pobreza: 1982-2009, Economía UNAM, 7 (19), 5-44. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2010000100001&lng=es&tIng=es.

Terrones Cordero, A. (Coordinador). (2011). Globalización, Crisis y Crecimiento en México. Instituto de Ciencias Económico Administrativas, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4831/libro-globalizacion-capitulos-introduccion-crecimiento.pdf>

Tokman, V. E. (2006). Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Universidad Nacional Autónoma de México (1982-1994). IMSS quejas e inconformidades 1982-1994. Hemeroteca de la UNAM. <https://hndm.iib.unam.mx/consulta/busqueda>.

Uribe, C. (2004). Desarrollo social y bienestar. Universitas Humanística, XXXI (58), 11-25. <https://www.redalyc.org/pdf/791/79105802.pdf>

Valdés, M. E. (2020). Medios, debate público y reforma educativa en México (2013-2014). Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM-Iztapalapa, 41(88), 163-195. <https://doi.org/10.28928/ri/882020/aot2/valdesvegam>

Valdovinos Chávez, C. M. (2010). Regulación base cero: retos y desafíos. Buen Gobierno, 9, 58-71. <https://www.redalyc.org/pdf/5696/569660529005.pdf>

Valenzuela, C. M. (2014). Determinación del costo unitario, una herramienta financiera eficiente en las empresas. Revista El Buzón de Pacioli, XIII (87), 4-18. <https://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/Documents/Pacioli-87-eBook.pdf>

Vargas, A. (2001). La gestión de los servicios médicos del IMSS a partir de la reforma de 1995 [Tesis en Administración Pública Colegio de México]. <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/2v23vt736?locale=es>

Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C., y Sosa A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33 (1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Walravens, A. (1986). La privatización: formas y alternativas, Empresa Pública. Centro de Investigación y Docencia Económica.

Woldenberg, J. (2012). Historia mínima de la transición democrática en México. Colegio de México.

Wolf, S. (2011). La Guerra de México contra el narcotráfico y la Iniciativa Mérida: Piedras angulares en la búsqueda de legitimidad. Foro Internacional, 206. LI (4), 669-714. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2072/2062>

Zapata, F. (2004). ¿Democratización o rearticulación del corporativismo? el caso de México. Política, 42, 13-40. <https://www.redalyc.org/pdf/645/64504203.pdf>

Zavala, M. (2008). La elección presidencial de 2006: Una visión de conjunto. Dictamen 2006 Relativo al Cómputo final de la elección del presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Declaración de Validez de la elección del presidente electo, 17-40. https://www.te.gob.mx/publicaciones/sites/default/files/archivos_libros/Dictamen%202006.pdf

Zepeda, E. (1994). El gasto social en México: de la estabilización ortodoxa al neoliberalismo social. Pobreza, Especial, 171-196. <https://fronteranorte.colef.mx/index.php/fronteranorte/article/view/1711/1141>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 11 de 1995 (AHCT 11/95) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995b]. Se autoriza aprobar la propuesta de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. Asimismo, se establecen siete Direcciones Regionales, señalándose su circunscripción territorial y siete Consejos Consultivos Regionales, con competencia en el ámbito territorial de las propias Direcciones Regionales. 11 de enero de 1995.

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 489 de 1997 (AHCT 489/97) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997a]. Se autoriza el Programa de Enajenación de Inmuebles sin Uso Institucional por el por el Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social. 8 de octubre de 1997.

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 489 de 1997 (AHCT 489/97) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997b]. Se autoriza la Reestructuración del Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec, presidente Adolfo López Mateos, así como las bases para su autonomía técnica, financiera, administrativa y operativa mediante un Consejo Consultivo tripartita, y el proyecto de modernización de este. 19 de noviembre de 1997.

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 553 de 1997 (AHCT 553/97) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997c]. Autorización para que el H. Consejo Técnico en su carácter de órgano de gobierno, representante legal y administrador general otorgue en concesión las zonas denominadas ampliación y dominguera del Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec con la intervención de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, de conformidad con la convocatoria, el programa de actividades y las bases y reglas respectivas. 19 de febrero de 1997.

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 151 de 1999 (AHCT 151/99) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999c]. Autorización para establecer los lineamientos para el Programa Institucional de Enajenación de Bienes Muebles 1999 enajenar, para su desincorporación del Instituto. 24 de abril de 1999.

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 628 de 1999 (AHCT 628/99) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999d]. Autorización de la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada. 17 de noviembre de 1999.

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 25 de 2000 (AHCT 25/2000) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2000b]. Se autoriza enajenar el inmueble conocido como Parque del Deportivo del Seguro Social, ubicado en la Ciudad de México, D. F. 19 de enero de 2000. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2000>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 260 de 2001 (AHCT 260/2001) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001b]. Propuesta de Reestructuración Organizacional de la Dirección de Afiliación y Cobranza", la Dirección de Administración, Organización y Calidad para tramitar la reestructuración de que se trata, ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. 30 de mayo de 2001. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2001>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 425 de 2001 (AHCT 425/2001) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001a]. Propuesta de reestructuración de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales" y la creación de la Coordinación de Servicios de Ingreso, para lo cual se deberá realizar su registro ante las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Se modifica en lo conducente el Acuerdo del H.C.T. 177/2001. 22 de agosto de 2001. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2001>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 635 de 2001 (AHCT 635/2001) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2001c]. Desconcentración técnica, financiera, administrativa y operativa a los Centros Vacacionales de La Trinidad, Malintzi y Metepec; así como del Centro Vacacional Oaxtepec "Lic. Adolfo López Mateos", con la dependencia normativa de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales; se aprueba la Reestructuración de los centros vacacionales citados; aprobar la disolución del Consejo Consultivo del Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec. 21 de noviembre de 2001. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2001>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 602 de 2002 (AHCT 602/2002) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002b]. Autorizar que a partir de 2003 se pueda operar el esquema vecinal comunitario en sus variantes Simplificado e Intermedio para la contratación de los servicios de guardería. de fecha 13 de noviembre de 2002. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2002>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 5 de 2003 (AHCT 5/2003) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003c]. Aprobar la propuesta relativa a la Reorganización y Fortalecimiento de los Servicios de Atención a la Salud–Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAEs), presentada por el Doctor Onofre Muñoz Hernández, director de Prestaciones Médicas a que se refiere en la documentación anexa al oficio 85 del 9 de enero de 2003. 15 de enero de 2003. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2003>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 227 de 2003 (AHCT 227/2003) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003d]. Se aprueban los documentos normativos: A. "Sistema de Información, Evaluación y Rendición de Cuentas de las Unidades Médicas de Alta Especialidad", y B. "Guías de Supervisión y Evaluación de las Unidades Médicas de Alta Especialidad". 16 de junio de 2003. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2003>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 389 de 2003 (AHCT 389/2003) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003e]. Se autoriza la entrada en operación de las Unidades Médicas de Alta Especialidad del: a) Hospital de Traumatología Magdalena de las Salinas; b) Hospital de Cardiología No. 34 de Monterrey, Nuevo León; y c) Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente. 22 de octubre de 2003. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2003>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 3 de 2004 (AHCT 3/2004) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004a]. Se aprueba el proyecto genérico del Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, que presenta la Dirección de Prestaciones Médicas con oficio 8019 de fecha 11 de diciembre de 2003, en cumplimiento a lo dispuesto por este propio Cuerpo Colegiado en su Acuerdo 461/2003 del 10 de diciembre de 2003. 21 de enero de 2004. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2004>



Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 4 de 2004 (AHCT 4/2004) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004b] Se autoriza la entrada en operación durante el año 2004 de las Unidades Médicas de Alta Especialidad de: a) Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", D.F.; b) Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", D.F.; c) Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", D.F.; d) Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", Edo. de Méx.; e) Hospital de Especialidades No. 25 del Centro Médico Nacional del Noreste, Monterrey, Nuevo León; f) Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco; g) Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", D.F.; h) Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", D.F.; i) Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", D.F.; j) Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza", D.F.; y k) Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", D.F., considerando los aspectos referentes al Manual de Organización, la integración del presupuesto 2004, la operación del sistema de abasto y la estructura jurídica de dichas unidades, según la propuesta que presenta la Dirección de Prestaciones Médicas. 21 de enero de 2004. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2004>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 18 de 2004 (AHCT 18/2004) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004c]. Aprobar la propuesta presentada por el doctor Santiago Levy Algazi, Director General, y nombrar al doctor Jaime Antonio Zaldívar Cervera como Titular de la Unidad Médica de Alta Especialidad: Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional "La Raza", D.F., con las atribuciones y obligaciones que a dicho puesto corresponden. 21 de enero de 2004. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2004>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 148 de 2004 (AHCT 148/2004) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004d]. Se autoriza la entrada en operación durante el año 2004 de las Unidades Médicas de Alta Especialidad de: a) Hospital de Especialidades No. 71, Torreón, Coahuila; b) Hospital de Especialidades No. 1 del Centro Médico Nacional del Bajío, León, Guanajuato; c) Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío, León, Guanajuato; d) Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", Puebla, Puebla; e) Hospital de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", Puebla, Puebla; y f) Hospital de Gineco Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, considerando los aspectos referentes al Manual de Organización, la integración del Presupuesto 2004, la operación del sistema de abasto y la estructura jurídica de dichas unidades, según la propuesta que presenta la Dirección de Prestaciones Médicas. 22 de abril de 2004. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2004>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 447 de 2004 (AHCT 447/2004) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004e]. Se autoriza la entrada en operación durante el año 2004 de las Unidades Médicas de Alta Especialidad de: a) Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruíz Cortines", Veracruz, Veracruz; b) Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donald Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste, Ciudad Obregón, Sonora; c) Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21, Monterrey, Nuevo León; y d) Hospital de Gineco Obstetricia No. 23 "Dr. Ignacio Morones Prieto", Monterrey, Nuevo León, conforme a la propuesta que presenta la Dirección de Prestaciones Médicas. 22 de septiembre de 2004. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2004>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 5 de 2005 (AHCT 5/2005) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005e]. Entrada en operación de la UMAE: Hospital de Especialidades del CMN "Ignacio García Téllez", Mérida, Yucatán. 19 de enero de 2005. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2005>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 459 de 2005 (AHCT 459/2005) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005b]. Aprueba la "Propuesta de Modificación a la Estructura Organizacional del IMSS", que presenta el licenciado Fernando Flores, Director General del Instituto, anexa al oficio 948 de esta fecha, de la Dirección de Desarrollo de Personal y Organización. 26 de octubre de 2005. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2005>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 503 de 2005 (AHCT 503/2005) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005c]. Se suprimen las Direcciones Regionales: Centro, Norte, Occidente y Sur, y transferir a la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones las funciones relativas a la Coordinación y Apoyo de Delegaciones. 23 de noviembre de 2001. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2005>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 484 de 2007 (AHCT, 484/2007) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007]. Autorización para la contratación multianual de 4 servicios médicos integrales por el periodo de 2008 a 2010. 11 de diciembre de 2007. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2007>

Acuerdo del Honorable Consejo Técnico 160 de 2008 (AHCT 160/2008) [Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008]. Se autoriza un presupuesto multianual a partir de 2008 que permita incrementar la capacidad en el servicio de guarderías, así como el Programa de Expansión 2008, para abrir 156. 16 de julio de 2008. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/acuerdos2008>

Instituto Mexicano del Seguro Social (1984a). Programa de Simplificación Administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1989). Memoria Institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1995a). Diagnóstico.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1996a). Lineamientos Estratégicos 1996-2000.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1998b). Título de Concesión para la construcción, mantenimiento, uso y explotación de un parque acuático en el Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec. Presidente Adolfo López Mateos. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4889328&fecha=07/08/1998#gsc.tab=0

Instituto Mexicano del Seguro Social (1999a). Fortalecimiento Directivo de los Servicios de Salud en el IMSS. Módulo 1. La visión y la misión del IMSS. La modernización de los servicios de salud en el IMSS. Nivel operativo.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1999b). Memorias Estadísticas Históricas.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2000a). Memoria Institucional Sexenal, 1994-2000, Grupo Editorial Proyección de México.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2001). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2001-2006.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2003a). Informe de la Dirección General. XCII Asamblea General Ordinaria, Talleres de Gráficas La prensa S.A. de C.V.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2003b). Norma que establece las disposiciones generales para la planeación, implantación y control de servicios médicos integrales.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2005). Informe a la Asamblea General Ordinaria. Informe de Labores 2005, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2006/2006_InformeAsambleaXCVI.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (2005). Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2004, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ifa/ifa-2004.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2005a). Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, 14 de octubre de 2005. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2006/2006_convenioRJP.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (2006a). Informe Financiero y Actuarial, al 31 de diciembre de 2005, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ifa/ifa-2005.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2006c). Informe de la Dirección General. XCVI Asamblea General Ordinaria, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2006/2006_InformeAsambleaXCVI.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (2006e). Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2006, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ifa/ifa-2006.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2008a). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2012. IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2009b). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008-2009, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-anteriores>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2010). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-anteriores>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014-2015, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20142015/21-InformeCompleto.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2017a). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20162017/21-InformeCompleto.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (1991). Bases para la modernización del IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. (1992). Contención de costos y desarrollo regional. IMSS-CIESS.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1982). IMSS, Su Historia, Desarrollo, Innovaciones y Datos de Interés.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1994). III Reunión Nacional de delegados organizada por la Subdirección General de Delegaciones del IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002a). Informe Financiero y Actuarial de 2001, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ifa/ifa-2001.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009a). Convenio de colaboración interinstitucional IMSS-ISSSTE, <https://seguridadsocialmx.files.wordpress.com/2015/02/convenio-portabilidad-imss-issste-2009.pdf>.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). Informe de Labores 2009-2010 y Programa de Actividades 2010. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2010/2010-InformeLabores-2009-2010-Actividades.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011a). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010-2011, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2012/2012_InformeEjecutivo2010-2011.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011b). Informe de Rendición de Cuentas del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2012. Primera etapa, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-anteriores>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011c). Memorias Estadísticas Históricas. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2011>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2012/2012_InformeEjecutivo2011-2012.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012a). Manual de Organización de las Subdelegaciones del IMSS. <https://docplayer.es/6677436-Manual-de-organizacion-de-las-subdelegaciones-del-imss-1-introduccion-4-2-objetivo-5-3-antecedentes-historicos-6-4-marco-juridico-administrativo-9.html>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013a). Informe de Labores y Programa de Actividades 2012-2013, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2013/2013_InformeLabores2012-2013.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013c). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012-2013, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20122013/InformeCompleto.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014a). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/21_InformeCompleto.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014b). Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Práctica Clínica. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/gpc/MBE yGPC.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014c). Modelo Institucional para la Competitividad 2014. <https://ww1.issa.int/es/gp/198870>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014d). Informe de Labores y Programa de Actividades 2013-2014, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2014/2014_informe_labores_actividades.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014e). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) 2014-2018. https://www.dof.gob.mx/hota_detalle.php?codigo=5342374&fecha=28/04/2014#gsc.tab=0

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015a). Informe de Labores y Programa de Actividades 2014-2015, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2015/2015_informe_labores_actividades.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015b). El IMSS garantiza los servicios médicos de hemodiálisis para el período 2015-2019, en beneficio de más de 25 mil derechohabientes. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201509/060>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016a). Informe de Labores y Programa de Actividades 2015-2016, IMSS, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2016/2016_informe_labores_actividades.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016b). Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Logros 2016. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/Logros2016PIIMSS.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016c). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20152016/21-InformeCompleto.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). Los Rostros del IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/75aniv/IMSS75-book.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018a). Memoria Documental Guarderías del IMSS. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-MD-2-Guarderias-IMSS.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018b). Informe de Rendición de Cuentas 2012-2018. Memoria Documental. IMSS Digital, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-MD-1-IMSS-Digital.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018c). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2017-2018. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2017-2018>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2018-2019, IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2018-2019>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020a). Memorias Estadísticas. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2020>



Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020b). Consulta Dinámica (CUBOS). <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020c). Procedimiento para la expedición de dictámenes de disponibilidad presupuestaria para la adquisición de bienes, contratación de servicios, arrendamiento inmobiliario y su enlace a contratos 6BA-003-001. <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/6BA1-003-001.pdf>

Ley del Seguro Social (IMSS 2009). 9 de julio de 2009. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1943. 19 de enero de 1943. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1947. 31 de diciembre de 1947. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1959. 31 de diciembre de 1959. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1965. 31 de diciembre de 1965. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1973. 3 de diciembre de 1973. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1982. 11 de enero de 1982. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1984. 28 de diciembre de 1984. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1989. 4 de enero de 1989. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1990. 27 de diciembre de 1990. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1992. 24 de febrero de 1992. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1992. 24 de febrero de 1992. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación

Ley del Seguro Social de 1993. 20 de julio de 1993. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1993. 20 de julio de 1993. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1994. 29 de diciembre de 1994. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1994. 29 de diciembre de 1994. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 1995. 21 de diciembre de 1995. Diario Oficial de la Federación. En vigor a partir de 1997.

Ley del Seguro Social de 1995. 21 de diciembre de 1995. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 2001. 20 de diciembre de 2001. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 2001. 20 de diciembre de 2001. Exposición de Motivos. Diario Oficial de la Federación.

Ley del Seguro Social de 2012. 28 de mayo de 2012. Diario Oficial de la Federación.

Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización (2002c). (01 de noviembre de 2002). Se emite por primera vez. Diario Oficial de la Federación https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=717468&fecha=01/11/2002#gsc.tab=

Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social (1996b). (24 de enero de 1996). Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4867192&fecha=24/01/1996#gsc.tab=0

Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social (1998a). (11 de noviembre de 1998). Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4898936&fecha=11/11/1998#gsc.tab=0

Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro social de 2003. (19 de junio de 2003). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan, diversas disposiciones del reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=694506&fecha=19/06/2003#gsc.tab=0

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2006d). (30 de noviembre de 2006). Se emite por primera vez. Diario Oficial de la Federación, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf>

Reglamento Interior de las Subdelegaciones. IMSS (1990a). (29 de junio de 1990). Diario Oficial de la Federación.

Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2006b). (18 de septiembre de 2006b). Se emite por primera vez. Diario Oficial de la Federación. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/RIIMSS.pdf>

Reglamento Interno de los Consejos Consultivos de las Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. (1984).

Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería (IMSS, 2009). (29 de diciembre de 2009). Se emite por primera vez. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5126583&fecha=29/12/2009#gsc.tab=



NOTAS AL FINAL

- 1 IMSS. (1943). Revista Solidaria (1), p.10
- 2 El modelo de libre mercado representa la expresión nacional de la redefinición del patrón de acumulación capitalista a nivel mundial y es reconocido con el apelativo de neoliberal. Mutación que supuso la transformación histórica del capitalismo moderno y el de la superestructura ideológica y política que le son propias (Therborn, 1997).
- 3 El Estado era responsable de producir bienes, servicios básicos e infraestructura; invertir en proyectos estratégicos con intermediación financiera directa; estimular empresas —créditos y subsidios—; promover la banca de desarrollo; determinar normas proteccionistas; las políticas monetaria, fiscal y cambiaria y empleos dignos (Calva, 2019, p. 581).
- 4 El trabajo protegido respeta la dignidad humana sin discriminación; da acceso a la seguridad social, salario remunerador, capacitación continua, condiciones de seguridad e higiene, libertad de asociación, autonomía, huelga y contratación colectiva. Tutela la igualdad sustantiva frente al patrón (Ley Federal del Trabajo, Art. 2, 1943).
- 5 Etapa en que prevaleció la concentración de la riqueza, alta marginación, exigua educación y profesionalización, bajos salarios, acceso escaso a servicios de salud, alimentación, educación —particularmente en el sector rural— y rezago tecnológico del sector productivo nacional, dependiente de insumos y capital.
- 6 El cardenismo cumplió demandas postergadas desde la Revolución, creó condiciones para el desarrollo industrial; garantizó el interés general; organizó corporativamente a campesinos con la Confederación Nacional Campesina, a obreros a través de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y a empresarios; e incitó y favoreció la movilización social (Córdova, 1976).



- 7 En 1935 estallaron 642 huelgas; crecieron: la sindicalización —de 300 mil en 1934 a 978 mil en 1940—, los sindicatos nacionales —1933, ferroviario; 1934, minero; 1935, petrolero—, las cooperativas y cooperativistas de sindicatos industriales —778 a 1,715 entre 1934 y 1940, y de 21,762 a 163,501, respectivamente— y surgió la CTM, en 1936 (Alzaga, 2018).
- 8 La bilateralidad trabajo-capital quedó en la norma laboral con la firma de los contratos colectivos de sindicatos de industria (Alzaga, 2018) y en promedio 54.4% de los conflictos fue resuelto a favor del trabajo (Fuentes, 1959).
- 9 El reparto agrario benefició con 20 millones de hectáreas a casi 1 millón de personas campesinas: comuneros, ejidatarios y pueblos originarios.
- 10 El texto original de la Constitución Mexicana de 1917 modificó sustancialmente las ideas de asistencia y de beneficencia en la atención médica y social, destacándolas como propias de la Iglesia y la filantropía privada.
- 11 Ávila Camacho unió la burguesía a los políticos, institucionalizó la clase política y cooptó a los líderes sociales; los insertó al aparato económico y burocrático del Estado, y negoció intercambios materiales, simbólicos y políticos —corporativismo— (Shulgovski, 1980).
- 12 También fue creada la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública en 1943, el Hospital Infantil en 1943, el Instituto Nacional de Cardiología en 1944 y el Instituto Nacional de Nutrición en 1946, además de clínicas y centros de salud.
- 13 Por la juventud del Instituto, las reservas sirvieron para construir y ampliar la infraestructura sin que se instrumentara una política de inversión de los fondos para solventar las presiones financieras derivadas de las jubilaciones futuras.
- 14 Durante el Gobierno de Miguel Alemán (1946-1952), la incorporación de personas trabajadoras al IMSS perdió dinamismo debido a la contracción económica, agregándose solo 188,020 durante todo el sexenio (Pozas, 1992).
- 15 En el Índice de Gini, indicador para medir la desigualdad económica entre la población, pudo apreciarse una reducción, pasando de 0.570 a 0.425 en el periodo, lo que evidenció un mejoramiento en la distribución del ingreso.
- 16 La reforma tuvo lugar a inicios de la década de 1970 en un escenario político de falta de legitimidad por la represión al movimiento estudiantil de 1968 y El Halconazo de 1971, y con una política económica calificada como populista porque planteaba la necesidad de crecer económicamente a la par que fuera redistribuida la riqueza.
- 17 El 25 de mayo de 1979 se instituyó el Sistema de Solidaridad Social y Cooperación Comunitaria conocido como IMSS-COPLAMAR, encomendado por el Ejecutivo Federal al IMSS. En 1983, el Instituto trató de establecer con ello el Modelo de Atención Integral a la Salud (Ayala y Schaffer, 1991).

- 18 Realidad que responde tanto a la asimétrica inserción de México a la economía global, subordinada o dependiente en lo comercial, financiero y tecnológico (subdesarrollo), y a la incapacidad y desinterés del empresariado nacional por invertir en agregación de valor para aumentar la productividad.
- 19 Conocido como “charrismo sindical” o referente político constitutivo de flujos de demandas y contención de protestas y de oposición política, concretado en 1948, en la administración de Miguel Alemán, combate abiertamente al sindicalismo independiente del Estado o sindicalismo democrático (Aguilar, 2009).
- 20 La inclusión al IMSS generó redistribución social entre las personas trabajadoras afiliadas, cualquiera fuera el tamaño de la empresa, número de personas trabajadoras, monto de los salarios y forma de representación sindical: sindicalismo corporativo o “charrismo”, sindicalismo blanco y sindicalismo democrático e independiente.
- 21 Magnicidios de Luis D. Colosio y de José Francisco Ruiz Massieu, y la rebelión del Ejército Zapatista de Liberación Nacional. Zedillo aceptó firmar los Acuerdos de San Andrés, a su conveniencia, y no apoyó la ley indígena elaborada por la Comisión Parlamentaria de Concordia y Pacificación.
- 22 Matanza de Acteal (1997) por paramilitares para desarticular a los indígenas de San Pedro Chenalhó (“Las Abejas”) en resistencia por la construcción de un gobierno propio.
- 23 El PAN ganó los gobiernos de Querétaro y Nuevo León, agregándose a los gobernadores ya panistas de Guanajuato, Jalisco, Chihuahua y Baja California.
- 24 Zedillo instrumentó la libre flotación peso-dólar (1999), que implicó la fuga masiva de capitales especulativos, perdiendo el peso su valor en 60%, lo que repercutió en el sistema financiero internacional o “efecto Tequila”.
- 25 En 1998, el Fobaproa fue transformado en el Instituto de Protección al Ahorro Bancario; absorbió los pasivos del rescate y los convirtió en deuda pública; sumó al sector público una carga financiera mayor a 700 mil millones de pesos (Márquez, 2014).
- 26 El FMI, el Tesoro de Estados Unidos de Norteamérica y Bill Clinton, entre otros.
- 27 Entre 1994 y 2000 fueron privatizadas 111 entidades con procesos de disolución, liquidación y extinción —ferrocarriles, comunicaciones satelitales y concesión a empresas privadas de puertos marítimos y aéreos— (Sánchez, 2018).
- 28 Orientados por la lógica mercantil de maximizar la productividad con escasez de recursos, como un fin en sí mismo, obviando y desplazando el interés del bienestar social del Instituto por su carácter de bien público.



- 29 Política social acorde con las nuevas condiciones impuestas a México por el Banco Mundial y el FMI para el rescate financiero, implicaba adelgazar al Estado, abrirse al mercado, que los privados participaran en la prestación de servicios de salud y educación, así como en el manejo de los fondos de pensiones, y privatizar el sector público (Uribe, 2004).
- 30 Más de 47 millones de la población mexicana en 1994 carecía de ingresos para adquirir la canasta alimentaria, hacer frente a los gastos en salud, educación, vestido y vivienda; aumentando alrededor de más de 6 millones de personas en esta condición para 2000 (Coneval, 2012b).
- 31 Enviar a los infantes a la escuela, asistir a pláticas y consultas médicas y utilizar los apoyos para el desarrollo familiar (Banco Mundial, 2004); servicios brindados de forma coordinada por las secretarías de salud, educación y desarrollo social.
- 32 Su establecimiento solo logró incrementar el gasto de las personas para su atención en salud —hospitalizaciones, medicamentos, curaciones, entre otras— o incremento del gasto de bolsillo, generando descontento social.
- 33 Oposición encabezada por el PRD, personal académico de la Maestría en Medicina Social de la UAM Xochimilco, el exdirector del IMSS, Ricardo García Sainz; el exsecretario general del SNTSS, Miguel Ángel Sáenz Garza; el SNTSS y más de 500 representantes de organizaciones sindicales y civiles, entre otros.
- 34 Lo que permitió proveer al Instituto de la infraestructura propia a una seguridad social integral: hospitales, clínicas, guarderías, centros de seguridad social, teatros, deportivos y unidades habitacionales, entre otros.
- 35 Véase el apartado de seguros sociales y autoaseguramiento en este capítulo.
- 36 La operación de las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada inició parcialmente en 1998, pausándose en 2002, acusadas de privatizar al Instituto. Condujeron a la proliferación de la subrogación de servicios sustantivos (privatización), orillando al Instituto a actuar como una empresa público-mercantil. La instrumentación de ambos esquemas será analizada más adelante.
- 37 No se encontraron datos precisos sobre los servicios subrogados de 1982 a 2000.
- 38 Este documento del Banco Mundial contó con la participación de funcionarios del Instituto y asociaciones privadas como Funsalud, asociada a corporaciones privadas de salud, aseguradoras, farmacéuticas y alimenticias, entre otras.
- 39 El Área Médica de Gestión Desconcentrada era la unidad operativa con un Comité de Administración de Área Médica de Gestión Desconcentrada (Caamed) como órgano ejecutivo de gestión, responsable de la toma de decisiones (Reyes, 2011).
- 40 Modelo aplicado en los procesos de reformas sanitarias a nivel mundial.

- 41 Datos discrepantes con los presentados en las Memorias Estadísticas IMSS, 2020.
- 42 Asociado al crecimiento de sectores generadores de poco valor agregado, exportaciones dependientes de capital trasnacional, y bajo costo de mano de obra como la maquila, que generó 135,400 puestos de trabajo entre 1996 y 1997 (Banco de México, 1995; Banco de México, 2001).
- 43 La tasa de morbilidad por enfermedades del corazón pasó de 67.6 a 70.6 entre 1997 y 1999; por tumores malignos de 51.6 a 55.8 y la diabetes de 33.7 a 43.3 (García *et al*, 2013). El índice de envejecimiento pasó de 11.91 a 14.55 (Conapo, 2022).
- 44 No obstante, su ritmo de crecimiento fue de apenas 0.5%, valor menor al registrado en el sexenio previo (2.4%) (IMSS, 2011a).
- 45 El PRI ocupó 17 de las 32 Gubernaturas, 1,154 de 2,429 Presidencias Municipales (47.5%) y obtuvo la mayoría relativa con 222 diputados de 500 (44.4%) (Zapata, 2004).
- 46 Contigo incluyó los Programas Oportunidades, Jóvenes con Oportunidades, de Apoyos para el Campo, de Abasto Rural, de Apoyo Alimentario y Liconsa, entre otros.
- 47 Escandón Cusi era presidente de la distribuidora farmacéutica Nacional de Drogas (Nadro) e integrante del Consejo Mexicano de Hombres de Negocios y de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) (Leal, 2011).
- 48 El Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), desarrollado por Soberón Acevedo (1982-1988), antecedió al Modelo Integrador de Atención Primaria a la Salud (MIDAS).
- 49 La anterior Misión del IMSS era otorgar a las personas trabajadoras mexicanas y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte [...] tutelando sus derechos sociales (IMSS, 1999a, p. 35).
- 50 La modernización neoliberal de los servicios de salud incorpora herramientas empresariales como la separación de funciones, basada en la supuesta eficiencia privada y la ineficiencia pública, priorizando la eficiencia sobre la justicia y los instrumentos sobre el interés público (López, 2005; García, 2013; Molina y Tobar, 2018).
- 51 Representadas por el *outsourcing*, derivadas de la flexibilización laboral, sin responsabilidad legal respecto a las obligaciones laborales, transgrediendo la Ley Federal del Trabajo; lo que generó formas de empleo precarias e inestables.
- 52 Sus funciones eran vigilar y supervisar que las inversiones fueran hechas con estricto apego a la Ley (ROIIIMSS, Art. 53, F. I, 2003). Después de la reforma al Art. 50, F. I; (RIIMSS, 2006), reducidas a verificar que las inversiones fueran realizadas respondiendo a la demanda de servicios y a las necesidades de la población.

- 53 En 2002, el SGPS registró una disminución de su RO por 1.2 billones de pesos. No obstante, derivado de un cambio normativo sobre cruzar los recursos entre seguros, fue proyectado su equilibrio financiero a partir de 2006 para mantener su cobertura (RIIMSS, 2006), lo que justificó limitar su crecimiento a fin de mantener su estabilidad.
- 54 Trabajadores designados libremente por el Instituto: Director General, directores, coordinadores, delegados, subdelegados, entre otros (RIIMSS, 2006).
- 55 Trabajadores designados por el Instituto conforme al Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza B, con antigüedad mínima de 2 años: jefes de departamento administrativos, operativos y clínicos, y directores de Guarderías, etcétera (RIIMSS, 2006).
- 56 Los Centros Vacacionales Trinidad, Malintzin, Metepec y Oaxtepec fueron desconcentrados técnica, financiera, administrativa y operativamente; manteniendo dependencia normativa con la DPES. El propósito era que estos emplearan los recursos generados en la modernización de su operación (IMSS, 2001c).
- 57 Los servicios generales incluían: servicios básicos; arrendamiento; profesionales, científicos, técnicos y otros servicios; financieros, bancarios y comerciales; instalación, reparación, mantenimiento y conservación; comunicación social y publicidad; traslado y viáticos; y oficiales, entre otros.
- 58 Surgió un movimiento de resistencia civil pacífica con movilizaciones populares y un plantón de 47 días sobre Paseo de la Reforma, una de las principales avenidas de la Ciudad de México (De la Mora, 2013).
- 59 En 2010, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa privatizó el Sistema Penitenciario Federal con un esquema público-privado; la administración de 12 centros penitenciarios quedó en manos de privados, liberalizando responsabilidades únicas del Estado (Espejel y Díaz, 2015).
- 60 Oposición liderada por el Movimiento Nacional para la Defensa del Petróleo, encabezado por Andrés Manuel López Obrador.
- 61 Fue elaborada por personeros de la SHCP, la Dirección General del ISSSTE, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, además de contar con asesoría y financiamiento del Banco Mundial (Banco Mundial, 2002).
- 62 De acuerdo con el Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas, costaría más de 2 billones de pesos (El Financiero, 28 de marzo, 2007). Se presentó el 15 de marzo y se aprobó el 31 de marzo de 2007. No contó con deliberación democrática.

- 63 Repudiaron la reforma a nivel nacional: el Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México; el Sindicato de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana; el Sindicato Único de Trabajadores de la Industria Nuclear y la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación (Leyva y Pichardo, 2009).
- 64 Ver Banco Mundial (2002). Estrategia de Asistencia para el País, Memorando del Presidente del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y la Corporación Financiera Internacional para el Directorio Ejecutivo sobre una Estrategia de Asistencia para el País del Grupo del Banco Mundial para los Estados Unidos Mexicanos, Informe No. 23849-ME.
- 65 Disolución lograda tras extinguir al organismo público descentralizado Luz y Fuerza del Centro, dejando a 44 mil personas agremiadas sin empleo (Leyva y López, 2016).
- 66 Sindicatos y contratos impuestos por las empresas, vinculados a sus intereses, legitiman la degradación laboral; no adheridos al sindicalismo corporativo (Rubio, 2017).
- 67 Cifras similares a las registradas en 1994 (Coneval, 2014), a pesar de la priorización del gasto social mediante el Programa Oportunidades, que continuó operando sin modificaciones relevantes.
- 68 A pesar de que la productividad promedio por persona trabajadora reflejaba un incremento de 73% respecto a la década anterior (Tello, 2010).
- 69 Firma asociada a los grandes recursos adicionales transferidos a los estados para atender a la población sin seguridad social.
- 70 Estrategias que respondieron al compromiso de la Declaración del Milenio de 2002, de trabajar en favor del desarrollo y la erradicación de la pobreza; en salud supusieron: reducir la mortalidad materna —la tasa de mortalidad materna en México durante el periodo de 2007 a 2009 fue de 55.6%—, disminuir la tasa de mortalidad de infantes menores de 5 años y detener la propagación de la pandemia de VIH/sida.
- 71 De acuerdo con datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en 2012 había una población infantil afiliada de 5'300,000 al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) y 1'960,000 mujeres afiliadas al programa Embarazo Saludable (SSA, 2013b, p. 26).
- 72 Incluiría la coordinación entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; la Secretaría de la Defensa Nacional; la Secretaría de Marina y Petróleos Mexicanos (Pemex).
- 73 Entre otros, la Administración Pública Federal, el Poder Legislativo, la sociedad civil, los gobiernos estatales, municipales y locales, y el sector privado internacional.



- 74 En 2011, la Cuarta Revolución Tecnológica (industria 4.0) fue nombrada por Klaus Schwab, fundador del Fondo Económico Mundial, y está basada en formas vanguardistas de tecnología de producción con sistemas informatizados (inteligentes) integrados a las organizaciones y personas; conocida como digitalización de la industria y de los servicios.
- 75 Entre 2007 y 2008 fueron creadas 18 UMF y se implementaron 63 proyectos de ampliación y remodelación (IMSS, 2011c).
- 76 Documento oficial expedido a solicitud de las URG adquirentes, mediante el cual es acreditada la existencia de suficiencia presupuestaria para realizar la adquisición de bienes, contratación de servicios y arrendamiento inmobiliario, con base en el presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal (IMSS, 2020c).
- 77 No obstante, las cifras del Informe oficial arrojan 1,003 millones de pesos.
- 78 Regulación Base Cero es la eliminación de la regulación considerada inútil sustituida con manuales transversales. El número de regulaciones es indicador de buenos resultados en la simplificación administrativa. La Veda Regulatoria son normas, trámites y servicios simplificados de una institución eficaz para ahorrar costos y aumentar la eficiencia y productividad.
- 79 Los informes del Instituto no dan cuenta de los avances ni de los obstáculos en su instrumentación.
- 80 Proceso de medición que ya realizaban otras instituciones de países miembros de la OCDE.
- 81 Una estrategia del PND 2007-2012 fue consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con la creación de un Fondo Sectorial de Protección contra Gastos Catastróficos, para garantizar el acceso universal a los servicios de salud. La SSA los estableció para mancomunar los riesgos en todas las instituciones públicas de salud.
- 82 Véase el Manual de Organización de las Subdelegaciones del IMSS de 2012 que explica la fusión de 4 Delegaciones en el entonces Distrito Federal para quedar conformadas sólo la Delegación Norte y la Delegación Sur (IMSS, 2012a).
- 83 El crecimiento de personas trabajadoras agrícolas no fue constante a lo largo de todo el sexenio; de hecho, mostró una caída de 11.2% en 2011 respecto a 2010 (IMSS, 2009; IMSS, 2012).
- 84 Esquema de aseguramiento médico básico decretado en 1987 y ratificado en 1998.
- 85 A excepción de la renta de espacios en Tiendas SNTSS-IMSS, los ingresos continuaron su tendencia decreciente con pérdidas de 4.6% promedio anual (IMSS, 2020a).

- 86 Incentivado por el aumento de la esperanza de vida de 66.2 a 75 años entre 1980 y 2012 (Conapo, 2022).
- 87 En 2010, 17.9% de los recursos de mantenimiento fue destinado al primer nivel, 80.8% al segundo nivel y únicamente 1.3% al tercero, el de menor demanda (IMSS, 2009b).
- 88 Con edad promedio de las UMAA de apenas 4 años (IMSS, 2012).
- 89 En 2010, tan solo la cadena Farmacias Similares otorgó 45'300,000 consultas, equivalentes a 81% de las otorgadas por el Seguro Popular (Colchero *et al*, 2020).
- 90 La reforma que intentó realizar Mercedes Juan confluyó en tiempo con el movimiento #YoSoy17, en junio de 2014.
- 91 Oaxtepec (Morelos); Atlixco-Metepec (Puebla); La Trinidad y Malintzi (Tlaxcala).
- 92 Aunque se aprecia un comportamiento descendente, no se puede comparar en el tiempo debido a que la fuente original presenta los datos con diferente base de cálculo.
- 93 Englobando visitas domiciliarias, revisión de gabinete, dictamen en materia de seguridad social, ratificaciones de clima y clase del seguro de riesgos (IMSS, 2018c).
- 94 Asistencia sanitaria básica centrada en la promoción y prevención de la salud, la participación de la comunidad y las intervenciones costo-efectivas —nutrición, agua potable, inmunizaciones, medicamentos esenciales, entre otras—, a partir de la coordinación intersectorial e interinstitucional, y la centralización normativa y descentralización ejecutiva (Vignolo *et al*, 2011).
- 95 Comprende Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz Norte, Veracruz Sur y Yucatán (IMSS, 2023).
- 96 Abarca Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas (IMSS, 2023).
- 97 Conformado por Baja California, Baja California Sur, Colima, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Sinaloa y Sonora (IMSS, 2023).
- 98 Integrada por Ciudad de México Norte, Ciudad de México Sur, Guanajuato, Hidalgo, México Oriente, México Poniente, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala (IMSS, 2023).





1 9 4 3 - 2 0 2 3

Esta obra se terminó de imprimir y encuadernar en MES de 2023
en los talleres de NOMBRE EMPRESA, S. A. de C. V., CALLE XX ##, Col. NOMBRE COLONIA,
Alcaldía ALCALDÍA, C. P. XXXXX, Ciudad de México, México, teléfono 55 XXXX XXXX;
con un tiraje de X,XXX ejemplares, en papel cultural ahuesado de 90 gramos y forros en xxxxxxxx de xx gramos.



GOBIERNO DE
MÉXICO

