



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ECONOMIA

LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN ECONOMIA

P R E S E N T A :

MARIANO SALOMON GARCIA CAMPOY



DIRECTOR DE TESIS: LIC. ALFREDO CORDOBA KUTHY

MÉXICO D.F.

JULIO 2002

DEDICATORIA

A ti Papá y Mamá.

Por todo el amor, cariño, confianza, apoyo y valores que me han brindado. Gracias por haberme dado la vida.

A ti Nena.

Por ser mi esposa, compañera, amiga y haberme apoyado a realizar este tan importante proyecto profesional; así como aprovechar la ocasión para decirte que te amo.

A mis Hermanos: Any, Tochis,+ Giberth y Bala.

Por el cariño incondicional, el amor, la confianza y por contar con ustedes en todo momento. Gracias por todos los momentos tan inolvidables que hemos compartido juntos.

A mí: Prima Gladys, mi Cuñada Marisol y mi Sobrino Pepito.

Por ser parte integral de mi familia.

A mi Profesor: Alfredo Córdoba Kuthy.

Por brindarme su confianza, sabiduría, conocimiento y apoyo en la realización de este importante proyecto profesional, deseo expresarle mi más sincero agradecimiento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Gracias Señor Mío, por haberme dado la oportunidad de recibir la sabiduría, conocimiento y herramientas académicas que son la base para la profesionalización del hombre que busca el bienestar del hombre.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por darme la oportunidad de estudiar y ser un miembro mas de esta gran casa del conocimiento.

A la Facultad de Economía.

Por permitirme ser un miembro mas de sus aulas y recibir el conocimiento técnico y la formación humana.

A mis Profesores: *Mtra. Josefina Valenzuela Cervantes, Dr. Clemente Ruíz Duran, Lic. Enrique González Tiburcio y Lic. Angel Avila Martínez.*

Por las aportaciones y orientación en la consecución de este trabajo.

A mis Amigos.

Que me han apoyado y acompañado en este camino.

INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	1
---------------------------	----------

INTRODUCCIÓN	9
---------------------------	----------

FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1.1 Nociones e Historia de la Seguridad Social.....	16
1.2 La Seguridad Social como Derecho Humano.....	23
1.3 Principios y Normas Internacionales de la Seguridad Social.....	34
1.4 Conceptos Teóricos.....	48

LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO Y EL DESARROLLO ECONÓMICO

2.1 La Seguridad Social en México y el Desarrollo Histórico.....	53
2.2 Desarrollo Económico y la Seguridad Social en México.....	74

LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO 1994-2000

3.1 El Entorno Económico de la Salud y Seguridad Social en México.....	94
--	----

EI INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

4.1 Instituto Mexicano del Seguro Social.....	116
4.2 La Reforma del IMSS de 1995.....	122
4.3 La Nueva Reforma Complementaria 2001 del IMSS.....	136

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	149
--	------------

BIBLIOGRAFÍA	159
---------------------------	------------

PRESENTACIÓN

La inseguridad del hombre fue tal vez, junto con su calidad racional, la condición distintiva, que dio origen a su evolución a través de la historia de ahí que el fin primero de la comunidad humana haya sido la unión inteligente de los esfuerzos individuales para hacer frente a las acechanzas del medio ambiente y a los riesgos de la existencia. La obra de la civilización a través de los milenios, no ha de entenderse sino como el marco que ha creado el hombre, por el ejercicio de la solidaridad y por el empleo combinado de la razón y la fuerza, para alcanzar las condiciones de seguridad y bienestar que hagan posible el pleno desarrollo de su personalidad.

Por tal motivo la asociación de los individuos en las colectividades denominadas Estados, tiene por finalidad primordial procurar el bienestar y la dignificación de los miembros de tales organizaciones, sin embargo el logro de este objetivo no resulta siempre fácil teniendo en cuenta los múltiples riesgos a que está expuesta la persona humana.

Aparece entonces la Seguridad Social como un deber estatal, de carácter fundamental, encaminada a garantizar a los asociados, un mínimo vital que les permita sortear las adversidades básicas, permitiendo así que los problemas de la naturaleza individual no se desborden lesionando los intereses de la colectividad, convirtiéndose de esta manera, la Seguridad Social, en prenda de garantía para la convivencia pacífica de la sociedad.

Es a partir de estas premisas que dan sustento y justificación a este trabajo de investigación estableciendo que la seguridad social ha desempeñado un papel muy importante en las sociedades modernas, no solo por las consecuencias económicas, sino por que se extiende al ámbito social y político. En términos generales, su desarrollo y evolución en el tiempo, se asocian al proceso de industrialización, urbanización y modernización de la sociedad que ha conducido, entre otras cosas, a una erosión de los métodos o las maneras tradicionales

privadas de la protección social, como sería la familia ampliada, las crecientes dificultades de inseguridad económica de la clase trabajadora, la presencia de enfermedades y accidentes asociados al desarrollo industrial y otros problemas como el desempleo condujeron a que el Estado, en un acto de política, instituyera una estrategia que ofreciera una solución a la inseguridad económica que podría generar estos problemas.

Los primeros programas de seguridad social en una concepción formal surgieron en Alemania durante el gobierno de Bismarck a fines del siglo XIX, cuando se instituyó el seguro obligatorio de enfermedades, el seguro contra accidentes de trabajo y el seguro obligatorio contra invalidez y vejez.

Programas semejantes se aplicaron en el Reino Unido a principios del siglo pasado y en los Estados Unidos de América durante la Gran Depresión en el decenio de los años treinta, con la Ley del Seguro Social en 1935. Sin embargo, sólo en 1942 surge un esquema más extenso de seguridad social en Inglaterra como consecuencia del informe Beveridge, al ampliar la cobertura de esquema nacional de seguro.

En América Latina, los programas de seguridad social empezaron a aparecer a principios del siglo XX, primero como leyes contra accidentes de trabajo y posteriormente como programas de pensiones, principalmente en Argentina, México, Brasil y Chile con una estructura por lo general fragmentada, generalizándose después a otros países de la región.

En México, el derecho a la seguridad social es una de las expresiones más precisas del principio de Justicia Social, contenida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y corolario de importantes luchas históricas de los trabajadores del campo y ciudad. El derecho a la seguridad social, ocupa un lugar privilegiado por su naturaleza obligatoria, integral, solidaria, redistributiva y subsidiaria.

El artículo 123 Constitucional ampara prácticamente la totalidad de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado a través de una amplia cobertura de beneficios que comprenden seguros de invalidez, de vejez, de vida (sobrevivencia), de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes profesionales, servicios de guarderías y de otra clase de beneficios para el bienestar individual y colectivo, así como el derecho a contar con una vivienda digna.

La Seguridad Social en México siguió una ruta invariable desde 1942, año en que el Congreso de la Unión aprueba un Decreto de Ley del Seguro Social que reglamenta la fracción XXIX del Art. 123 Constitucional, dando lugar a que en enero de 1943 se expida la Ley del Seguro Social que da lugar en 1944 al surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), orientado a la protección de los trabajadores asalariados del sector formal de la economía. Posteriormente, en el año de 1959 se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuyo ámbito se circunscribe para proteger a los trabajadores del sector público.

Durante los años setenta se fortalece el carácter integral del seguro social y se sientan las bases para su tránsito hacia un Sistema de Seguridad Social. Este proceso se define, al menos, por los siguientes hechos:

En 1972 se crean dos institutos nacionales de vivienda, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) y el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), concretándose así el derecho de los trabajadores asalariados del sector privado y público a contar con una vivienda digna y decorosa, previsto por el artículo 123 Constitucional.

En 1973 entra en vigor una nueva Ley del Seguro Social que dispone, entre otros aspectos de avanzada, la creación del Seguro de Guarderías en apoyo a las

madres trabajadoras; la extensión de los servicios médicos del IMSS a grupos de mexicanos sin capacidad de pago (básicamente de los sectores rural y urbano marginados) a través de su incorporación voluntaria al IMSS-Coplamar (Coordinación del Plan de Apoyo a Zonas Marginadas), hoy IMSS-Solidaridad y la extensión del régimen obligatorio del seguro social a sectores no sujetos a una relación salarial a través de su incorporación voluntaria (con la participación del Estado como sujeto solidario).

De 1973 a 1996 en los primeros treinta años de vida de la seguridad social, México había pasado por un acelerado proceso de modernización: el país había transitado de un Estado fundamentalmente rural a una Nación urbanizada; los servicios de salud se extendieron a una mayor parte de la población, combatiéndose la mortalidad y aumentando la fecundidad de 6 niños por mujer que existía en 1930 a casi 7 en 1970, así como la esperanza de vida al nacer de 40 años en 1940 a 61 años en 1970¹; se impulsó la educación, aumentando el número de inscripciones a la escuela de hombres y especialmente a mujeres, reduciéndose así el analfabetismo de manera importante; la participación de la mujer en el mercado laboral creció del 13.1 por ciento en 1950 al 17.6 por ciento en 1970; se desarrolló una clase media compuesta de pequeños empresarios, comerciantes y profesionistas, finalmente el notable crecimiento y desarrollo económico, se basó en que fortaleció la alianza productiva entre los sectores privado y público.

Así, en pocas palabras, México era un país completamente distinto al que existía cuando se fundó la seguridad social. En particular, su mercado de trabajo era más urbano, más asalariado, con trabajadores con niveles de educación más altos, pero con una muy baja capacitación en lo general; con más mujeres trabajando, pero todavía con grandes elementos de discriminación y con un sector industrial

¹ Martínez, Gabriel. Determinantes de la Participación en la Seguridad Social y el Impacto de la Seguridad Sobre el Gasto en Servicios Médicos, 1994.

más moderno, pero aún con grandes grupos rurales e indígenas marginados de los beneficios de las primeras tres décadas.

Dado el contexto anterior, la ley requería ser actualizada para cumplir con sus objetivos y satisfacer las demandas de los distintos sectores del país y se elaboraron estudios con miras a reestructurar la seguridad social conforme a la posibilidades reales de la institución mas importante del país .

El marco teórico en que se sustentó la nueva Ley tuvo como fundamento la seguridad social integral, es decir, pretendía atender a las necesidades y las nuevas demandas no sólo de los trabajadores, sino también sentar las bases para que eventualmente toda la población tuviera posibilidades de disfrutar de los servicios y prestaciones de la seguridad social. Esto surgió como resultado de algunos estudios en los cuales se detectó acertadamente que un número importante de agricultores y de la población rural en general estaba emigrando del campo hacia las ciudades, por consiguiente, se estaba agravando el problema de la economía informal, lo que a su vez implicaba que un número importante de mexicanos estaba quedando aislado del desarrollo del país, en función de ello, la extensión de la seguridad social debía entenderse como una empresa de solidaridad nacional en donde los mejores apoyan a los menos favorecidos.

De esta manera quedaban establecidos los nuevos elementos que tendría la seguridad social: mejorar las prestaciones existentes e introducir otras, crear un nuevo ramo de seguro, el de guarderías; aumentar el número de asegurados, abrir la posibilidad para que nuevos sectores de la población se incorporen voluntariamente al régimen obligatorio; establecer servicios de solidaridad social sin comprometer los derechos de los asegurados, concretamente esto pretendía facilitar la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo otorgándoles servicios de guarderías; el establecimiento de fórmulas para facilitar la

continuación voluntaria del régimen obligatorio; el perfeccionamiento de los seguros facultativos y servicios de solidaridad social.

Por tal motivo en diciembre de 1994 se instrumentó, en la administración del Presidente Ernesto Zedillo, una profunda reforma al Sistema de Seguridad Social que entró en vigor en 1997.

En diciembre de 1995, el Congreso aprobó una nueva Ley del Seguro Social, por encargo del Ejecutivo Federal, se elaboró un diagnóstico de la seguridad social, en el país que corrió a cargo del IMSS, pero simultáneamente se pidió la participación de la sociedad para que señalara tanto las fallas y deficiencias como las propuestas de mejoras para el Instituto, mediante los llamados Foros y Buzones de Consulta Popular, ambos en el contexto de los trabajos para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000.

Los estudios, comentarios y evaluaciones que se elaboraron pusieron de manifiesto la crítica situación financiera del Instituto, así como el deterioro de las prestaciones (especialmente de las pensiones) y las ineficiencias en la prestación y calidad de algunos servicios.

Con la finalidad de reestructurar los servicios, recuperar la viabilidad financiera del Instituto y sentar nuevas bases que permitieran el crecimiento y desarrollo de la seguridad social, se sometió a la aprobación del Congreso la renovación de la Ley del Seguro Social, en noviembre de 1995, después de intensos debates, la iniciativa finalmente fue aprobada en el mes de diciembre por la Cámara de Diputados, con 289 votos a favor, 160 en contra y 51 abstenciones.

Como se observó la seguridad social en México tiene una larga historia a lo largo de la cual constantemente se ha ido actualizando, en este sentido, es posible afirmar que son mucho más los mexicanos que se han beneficiado de los servicios del IMSS que los que permanecen marginados de sus beneficios, a pesar de que

después de más de medio siglo, alrededor del 45 por ciento (SSA, 1993) de la población mexicana aún carece de los beneficios de la seguridad social, e incorporarla permanece como un reto.

Por otra parte no podemos dejar de afirmar que sucesos de finales de siglo XX, en los que se asiste a una globalización de la economía, a una mundialización de los intercambios económicos, sociales, políticos, demográficos de diversos ámbitos y la evolución de la economía hacia una mayor concentración de los agentes de producción y de distribución, se ha caracterizado por una mayor desigualdad en la distribución del ingreso, por un desplazamiento de la fuerza laboral de regiones y países con características económicas y demográficas subdesarrolladas, hacia otros de demografía e ingreso mas evolucionados. En fin, las áreas de la economía de libre mercado han dado como resultado una mayor incertidumbre respecto a la seguridad del ingreso del individuo y de su seguridad social.

Por su parte, la seguridad social ha vivido épocas de fuerte crecimiento económico y empeño en su construcción acorde a las aspiraciones de los gobiernos, estableciéndose siempre como el motor principal de la protección social, enfrentando en repetidas ocasiones crisis de diversos tipos; que se han manifestado con modalidades diferentes en diversas épocas y lugares, pero que conducen a un cuestionamiento de las instituciones y del aparato gubernamental.

Pero mirando retrospectivamente, se constata que los instrumentos de acción de la seguridad social en realidad han funcionando bien, pero son perfectibles y sirven como pilar de apoyo a los cambios y medidas que se necesitan en materia de política social.

Pero es aquí donde se tiene que realizar una revisión, análisis y supervisión de los sistemas de seguridad social que existen, si realmente han cumplido con los principios rectores de la seguridad social, o sí solo han servido como instrumentos

de desarrollo económico, que manifiestan la magnitud de eficiencia de los individuos que se encuentran en las estructuras productivas de los Estados y que son vistos como capital humano y financiero.

INTRODUCCIÓN:

Existen dentro del campo de la economía, diversos temas que resultan por si solos, sumamente interesantes, que podrían dar pauta a varios libros de investigación, es probable asimismo que muchos de ellos al tener una íntima y estrecha relación con otros, lleguen a provocar enormes problemas de definición de fronteras del tema abordado originalmente.

El presente trabajo de tesis aborda de manera concreta el tema de la Seguridad Social en México en el periodo comprendido de 1994 a 2000, considerando fundamentalmente, que un trabajo de investigación como éste, dan pauta a reafirmar que existen grandes pendientes en el país en esta materia y continuaran sin lugar a dudas, mientras sigan prevaleciendo condiciones de inequidad e injusticia que imperan y que se han agudizado en los últimos años, dando pauta para acelerar los procesos de acumulación de capital en pequeños sectores privilegiados y un gran empobrecimiento de cada vez más amplios sectores de la población, con un número importante de ella en condiciones de pobreza extrema.

No se puede pasar por alto, que existen algunos bienes o servicios que o no son suministrados por el mercado, o, si lo son, la cantidad suministrada es insuficiente,² que siempre que los mercados privados no suministran un bien o un servicio, existe un fallo de mercado, se habla en este caso de la existencia de mercados incompletos,³ las causas de los fallos de mercado impiden que una economía sea eficiente sino interviene el Estado, la desigualdad constituye otra razón para su intervención; Un mercado privado de asistencia sanitaria podría ser eficiente y no eficaz, sin embargo, no ofrecer ningún servicio a los miembros de la población que no estuvieran asegurados o fueran demasiado pobres para pagar estos servicios.⁴

² Stiglitz Joseph. *La Economía del Sector Público*.- Antoni Bosh. – Edición. España 1994 – Capítulo 3.- página 79.

³ Idem. – página 80.

⁴ Idem. – página 317.

Derivado de todo lo anterior, la hipótesis de este trabajo, afirma que se está redefiniendo, la seguridad social con sus atribuciones, obligaciones y recursos totalmente diferentes que en el pasado y en general con menor tamaño. La llamada modernización ha traído discusiones y muchas veces confusiones al comparar “Mercado” que se relaciona con la manera de organizar la producción y distribución de bienes y servicios, con él “Estado” que es una organización institucional, donde se desarrolla la actividad económica, junto con la actividad política, social y cultural. Son distintos aunque muchas veces se invaden recíprocamente sus terrenos y de lo que se trata es de encontrar los mejores niveles de complementación en cada momento y etapa del desarrollo económico – social.

Que son muchos más los mexicanos que son beneficiados por los servicios que brinda el sistema de seguridad social del Estado, que aquellos que se encuentran marginados; dentro del objeto general se plantea demostrar que existen elementos conceptuales de tipo administrativo, que son fundamentales para entender las razones que diferencian el trato de trabajadores urbano-industriales y del sector servicios; respecto a los de características rural, agrícola y ganadera, principalmente por la problemática de contar con un registro confiable en estos últimos.

Asimismo los objetivos particulares planteados en este trabajo, se orientan a explicar, que por sus orígenes, desarrollo, estructura, recursos, alcances y expectativas, el Instituto Mexicano del Seguro Social, es uno de los pilares en las políticas de seguridad social en el país, que con graves problemas de solvencia económica, derivados de los que enfrenta el Estado de años atrás, que inciden en los presupuestos de ingresos y egresos severamente limitados para atender las necesidades básicas de la población.

Que existen aspectos de enorme importancia que sin duda alguna afectarán estas políticas de seguridad social en el corto, mediano y largo plazo, sobretodo las

correspondientes al sistema de pensiones que resulta cada vez más difícil de sortear y requiere de medidas urgentes, en lo particular en cuanto al sistema tributario que impide sanear la economía del gobierno federal y se convierte paulatinamente en serios escollos para el desarrollo del país en su conjunto.

Al final en las conclusiones se dirigen a expresar puntualmente el cumplimiento de los enunciados formulados, que se sustentan en Convenios, Recomendaciones, Iniciativas y trabajos de investigación formales de diversos Organismos, Instituciones y especialistas del tema nacionales y extranjeros que demuestran los estándares mínimos de bienestar que debe proporcionar la seguridad social; así como el funcionamiento de las instituciones encargadas de procurar la Justicia Social.

Derivado de lo anterior, en el presente trabajo, en el primer capítulo, se estimo prudente, describir cuales son los fundamentos más relevantes de la seguridad social, que permiten brindar un marco de referencia del tema en su conjunto, con una muy breve reseña histórica, que dan una panorámica de los momentos relevantes en los que hace su aparición la seguridad social en diferentes países.

Asimismo se hace referencia a algunas definiciones; principios y normas internacionales, objetivos planteados desde una óptica internacional y sobre todo el papel que viene jugando de manera importante el Estado y los organismos internacionales involucrados a lo largo de los últimos años, ubicándose en escenarios totalmente distintos al irrumpir nuevas condiciones dentro de las cuales destacan: las fuertes presiones de grupos económicamente poderosos, que han dado lugar a la globalización e internacionalización de los intercambios comerciales.

Por otra parte, al identificarse la relación directa que desde siempre se da en cuanto a los niveles económicos de un país, de las posibilidades que tiene de destinar recursos que garanticen niveles mínimos de seguridad social: acceso a la

educación, a los servicios de salud, al empleo, a una vivienda digna, niveles de subsistencia apropiados, garantías de pensiones de cesantía, jubilación, etc; entre otros, se considero prudente dedicar un capítulo, que describiera algunos conceptos teóricos del Desarrollo Económico. Con una descripción un tanto escueta, de la evolución que presenta México a partir de los inicios del siglo pasado, periodo dentro del cual, el país logra una consolidación económica, política y social, después de enfrentar graves problemas de luchas internas e invasiones de su territorio por otros países.

Como parte medular de este apartado se refiere como el resultado más importante, la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 y se da particular énfasis a los artículos que dan lugar y resaltan la importancia que el Estado da a la Seguridad Social, al instituir un marco legal en esta materia.

A partir de ello se describen aspectos relevantes que identifican la evolución que se tiene en México en las políticas, dirigidas a mejorar la seguridad social, sin omitir las modificaciones hechas a la propia Constitución, las Leyes emanadas de ellas en este rubro, dentro de las cuales se puede destacar la creación de instituciones que reafirman el papel del Estado en materia de seguridad social.

En el mismo sentido se refiere a cuales han sido en su momento los programas impulsados por el gobierno federal, los esquemas dentro de los cuales se han podido mover y las estructuras a las que dieron y han dado lugar, considerando en su oportunidad las dificultades que impidieron resultados mucho más favorables, que los obtenidos.

Como se hizo referencia anteriormente, en cuanto a la relación directa entre los ingresos y egresos de un país y las políticas aplicadas en materia de seguridad social que sin duda se ven seriamente afectadas por recursos insuficientes, se agrega en este capítulo una parte que brinda una panorámica de la economía

mexicana a partir de los años cincuenta hasta mediados de los noventa, periodo donde se presentan las grandes crisis sufridas en el país y se dan los cambios en cuanto al modelo aplicado de un alto proteccionismo del Estado al de otro donde se da una apertura indiscriminada al mercado internacional, a partir de la firma de más de 25 Tratados de Libre Comercio con diversos países.

En otro capítulo se aborda el tema de la Salud y la Seguridad Social en México en el periodo 1994 – 2000, dentro del cual resulta ineludible aludir el entorno económico, dándose referentes; en cuanto al gasto dado en salud; los universos de atención a la población; el porcentaje del producto interno bruto y las enormes diferencias observadas en cuanto al gasto programable y social, que deja destacar que pese a la escasez de recursos, el gobierno no ha dejado de realizar programas orientados a mejorar los servicios y ampliar la cobertura de los mismos en aquellas regiones de difícil acceso y con condiciones de mayor inequidad y desigualdad social, entre las que destacan gran parte de las comunidades indígenas del país.

En el siguiente capítulo se aborda la conformación del Instituto Mexicano del Seguro Social a partir de su creación y las últimas reformas que tratan de dar respuesta, a las condiciones imperantes de falta de financiamiento, problemas de solvencia y el relativo al sistema de pensiones que representan un enorme reto para el gobierno en su conjunto, se adiciona asimismo lo relativo a la última reforma complementaria del 2001, describiendo sus elementos más significativos, en cuanto a sus contenidos.

El destacar al IMSS, se basa particularmente al hecho de que cuenta con la infraestructura más grande dentro del sistema de salud de todo el país, con un manejo importante de recursos, tanto económicos, materiales y humanos, que le permiten ampliar su cobertura de servicios de salud, incluso a personas no derechohabientes, en diversos puntos del país, de difícil acceso, así como campañas promovidas por el gobierno federal.

Por último se presentan una serie de conclusiones, que se dirigen a demostrar la hipótesis de este trabajo, el objetivo general y específicos, planteados al inicio del mismo y que son responsabilidad del autor, apoyadas en investigaciones de especialistas en esta materia de las cuales se hace la referencia bibliográfica en su oportunidad.

FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1.1 Nociones e Historia de la Seguridad Social

Nociones Generales

La asociación de los individuos en las colectividades denominadas Estados, tiene por finalidad primordial procurar el bienestar y la dignificación de sus miembros. Sin embargo, el logro de éste objetivo no resulta siempre fácil teniendo en cuenta los múltiples riesgos a que está expuesta la persona humana.

Surge así la Seguridad Social como un deber estatal, de carácter fundamental, encaminada a garantizar a los asociados un mínimo vital que les permita sortear las adversidades básicas, permitiendo así que los problemas de naturaleza individual no se desborden lesionando los intereses de la colectividad, convirtiéndose de esta manera la Seguridad Social en prenda de garantía para la convivencia pacífica en sociedad.

¿Pero, qué podemos entender por Seguridad Social?

En forma general, se define la Seguridad Social como "un conjunto de medidas tomadas por la sociedad y en primer lugar por el Estado, para garantizar todos los cuidados médicos necesarios, así como para asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o reducción importante de los medios de existencia, causados por circunstancias no propiamente creadas voluntariamente" ⁵

Esta definición pretende precisar que el concepto de Seguridad Social no sólo interesa a los fines del Estado, sino que debe comprometer a la sociedad en su conjunto, en la búsqueda de objetivos para brindarle al hombre la protección contra todos los riesgos de carácter social y las distintas cargas familiares.

La Seguridad Social esta constituida por medidas implementadas por el Estado para lograr su objetivo de dignificar y proteger a la persona proporcionándole un

⁵ 26a. Reunión Conferencia Internacional del Trabajo. Primer punto de las recomendaciones. Filadelfia, USA 1944 y Convenio No. 102 de 1952.

mínimo vital, encaminada fundamentalmente a prevenir o compensar las consecuencias de ciertos hechos denominados "Riesgos Sociales" o "Contingencias", reconocidos como enfermedades, maternidad, invalidez, vejez, accidentes de trabajo, muerte y desempleo, estos riesgos tienen como característica fundamental la incertidumbre sobre el acaecimiento de un hecho, que de presentarse, puede transformarse en siniestros.

Uno de los principales problemas que enfrenta la Seguridad Social es la obtención de los recursos necesarios para prevenir los riesgos o cubrir los efectos de aquellos que ya se han convertido en siniestro, lo que hace indispensable la realización de estudios de probabilidades llamados cálculos actuariales que permitan a las entidades, encargadas de procurar las garantías, contar con ingresos suficientes para su adecuado funcionamiento.

La Seguridad Social opera siempre bajo el postulado de que el servicio suministrado a los asociados, a pesar de no ser gratuito, no persigue un fin de lucro, ya que el servicio gratuito de asistencia a la comunidad corresponde a la denominada beneficencia pública, contrario aquel que pretende obtener lucro es y materia de los seguros privados.

Debe considerarse que ésta no debe convertirse en una excusa para aquellas personas que, encontrándose en edad productiva, no deseen realizar oficio alguno, pues el Estado cuando providencia y es benefactor propicia el ocio y la pereza.

Se trata por lo tanto de que el individuo con su esfuerzo personal y mediante sus propios medios, obtenga, en colaboración con el Estado, las condiciones mínimas que le garanticen una existencia digna, por su parte el Estado debe propiciar en el sujeto, el logro de sus metas a través de la implementación de políticas que conduzcan al pleno empleo, a la protección de las actividades productivas lícitas y

al suministro de los medios necesarios para subsistir en eventos que por culpas ajenas a él no pueda procurarse los medios para ello.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la Constitución Mexicana de 1917, como expresión de la voluntad popular establece en su título sexto del trabajo y de previsión social, artículo 123 fracción XXIX, el marco jurídico de la Seguridad Social; que permite a los trabajadores la defensa de sus intereses y obliga al Estado a velar por su dignidad y su bienestar.

En este contexto, los mandatos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que respecta a las relaciones entre capital y el trabajo, a la garantía de asociación profesional, a la jornada máxima, al salario mínimo, al descanso obligatorio, a la prohibición del trabajo a menores y a las limitaciones del trabajo de las mujeres, así como la higiene de las fábricas, la indemnización por riesgos profesionales y las prestaciones sociales a favor de los obreros y a cargo de los patrones, constituyen el Marco Jurídico del Sistema Mexicano de Seguridad Social.

La Seguridad y la Previsión Social tienen por objeto la protección de la población contra las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica.

La seguridad social ha dejado de ser una noción abstracta para convertirse en un derecho concreto reconocido internacionalmente. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 22 dice: "Toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la Seguridad Social..."

Desde el punto de vista de cobertura, la Seguridad Social, en una concepción amplia permite el derecho a toda la población y una concepción más estrecha únicamente a los trabajadores".⁶

⁶ Mexicano esta es tu Constitución. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión, Instituto de Investigaciones Legislativas, Octava Edición, Edit. Miguel Ángel Porrua. México 1993

Reseña Histórica

Según comenta Jesús María Rengifo (en su obra "La Seguridad Social en Colombia"), desde sus orígenes el hombre ha comprendido que la naturaleza de su ser implica que su existencia se realice en el seno de una sociedad, la cual tiene como base para la convivencia, la satisfacción de sus necesidades básicas, esto se debe, a que el hombre encuentra en el aislamiento un impedimento a la supervivencia, por lo cual busca siempre constituir clanes, tribus y familias para hasta llegar a una sociedad organizada como es el Estado, base y principio de la solidaridad, del cual emana la Seguridad Social; es por ello que aún en las más antiguas legislaciones encontramos consagraciones similares de éste postulado. Tal es el caso de los códigos de Manú y Hammurabi e incluso de aquellos que regían la vida del pueblo judío, que aplicó tal filosofía en aras de ayudar a los más necesitados.⁷

Sin embargo, estas no son las únicas aplicaciones prácticas dadas a éste principio, pues cabe mencionar algunas otras, tales como la "SYSSTEIA" griega, constituida por asociaciones de ciudadanos con carácter obligatorio y financiadas con aportes en especie suministrados por los mismos miembros y cuyo propósito era proveer alimentación a los más pobres.

En Roma, por su parte, fueron creadas las "COLLEGIA" que tenían como principal finalidad sufragar los gastos funerarios de sus aportantes e inclusive dar apoyos monetarios a las viudas, huérfanos y minusválidos de los profesionales vinculados. Al igual que las asociaciones griegas, quienes obtenían recursos de los aportes que los miembros hacían a un fondo de naturaleza común.

Los países germánicos no se quedaron atrás, ya que en el siglo XIII se podían encontrar numerosas asociaciones gremiales y de trabajadores manuales conocidas como "GUILDAS", cuya finalidad era ayudar a los enfermos e

⁷ Jesús María Rengifo. La Seguridad Social en Colombia. Segunda Edición. Editorial Temis. Bogotá 1992.

incapacitados mediante subsidios proporcionados por los mismos gremios beneficiados. sin embargo, de todos éstos gremios el más importante fue el constituido por la comunidad minera, que para el año 1300 tenía sus propias "casas de hermandad", las cuales suministraban al obrero asistencia cuando, habiéndose visto perjudicado por un accidente de trabajo, no lograba recuperarse en las primeras ocho semanas de incapacidad, durante las cuales dicha asistencia corría por cuenta de su patrono o del propietario de la respectiva mina.

Posterior a las Guildas Germanas, surgen en Francia las corporaciones de oficio, que llegaron a su máximo apogeo en el Siglo XIII, en su seno; los sastres, zapateros, cocineros, panaderos y en general todas las personas que realizaban un mismo oficio, se unían con el deseo de superación y protección profesional, para lo cual organizaban las llamadas "COFRADIAS" que cubrían ciertas prestaciones especiales en los eventos de enfermedad, desocupación o incapacidad de sus miembros, por este concepto los cofrades pagaban cuotas para financiar los diferentes servicios, so pena de perder el derecho si suspendían su pago durante un período superior a seis semanas.

Los objetivos de tales entidades estaban enmarcados en el mandamiento cristiano de la caridad, a pesar de que presentaron infinidad de abusos, los cuales llevaron a que mediante la Ley "Chapellier" de Junio de 1791 se prohibiese en Francia toda forma de asociación profesional, dando paso al imperio del individualismo, que promovido por la Revolución Francesa condujo a los trabajadores a una nueva forma de esclavitud sin reglamentación, pues el desmedido egoísmo de los patronos llevó al sometimiento indiscriminado de los más débiles y necesitados, los obreros.

Esta situación hizo necesario restaurar la caridad cristiana y las formas de beneficencia ejercida por el Estado en épocas anteriores, aunque con las limitaciones propias de tal eventualidad, Con el correr del tiempo, la brecha entre la incapacidad estatal para aumentar sus recursos asistenciales y el incremento de

la miseria ciudadana se hizo más ancha, lo que hizo imperativo buscar alternativas que aliviaran la crisis, optándose por fomentar el ahorro privado como práctica de previsión.

Este mecanismo era radicalmente opuesto a la filosofía de la asociación, pues cada individuo debía ejercerlo individualmente, sin solidaridad, lo que dividía a los miembros de la colectividad y les hacía imposible la lucha por causas comunes.

Todo este proceso llevó a que el Estado, a pesar del respeto por la libertad individual, se viera obligado a intervenir en las obligaciones legales de la época y pusiera freno a los abusos que venían siendo cometidos por los empleadores. El primero en comprender la difícil situación y adoptar medidas correctivas fue el canciller alemán Bismark, ello gracias a que la influencia de los principios revolucionarios franceses no tuvo en ese país el predominio que en el resto de Europa.

Así, en 1881, el emperador alemán Guillermo I, apoyado en los estudios realizados por el canciller, lanzó su programa sobre el régimen de los seguros sociales obligatorios encaminado a promover el bienestar de la colectividad y en especial de los más necesitados. Este proceso concluyó con la adopción de la Ley Orgánica del Seguro de Enfermedad General en 1883, la Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo en 1884 y la Ley de Vejez e Invalidez en 1889. Dado el éxito de los seguros sociales en Alemania el sistema fue adoptado y extendido a otros países.⁸

Otro aspecto que tuvo gran influencia sobre todo este proceso fué el pensamiento social de la Iglesia Católica plasmado en las encíclicas *Rerum Novarum* del Papa

⁸ Países a los que se adoptó el sistema Alemán y sus fechas: Argentina (1887), Bélgica (1900), Brasil (1933), Bulgaria (1918), Colombia (1945), Checoslovaquia (1919), Chile (1925), Dinamarca (1920), España (1907), Estados Unidos (1935), Francia (1927), Gran Bretaña (1911), Grecia (1922), Hungría (1891), Italia (1898), Japón (1922), Lituania (1925), Luxemburgo (1901), México (1912), Noruega (1894), Nueva Zelanda (1938), Perú (1936), Polonia (1920), Portugal (1919), Rumania (1933), Rusia (1912), Servia (1910), Suecia (1916) y Venezuela (1940).

León XIII y Cuadragésimo Anno de Pio XI. Así la iglesia se puso a la vanguardia de la Seguridad Social, planteando la defensa de los derechos del obrero y la necesidad de asistirle en caso de accidente, enfermedad o vejez.

En 1939, derivado de la Segunda Guerra Mundial la crisis toca fondo dejando al descubiertos niveles de miseria jamás antes vistos, pero ésta vez son los ingleses quienes emprenden la difícil tarea de hallar una solución que permita elevar los niveles y calidad de vida de la población, con este objetivo la Cámara de los Comunes, del parlamento inglés, congrega una comisión de expertos encargada de estudiar el sistema de los seguros sociales y hacer las respectivas recomendaciones.

A la cabeza de ésta comisión evaluadora se encontraba Sir William Beveridge, redactor del informe cuyas conclusiones sólo fueron llevadas a la práctica por el gobierno de ese país una vez terminada la guerra.

Entre las conclusiones más importantes emanadas de la comisión se encuentran: La ampliación de la cobertura a todos y cada uno de los asociados en igualdad de condiciones y sin límite superior de ingresos y la clasificación de la población en seis grupos que aglutinaban a los trabajadores, dependientes o no, los desempleados, las amas de casa, los niños y las personas retiradas que han sobrepasado la edad de trabajar el plan preveía además, la ampliación de los seguros a nuevos beneficios; la contribución de toda la comunidad, incluyendo los patronos, la formación de los recursos del sistema, de acuerdo con los niveles de ingreso y la creación de un Ministerio para la Seguridad Social, responsable del adecuado funcionamiento de los seguros sociales y la asistencia nacional.⁹

⁹ Jesus Maria Refingo. La Seguridad Social en Colombia. Segunda Edición. Editorial Temis. Bogotá 1992, pag.16-29.

Ya en la era moderna, se han creado múltiples sistemas de Seguridad Social, basados en muchos de los principios emanados de esta comisión y contemplados en el plan Beveridge de 1941.

1.2 La Seguridad Social como Derecho Humano

La Definición de la Seguridad Social.

La definición clásica de la seguridad social ha llevado a ésta a constituirse en uno de los rasgos sobresalientes de las sociedades actuales. Según esta definición, la seguridad social debe cubrir al individuo contra todos los riesgos a que se expone en la vida y en el trabajo. Se toma también en cuenta que la persona es el ser viviente con mayor período de inmadurez biológica que abarca la tercera o cuarta parte de su vida total, pero por sobre todas las cosas, el concepto clásico, se basa en la solidaridad, universalidad, igualdad, suficiencia y participación, que hizo que la seguridad social se convirtiera en un instrumento de justicia social.

La Seguridad Social es un Derecho Humano.

La seguridad social es un derecho humano, así lo reconoce el Art. 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que dice ***“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensable a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”***.

Por su parte, el Art. XVI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) establece: ***“Toda persona tiene derecho a la seguridad social que lo proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia”***.¹⁰

10 Internet: <http://www.redsegsoc.uy> /revistas/ La Seguridad Social como Derecho Humano

También el Protocolo de San Salvador, en su Art. 9, dice que la seguridad social debe contribuir a que los /as no capacitados/ as obtengan los “**medios para llevar una vida digna y decorosa**”. Agrega que cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional y cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad, antes y después del parto.

Asimismo, en el “Informe Beveridge” (1941) en el que se propuso sacar a Gran Bretaña del empobrecimiento de su población que era consecuencia de la II Guerra Mundial, la seguridad social adquirió un concepto aún más amplio. Los programas de asignaciones familiares, de salud pública, de asistencia social, de empleo y otros, de carácter no contributivo y financiados a través del fisco, pasaron a integrar, junto al seguro social, el universo de políticas de seguridad social. Esto último revela en toda su dimensión la íntima ligazón entre la política de desarrollo y la de seguridad social.

La OIT y la Definición de la Seguridad Social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), fundada en 1919, tiene en su haber varios convenios internacionales relativos a la seguridad social, concordantes con el preámbulo de la Constitución de la OIT que dice que “la paz universal y permanente sólo puede basarse en la justicia social”. Este conjunto de Convenios da también una idea acabada de la conceptualización y de la evolución de la definición de la seguridad social.

El primero de ellos, el Convenio No. 3 sobre la Protección a la Maternidad, data de 1919 y establece, en su artículo tercero, que la mujer trabajadora no estará autorizada a trabajar mediante la presentación de un certificado que declare la fecha probable de parto en el término de seis semanas y que recibirá prestaciones suficientes para su manutención y la de su hijo, así como asistencia gratuita de un médico o comadrona, dos descansos de media hora por día para lactancia, declara también la ilegalidad del despido de la mujer trabajadora durante la etapa

del descanso por el parto. Este Convenio fue revisado en 1952 por el Convenio No. 103, mejorándose varias definiciones y ampliando los derechos consagrados en el primero.

El Convenio No. 12, adoptado en 1921, trata sobre la indemnización por accidentes de trabajo en la agricultura. En 1927 entró en vigor el Convenio No. 17 sobre indemnización por accidentes de trabajo, ambos fueron revisados en 1964 por el Convenio 121 que trata de las prestaciones en casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El Convenio 18 sobre Indemnización por Enfermedades Profesionales fue adoptado en 1925 y entró en vigor en 1927. su revisión se dio en 1934, con el Convenio 42 y con el anteriormente citado Convenio 121.

En 1925 fue adoptado el Convenio 19 sobre igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo, el cual entró en vigor en 1926.

Asimismo, el Convenio 24 relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria, del comercio y del servicio doméstico, además del 25 sobre seguro de enfermedad de los trabajadores del sector agrícola, que entraron en vigor en 1928 y que fueron revisados por el Convenio 130, en 1969.¹¹

En 1937 entró en vigor el Convenio 35 sobre seguro obligatorio de vejez de los asalariados de las empresas industriales, en las profesiones liberales, en el trabajo a domicilio y en el servicio doméstico, este Convenio ya no está abierto a la ratificación de los países, que fue revisado y reemplazado por el Convenio 128, el cual fue adoptado en 1967 y trata sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes. Este último Convenio establece en su Art. 9º, que la protección deberá comprender a todos los asalariados, al 75 por ciento de la Población

¹¹ Internet: [http:// www.oit.org](http://www.oit.org) / Convenios y Recomendaciones

Económicamente Activa o a todos los residentes. Por otra parte, establece que los pagos periódicos para los /as trabajadores /as tipo tienen que ser del orden del 45 y 50 por ciento de las ganancias anteriores, las que serán revisadas como consecuencia de variaciones notables en el nivel general de ganancias o del costo de vida.

El Convenio 102, adoptado en 1952, entró en vigor en 1955, estableciendo normas mínimas sobre seguridad social. Contempla un mínimo en los siguientes rubros:¹²

- Asistencia médica preventiva o curativa.
- Prestaciones monetarias de enfermedad.
- Prestaciones de desempleo.
- Prestaciones de vejez.
- Prestaciones en caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.
- Prestaciones familiares.
- Prestaciones de maternidad.
- Prestaciones de Invalidez.
- Prestaciones de sobrevivientes.

El Convenio 118, sobre igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social, fue adoptado en 1962 y entró en vigor en 1964.

En suma, la seguridad social debe cubrir al individuo contra todos los riesgos a que se expone en la vida y en el trabajo, es un instrumento de justicia social que debe basarse en la universalidad, que debe ser disfrutado por todos y todas, en todos los sectores.

En cualquier debate sobre los cambios que hay que hacer (o no) debe partirse de la premisa que la seguridad social es un derecho humano y por tanto, universal, sus políticas deben ser incluyentes y participativas, cualquier sistema que no

¹² idem.- [http:// www.oit.org](http://www.oit.org)

cumpla con todos los requisitos aquí señalados es deficiente y debe ser mejorado.¹³

Definiciones Complementarias.

El programa Básico del Partido Socialdemócrata Alemán, aceptado en el Congreso Extraordinario de 1989, brinda un aporte importante a la definición, diciendo que: “La Seguridad Social debe ser segura. Las políticas económicas, financiera y social son sectores de igual rango que hay que coordinar entre sí, de modo que toda la política en su conjunto se guíe por el mandato constitucional del estado social”.

Asimismo, el documento expresa que “afecta a la dignidad del hombre si las prestaciones se reciben en virtud de un derecho o como donativos de caridad...”. Habla también de una seguridad y participación social garantizada estatalmente y del derecho a las prestaciones sociales reclamable ante los tribunales.

El documento citado expresa también que el objetivo de la seguridad social es que trate con igualdad todas las situaciones similares; que haga participar en la financiación a todos, según capacidad de rendimientos; que active su propia administración; que ofrezca asistencia para que cada uno pueda ayudarse a sí mismo; que elimine la desventaja de las mujeres; que facilite la compaginación de profesión y familia; que incluya a los autónomos; que garantice la incorporación de los impedidos.

El Documento Final de la Mesa Redonda Regional Latinoamericana que se reunió en México, en septiembre de 1998, ha considerado urgente proponer el diseño y establecimiento de sistemas de seguridad social con las siguientes características:

- Cobertura Universal: que cubra a toda la población.

¹³ Internet : <http://www.oit.org>

- Solidario: que exprese la solidaridad y equidad entre regiones ricas y pobres; de ingresos altos, bajos y medios; con los niños, jóvenes, adultos y ancianos; los hombres y mujeres.
- Financiación: se debe establecer fuentes de financiamiento adecuadas, con recursos del Estado, con impuestos progresivos al capital y las grandes rentas y contribuciones de empleadores y trabajadores.
- Administración tripartita: Estado, trabajadores (activos y jubilados), empleadores, con funcionamiento efectivamente democrático e igualitario en la gestión, información y representación.
- Nivel de prestaciones progresivas acordes a las necesidades vitales, con base al planeamiento a largo plazo de las prioridades inspiradas en la justicia social.
- Control y gestión socialmente participativos: los diferentes participantes y representantes sociales en las instituciones de seguridad social deben contar con los medios materiales, técnicos y humanos adecuados para ejercer una gestión eficiente y representativa y adecuado control social, en interrelación dinámica, coordinada y permanente con sus representados y las organizaciones respectiva.

Situación Internacional.

El cambio en los sistemas de seguridad social viene siendo un tema central en la agenda y en el análisis de diferentes organismos mundiales, regionales y de casi todos los países en las diferentes regiones del planeta, esto se debe a la importancia que estos sistemas tienen para las economías, sobre todo por los recursos que manejan y también a los problemas que se han ido presentado en la gestión, cobertura y desempeño de la seguridad social.

Para algunos países, el problema central a resolver es el déficit fiscal, mientras que otros deben compensar los efectos de los cambios demográficos o simplemente solucionar distorsiones que fueron provocadas por medidas coyunturales.

Las situaciones varían de acuerdo a las regiones, los países desarrollados tienen estructura demográfica envejecidas, con desarrollo económico sostenido, con inequidades menores.

En Europa del Este quieren reformas a sus regímenes de seguridad social que sean consecuentes con la reestructuración económica que están haciendo, sin perder el carácter casi universal que ha caracterizado a sus sistemas de seguridad social.

El contexto económico y social en el que actúan los sistemas de protección social europeos ha cambiado considerablemente durante la última o dos últimas décadas. En la década de 1990, el bajo crecimiento económico ha incrementado tanto las dificultades para financiar la protección social en la Unión como, en combinación con las tendencias demográficas y sociales, el número de personas que reciben ayudas. Si bien el mantenimiento de los ingresos y la prevención de la exclusión social siguen siendo objetivos fundamentales de los sistemas de protección social, el objetivo de las políticas es reforzar los incentivos para trabajar y mejorar la empleabilidad y adaptabilidad de la mano de obra, los principales cambios introducidos en las políticas son:

Endurecimiento de las condiciones para recibir prestaciones: en muchos Estados miembros se han endurecido las condiciones para tener derecho a recibir prestaciones y se ha ampliado el período previo de cotización exigido.

Refuerzo de los incentivos para trabajar: en varios países se han introducido medidas para tratar de garantizar que las rentas del trabajo sean siempre superiores a las prestaciones a través de ventajas fiscales para los trabajadores que tengan bajas remuneraciones y prestaciones asociadas al trabajo, así como mediante reducciones de los niveles de las prestaciones.

Reorientación hacia políticas más activas: existe el convencimiento general de que la simple concesión de complementos de renta no es suficiente para luchar contra los problemas del desempleo y la exclusión social. En las Directrices para el Empleo de 1998, acordadas por el Consejo Europeo, los Estados miembros se han comprometido a llevar a cabo una reorientación desde medidas pasivas hacia medidas activas para incrementar la empleabilidad de las personas sin trabajo y ayudarles a encontrar un puesto de trabajo.¹⁴

Ampliación de los programas de creación de empleo: en varios Estados miembros se ha fomentado la creación de empleo con reducciones selectivas de las cotizaciones sociales y con subvenciones directas. Además, los Estados miembros han acordado en las Directrices para el Empleo estudiar posibles maneras de desarrollar las oportunidades de creación de empleo local que ofrece la economía social y nuevas actividades en los casos en que las necesidades no están cubiertas por el mercado.

Reducción de la dependencia y la exclusión social: la tendencia general de los sistemas de asistencia social de los Estados miembros se centra en combatir las causas subyacentes de la pobreza y la exclusión social, reducir la dependencia de las prestaciones y alentar a encontrar trabajo a todas las personas que tienen capacidad para trabajar.

Ayuda a las personas discapacitadas: en muchos Estados miembros se han realizado esfuerzos para mejorar las oportunidades de empleo de este grupo, impidiendo la discriminación, eliminando los obstáculos que les impiden trabajar y endureciendo al mismo tiempo las condiciones exigidas para percibir prestaciones. Inversión de la tendencia a la jubilación anticipada: existe desde hace tiempo en la Unión una tendencia a aumentar las jubilaciones anticipadas, lo que incrementa los gastos sociales y priva prematuramente a la economía de las competencias que pueden aportar estas personas. En el caso de las mujeres, esta tendencia se

¹⁴ <http://www.redsegsoc.org.uy/> sistema de protección social en Europa 1997.

ha visto contrarrestada por una tendencia más fuerte a una mayor participación en el empleo, pero, en el caso de los hombres, ha tenido como consecuencia que casi la mitad de los hombres de entre 55 y 64 años de edad (es decir, por debajo de la edad oficial de jubilación en la mayor parte de los países) ya no trabajan. Se han introducido medidas en diversos Estados miembros a fin de desalentar la jubilación anticipada, mediante un endurecimiento de las condiciones para acceder a la misma y/o una reducción de la cantidad pagada.

Fomento de la jubilación parcial: se ha procurado fomentar la jubilación parcial (especialmente en Alemania, Francia, Austria y Finlandia) permitiendo que la gente reciba una pensión parcial si reducen su jornada laboral. Sin embargo, hasta ahora, con la excepción de Francia, muy pocas personas han decidido aprovechar esta posibilidad.

Adaptación al envejecimiento de la población: la reforma de los sistemas de pensiones sigue ocupando el centro de la atención política a fin de limitar los costes que acarrea el envejecimiento de la población. En muchos Estados miembros, se ha elevado la edad oficial de jubilación, en especial para las mujeres y en la mayoría de los casos se está generalizando para ambos sexos a los 65 años, a la vez que se han introducido medidas en varios países para reducir las pensiones pagaderas. Otra tendencia ha consistido en vincular más estrechamente la pensión que vaya a recibirse con las cotizaciones pagadas durante la vida de una persona, con lo que se refuerza la dimensión de seguro del sistema. Hasta ahora, no se ha producido ninguna tendencia generalizada a pasar de regímenes de reparto a regímenes capitalizados (pasar de que las cotizaciones cubran las pensiones actuales a que cubran las obligaciones futuras), aunque se ha producido un crecimiento generalizado de las pensiones profesionales y privadas.

Contención de los costes de la asistencia sanitaria: una característica común de la reciente evolución política en los Estados miembros ha sido la imposición de

límites máximos a los gastos de los servicios nacionales de salud o de los fondos de seguros médicos. Si bien con esto se ha conseguido generalmente mantener el nivel de gastos en relación con el PIB, (véase cuadro 1.1), se han planteado otros problemas: sobre el modo en que se están racionando los recursos y la eficacia con que se están utilizando. En muchos países, se ha introducido o ampliado el pago directo de medicamentos y determinados servicios a fin de que los consumidores sean conscientes de los costes que implican y de incitarlos a reducir su demanda. En algunos Estados miembros, los Gobiernos han intentado aprovechar los efectos potencialmente positivos de los mecanismos de mercado para incrementar la eficiencia, separando más claramente a los compradores y los proveedores, alentando a cada uno a adoptar actitudes más comerciales y permitiendo la competencia gestionada en algunas áreas.

Prestación de asistencia a largo plazo: existe un amplio debate sobre la manera en que deberían satisfacerse las necesidades en materia de cuidados, que se refiere a la disyuntiva entre la utilización de transferencias y la prestación directa de servicios, así como al papel que debe desempeñar el Estado.

En concreto, en los tres países escandinavos de la UE, los servicios sociales están bien desarrollados, a pesar de que han estado cada vez más sometidos a limitaciones presupuestarias, por lo que respecta al resto de países, en algunos Estados miembros existen sistemas para contribuir a cubrir los costes de la asistencia como parte del sistema de protección social, siendo los ejemplos más destacados los sistemas introducidos por Austria en 1993 y Alemania en 1995, el primero de ellos financiado con impuestos generales y el segundo con cotizaciones sociales, sin embargo el gasto destinado en protección social en porcentaje al PIB en muy alto. (véase Cuadro 1.1)

Cuadro 1.1

La magnitud del Gasto Social en Europa

País	Porcentaje del PIB del Gasto en Protección Social
Irlanda	20%
Grecia	21%
Portugal	22%
Bélgica	30%
Alemania	30%
Austria	30%
España	30%
Francia	36%
Reino Unido	27.5%
Italia	24.5%
Suecia	36%

"Public Pension Expenditure Prospects in the European Union: A Survey of National Projections", D. Franco y T. Munzi, European Economy, No. 3 1996

Orientación del gasto hacia destinatarios específicos: existe en toda la Unión un interés político cada vez mayor en que se destinen recursos a las personas que tengan mayores necesidades, esto se refleja en la generalización de las comprobaciones de recursos, - aunque, hasta ahora, se mantengan en una escala muy limitada en la mayor parte de los casos y en el cobro de impuestos y/o de cargas sociales a los beneficiarios de prestaciones, que pueden servir para extender más equitativamente el coste de la financiación de la protección social, habida cuenta de la prosperidad cada vez mayor de muchos pensionistas.

En África, los fondos de previsión de capitalización individual están siendo transformados en regímenes colectivos de seguridad social, con una cobertura extremadamente limitada.

En nuestro continente, la situación es otra, en definitiva, según publicaciones de la Administración de la Seguridad Social en los Estados Unidos, de 221 regímenes de Seguridad Social existentes en 173 países del mundo, en 1997, se tenían sólo 8 Administradoras de Ahorro Provisional: (El Salvador, México, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay, es significativo que todos los cambios al sistema privado y de capitalización individual se hayan dado solamente en nuestro Continente.

Existen también varios países de América cuyos gobiernos han programado profundos cambios, en la mayoría de los casos sin consultar al movimiento de los /as trabajadores / as, es importante apuntar aquí que todas las reformas tuvieron y tienen como punto de referencia el nuevo modelo iniciado por Chile en 1981, bajo una dictadura militar.

1.3 Principios y Normas Internacionales de la Seguridad Social.

Las Normas Internacionales y Principios Rectores de la Seguridad Social:

La seguridad social para todos los que integran la sociedad es un principio y una meta que las naciones modernas se han impuesto desde hace mucho tiempo y que forma parte de las aspiraciones legítimas del individuo para su completa realización en el seno de la comunidad.

Por razones históricas y materiales, este ideal se manifiesta en la realidad mediante una cobertura muy variada en los diversos países, tanto en lo que toca a las personas protegidas como a los riesgos cubiertos y al interior de estos últimos, en lo que corresponde al número y a modalidades, cualitativas y cuantitativas, de protección, ningún país en particular puede pretender disponer de una seguridad social universal y perfecta.

En este fin de siglo se asiste a una globalización de la economía y a una mundialización de los intercambios económicos, sociales y de otra naturaleza, la evolución de la economía hacia una mayor concentración de los agentes de

producción y de distribución se caracteriza por una mayor desigualdad en la redistribución del ingreso y por un desplazamiento de la fuerza laboral de regiones y países con determinadas características económicas y demográficas hacia otros de demografía e ingreso diferente, en fin, las áreas de la economía de libre mercado han dado como resultado una mayor incertidumbre respecto al de la seguridad del ingreso del individuo y de su seguridad social.

Por su parte, la seguridad social ha vivido épocas de fuerte crecimiento y empeño en su evolución, acorde con las aspiraciones de las sociedades y gobiernos, habiendo sido siempre el motor principal de la protección social, pero a la vez, ha sufrido en repetidas ocasiones las consecuencias de crisis de diversos tipos; crisis que se han manifestado con modalidades diferentes en diversas épocas y lugares, que han conducido a un creciente cuestionamiento de las instituciones, a la par del aumento de la importancia de las crisis económicas, políticas y sociales de los países.

Las anteriores citadas no son por supuesto las únicas causas de la crisis que ha acusado la seguridad social; factores importantes como los cambios demográficos (que junto con los anteriores se pueden considerar como exógenos) como los ligados a la mala administración de los sistemas (factores endógenos), imponen soluciones efectivas e impostergables.

Pero mirando retrospectivamente se puede constatar que los instrumentos de acción de la seguridad social en realidad existen y han funcionado muy bien, que son perfectibles y sirven como pilar de apoyo a los cambios y medidas que se necesitan en materia de política social.

En esta oportunidad se hará referencia precisamente a los instrumentos internacionales y a los principios rectores de la seguridad social, que no se deben perder de vista en el proceso de construcción de la seguridad social universal e ideal que se aludió inicialmente.

En primer lugar se hará referencia a los principios rectores de la seguridad social: sus objetivos, medios y bases institucionales; los principios de organización y las técnicas para el servicio de las prestaciones y la solidaridad como el punto de convergencia de los principios rectores.

La importancia que ha presentado siempre la seguridad social de los trabajadores emigrantes y la problemática creciente que este tema plantea a los responsables de las políticas económicas y sociales, en particular en lo que respecta la normativa bilateral multilateral, concluirán las consideraciones generales, que se presentan de carácter informativo.

En materia de reforma de los sistemas, la problemática que se plantea en la concepción ideológica, la planificación, la organización y la gestión de la seguridad social, presenta aspectos fundamentales que están directamente relacionados con la compatibilidad de los instrumentos a los problemas de la seguridad social. Una reflexión al respecto se ofrece como corolario a los planteamientos anteriores relativos a los instrumentos internacionales y los principios rectores de la seguridad social.

Los Principios Rectores de la Seguridad Social.

Los instrumentos internacionales que gobiernan la seguridad social se basan en un cierto número de principios, que determinan y definen los valores fundamentales de la seguridad social.

Tres principios (o conjuntos de principios) son rectores en este respecto:

- Los principios relativos a los objetivos de la seguridad social;
- Los principios institucionales;
- Los principios en materia de organización y de servicios de las prestaciones.

Como punto de convergencia de los tres principios rectores mencionados, se encuentra el concepto de solidaridad.

Los Objetivos de la Seguridad Social.

a) La garantía de los medios de vida.

Es la esencia y el objeto central de la seguridad social: su **‘razon de ser’**. El derecho internacional consagrado por la OIT y los textos que se han derivado, principalmente del Consejo de Europa, han puesto sobre todo el acento en la garantía al trabajador de un ingreso de sustitución al salario (u otro ingreso de actividad laboral) en caso de privación del mismo, la legislación no insiste sobre la garantía de un ingreso mínimo para toda la población, la que al contrario, se encuentra en diversas legislaciones anglosajonas.

Este principio rector fue cristalizado en la Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (núm. 67) de la OIT, formulada en el contexto de la reconstrucción económica de Europa a continuación de la segunda guerra mundial. Se puede considerar como la primera piedra del edificio que constituye la normativa de la OIT en materia de seguridad social, seguida sucesivamente por más de treinta instrumentos jurídicos actuales (convenios y recomendaciones) que la Organización dispone en materia de seguridad social.

Ese instrumento demanda a los gobiernos de los Estados miembros garantizar a sus ciudadanos los medios de vida necesarios, mediante la instauración de un sistema unificado (o al menos de sistemas coordinados) de Seguro Social, el texto fue seguido por otros instrumentos más limitados, pero flexible, en lo que respectan los niveles de prestaciones por sustitución del ingreso: Convenios núms.. 102, 121, 128, 131 t 168 de la OIT, de los Códigos Europeo y Europeo Revisado de Seguridad Social. ¹⁵

¹⁵ Idem.

Cabe hacer notar que los instrumentos en cuestión hacen referencia a ingresos mínimos determinados, de precios y salarios, sin embargo, esas disposiciones interesan solamente al mundo laboral, en particular, a los salarios. Es decir, que no tienen el alcance de universalidad, que es la finalidad de la seguridad social.

b) La garantía de la atención a la salud.

La posibilidad de beneficiar de atención médica adecuada es un elemento esencial de la seguridad social. La recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69) primero y posteriormente el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) el Convenio (núm. 130) y la Recomendación (núm. 134) sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad de 1969, de la OIT, al igual que el Código Europeo de Seguridad Social, establecen los principios fundamentales en la materia, ocupándose en particular de la extensión de la cobertura en salud y contemplar la participación financiera de los beneficiarios al costo de la atención.

Los textos de la OIT contemplan dos modalidades de organización de los servicios: de seguridad social o público, ambos unificados, o de otro modo controlados por un órgano de coordinación.

c) La garantía de la inserción de la reinserción.

Es el corolarío de la garantía de los medio de vida, en el contexto de la lucha contra la pobreza, el principio está dirigido principalmente a proteger contra dos tipos de contingencias: el handicap (estado de minusválido) y el desempleo o para en ambos casos.

En el primer caso los instrumentos en cuestión son el Convenio (núm159) y la Recomendación (núm. 168) de la OIT sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas, 1983, de la OIT. ¹⁶

¹⁶ Idem.

En el segundo caso se prevé el suministro de ingresos de sustitución en caso de desempleo. Los primeros instrumentos de la OIT al respecto datan de 1934 (Convenio y Recomendación sobre el desempleo, núm. 44.) El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), contempla igualmente prestaciones en caso de desempleo, disposiciones más recientes, resultado de largos años de negociaciones con los empleadores, reflejan el concepto de promoción del empleo, que debe interesar a toda la política pública nacional al respecto Convenio (núm. 168) y Recomendación (núm. 176) sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988.

Los Principios Institucionales.

El convenio 102 de la OIT y el Código Europeo de Seguridad Social promueven un modelo de organización institucional de la protección social, este modelo, en su origen concebido como el único capaz de garantizar los objetivos de la seguridad social, ha sido considerado como muy limitado y hasta denunciado en alguna instancia, se fundamenta en sus principios: la responsabilidad del Estado, la participación, el carácter equitativo y colectivo de la financiación de la seguridad social.

a) La responsabilidad del Estado.

Los instrumentos anteriormente mencionados contemplan, en primer lugar, que el Estado miembro debe asumir una responsabilidad general en lo que concierne al servicio de las prestaciones y la buena administración de las instituciones y servicios responsables de su gestión directa.

En ambos se precisa que el Estado debe asegurarse, en los casos que se requiere, que los estudios y cálculos actuariales relativos al equilibrio financiero sean realizados periódicamente y que, en todo caso, se efectúan siempre con antelación a cualquier modificación de las prestaciones, en la tasa de cotización de los seguros o de los impuestos eventualmente efectuados al cubrir las

prestaciones en cuestión, los instrumentos más recientes de la OIT en materia de seguridad social confirman ese papel del Estado.

El principio en cuestión tiene implicaciones importantes para los Estados que suscriben estos instrumentos, sobre todo hoy en día, en que el papel y responsabilidad del Estado se cuestionan y debaten ampliamente.

Sin embargo aquí en México persiste tal debate debido a que la Constitución, contiene un amplio catálogo de garantías y derechos humanos de los cuales podríamos citar los Art. 4, 25 y 123 constitucionales, de los cuales se hará referencia mas adelante.

b) La participación de la gestión

La participación de las personas protegidas en la gestión de la seguridad social es un principio consagrado por la OIT, el convenio 102 dispone que toda vez que la administración de la seguridad social puede ser responsabilidad de una dependencia pública o de una institución reglamentada por asociados con poder consultivo,¹⁷ sin embargo, la normativa de este principio no precisa las modalidades con las cuales esta participación se tenga que efectuar, tampoco se habla del papel de los sindicatos de trabajadores en la gestión, el Estado queda entonces libre de acción de la materia, esto quiere decir también que hablar de parasitarismo al respecto sería exagerado, sobre todo considerando que la flexibilidad de las disposiciones permite que con una presencia formal de los representantes de las personas protegidas bastaría para validar el convenio, finalmente, cabe hacer notar que esa disposición no es suficiente para prohibir una privatización de la seguridad social.

c) El carácter equitativo y colectivo del financiamiento.

Los dos instrumentos antes mencionados contienen disposiciones esenciales relativas al financiamiento de la seguridad social, en particular, se prevé que el

¹⁷ Idem.

costo de las prestaciones y los gastos de administración deben ser financiados colectivamente, de manera tal que: evite que las personas de recursos económicos modestos tengan que soportar una carga demasiado onerosa; que se tenga en cuenta la situación económica del país y de las categorías de las personas protegidas.

En los regímenes de seguro social (a excepción de las prestaciones familiares y los riesgos del trabajo), el total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos no deben exceder el 50 por ciento del total del costo de las prestaciones.

d) Otros principios institucionales característicos.

Además de los tres principios señalados, los instrumentos citados contemplan otras disposiciones fundamentales, como el derecho de apelación en caso de rechazo de la prestación debida, o en cuanto a la calidad o cuantía de la misma.

La afiliación obligatoria, contrariamente a los principios anteriores, no es objeto específico del derecho internacional en la materia, la razón es que se trata de una regla de base, cuya importancia no ha sido nunca puesta en tela de juicio, sin embargo, se puede afirmar que, aunque el principio de la obligatoriedad de la afiliación está en la base de la norma mínima de la OIT, la afiliación facultativa se contempla bajo ciertas condiciones.

Ello es debido a la existencia, en un cierto número de países, de seguros facultativos que protegen amplias categorías de la población y que proporcionan un nivel considerable de protección.

Los Principios en Materia de Organización y de Servicios de las Prestaciones.

a) La conservación de los derechos y la igualdad de trato.

Dos objetivos convergentes, que conciernen a dos realidades muy diferentes, fundamentan el principio de la conservación de los derechos y de la igualdad de trato: la conservación de los derechos de los trabajadores emigrantes y la igualdad de trato entre nacionales y no nacionales, por un lado y la igualdad de trato entre hombres y mujeres por otro.

Las políticas internacionales de coordinación y de armonización en materia de seguridad social convergen en garantizar a los trabajadores emigrantes los mismos derechos que a los trabajadores nacionales; a la vez, se dirigen hacia el mantenimiento de los derechos que estos trabajadores han acumulado en el país de ejercicio de su actividad laboral, una vez que los mismos regresan a su país de origen.

La igualdad de trato en materia de seguridad social entre hombres y mujeres, es uno de los principales objetivos de la OIT desde su fundación, no han sido, por otra parte, completamente integrados a los convenios de seguridad social, los que se inspiran en un modelo familiar en que la mujer tiene su función en el hogar y se dedica al cuidado de los hijos, sin embargo, la tendencia a la actualización de este principio se manifiesta; en efecto, en 1975 (Año Internacional de la Mujer) la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó una declaración sobre la igualdad de oportunidades y de trato para las trabajadoras, desde entonces, la OIT y las Naciones Unidas han desplegado considerables esfuerzos para establecer y hacer operativos los instrumentos jurídicos dirigidos en ese sentido.

b) Monto, frecuencia y duración de las prestaciones.

Los convenios de la OIT estipulan de manera precisa las modalidades de cálculo de los ingresos de sustitución en caso de interrupción involuntaria de la actividad labora, dichos ingresos de reemplazo, ya sean temporales (por ejemplo, en caso

de enfermedad o de desempleo) o vitalicias (por ejemplo invalidez, vejez) sigue las mismas reglas de cálculo:

- El monto de las prestaciones en dinero debe expresarse como un porcentaje de un ingreso de referencia; ese porcentaje varía de acuerdo con la contingencia considerada y según se trate de una norma mínima o de una superior;
- El ingreso de referencia varía, según se trate de: (a) una prestación proporcional al ingreso anterior del asalariado; (b) una prestación proporcional al salario de un trabajador – tipo no especializado, cuando la cobertura integra a toda o a una parte de la población activa; (c) una prestación fija, determinada luego de prueba de los recursos del beneficiario, que no debe ser inferior a una suma calculada según el segundo método antes indicado, cuando la cobertura integra a todos los residentes del país;
- Los convenios establecen la duración mínima del servicio de las prestaciones, en función de la naturaleza de las contingencias cubiertas;
- Para tener derecho a la prestación, se puede contemplar un período de espera, que no debe ser superior a la duración máxima contemplada en los convenios.

Todas estas disposiciones muestran claramente que el propósito de la seguridad social es ante todo suministrar un nivel predeterminado de prestaciones a la población cubierta y luego encontrar los medios de su financiación, es decir, mediante una adaptación de los recursos en función de las necesidades. Por tal motivo podemos concluir que el derecho internacional ha contemplado los sistemas de seguridad social como sistemas de prestaciones definidas.

La Solidaridad.

La seguridad social, tal y como resulta de los conceptos enunciados en los párrafos anteriores, es el pilar principal de la puesta en práctica de la solidaridad en las sociedades actuales, la responsabilidad del Estado, el carácter equitativo y

colectivo del financiamiento, la obligatoriedad de la afiliación, entre otros principios, convergen hacia la institución de mecanismos de solidaridad, singular o pluralmente hablando, que se constituyen y manifiestan mediante la existencia y actuación de derechos objetivos reconocidos, en diferentes Convenios y Recomendaciones de los organismos internacionales diferencia de los sistemas de asistencia social.

El derecho a la salud es un derecho universal que se fundamenta en la solidaridad nacional, las prestaciones de salud y de la seguridad social ilustran en toda evidencia esta solidaridad: de sanos a enfermos. En los sistemas de pensiones la solidaridad se ejerce entre las generaciones: de jóvenes a jubilados; aquí la solidaridad es evidente en mayor grado en aquellos regímenes financiados mediante el sistema de reparto, lo mismo vale para los regímenes de redistribución de ingresos de las familias sin hijos a las familias con hijos a cargo.

Aunque obedeciendo a lógicas diferentes, los ejemplos anteriores muestran formas de solidaridad características de la seguridad social, la heterogeneidad en materia de solidaridad, es en efecto, inherente al concepto jurídico internacional de la seguridad social.

Los Trabajadores Emigrantes y la Seguridad Social.

La situación de los trabajadores emigrantes varía según las circunstancias:

- Si proviene de (o si se dirigen a) un país con un sistema de seguridad social muy avanzado, o al contrario, escasamente desarrollado;
- Si van con sus familias al país de empleo o si la dejan en el país de origen;
- Si obtienen un contrato de trabajo previo a la salida de su país de origen;
- El tipo de ocupación en el que se desempeñan: trabajadores temporáneos, fronterizos, gente de mar, etc.

Cualquiera que sea la circunstancia específica, el interés fundamental consiste en poder eliminar las restricciones en las legislaciones nacionales que les impidan

beneficiarse de la cobertura social completa y la elegibilidad a las prestaciones, en cualquier lugar que se encuentren.

Lo anterior se puede lograr mediante la aplicación de un acuerdo de seguridad social de diferentes tipos. La OIT ha establecido una serie de instrumentos al respecto; en particular, un cierto número de convenios y recomendaciones rigen específicamente la normativa dirigida a la protección social de los trabajadores emigrantes y sus familias, a nivel regional y subregional, otros organismos han desempeñado actividades en ese sentido, sobre todo en el marco de acuerdos económicos multilaterales.

Esos instrumentos contemplan la garantía de ciertos derechos básicos, como la igualdad de trato y el pago de las prestaciones de jubilación en el extranjero; a la vez, proporcionan un marco de referencia y un cierto número de reglas comunes en vista de la conclusión y la aplicación práctica de acuerdo de seguridad social.

Cabe señalar que el número de rectificaciones de los convenios de la OIT sobre los trabajadores emigrantes no es muy satisfactorio y que existen muchos vacíos importantes en la aplicación concreta de los que ya están suscritos, sobre todo por parte de los países en vías de desarrollo, estos últimos, principales exportadores de mano de obra, enfrentan una serie de problemas importantes en el suministro de una protección efectiva a sus trabajadores emigrantes.

Tienen un desarrollo insuficiente de sus sistemas de seguridad social, que impiden la conclusión de un acuerdo de reciprocidad; por la insuficiente capacidad administrativa, que impide tratar con la debida eficiencia los acuerdos, que presentan una cierta complejidad de gestión y fuerte competencia entre ellos, lo que debilita su capacidad de negociación con los países, generalmente ricos y los importadores de mano de obra.

Existen muchas posibilidades de perfeccionar los instrumentos existentes, como lo indican ejemplos de un cierto número de países, sobre todo a través de medidas unilaterales a ser tomadas por los países "exportadores" de trabajadores, al igual que se pueden simplificar un cierto número de funciones existentes por ejemplo, mediante el reembolso directo de los gastos médicos.

Numerosos países han procedido a reformar sus modelos tradicionales de seguridad social, generalmente a raíz de las crisis de diversos origen y principalmente como consecuencia de presiones de naturaleza económica; estas reformas se han llevado a cabo a veces de manera urgente.

Existen algunos de los problemas que han conducido, con carácter aditivo, a reformar los sistemas tradicionales:

- La progresión creciente del costo de la seguridad social en las economías nacionales, desde comienzos de los años ochenta, ha sido constante y considerable;
- Las estructuras demográficas han cambiado marcadamente: por el envejecimiento de la población y la baja natalidad aceleran la transformación de las pirámides de edad, aumentando el número de pasivos y disminuyendo el número de activos;
- El financiamiento mediante cotizaciones basadas en los salarios, por parte de los empleadores y de los trabajadores, ha provocado numerosas críticas, sobre todo en los países en que estas cotizaciones afectan significativamente el costo del trabajo;
- El crecimiento del sector terciario y la difusión de las tecnologías de la información y de la comunicación han llevado a un cambio de naturaleza del empleo tradicional; el mercado de trabajo se encuentra segmentado: trabajo a tiempo parcial, trabajo discontinuó, movilidad creciente, etc.;
- Las estructuras familiares tradicionales han cambiado radicalmente: el papel de la mujer en la sociedad y su creciente participación en el mercado de trabajo plantea problemas del sistema tradicional de prestaciones

familiares y de renta a sobrevivientes, entre otras; el empobrecimiento progresivo de la sociedad y la exclusión de amplias capas del mercado laboral que provocan la exclusión, con la creciente necesidad de recursos para cubrir necesidades básicas y luchar por la reinserción del individuo en el mercado laboral.

Todo lo anterior ha dado como resultado propuestas y acciones dirigidas a corregir esas situaciones, cuyo persistir amenaza en llevar a las sociedades a enfrentar cierto problemas en el corto plazo, de manera muy general, entre las características que identifican las medidas propuestas se encuentran las siguientes:

- Prioridad al desarrollo económico; la seguridad social debe contribuir efectivamente a promover el ahorro y la inversión, en beneficio de la economía nacional;
- Necesidad de mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones gestoras de los programas de seguridad social;
- Necesidad de una restricción general del nivel de las prestaciones, consideradas demasiado generosas;
- Oportunidad de promover la participación del individuo en su propio protección social.

De las anteriores propuestas, lo importante aquí es señalar las circunstancias principales que han conducido a la introducción de modelos de seguridad social que se difieren sensiblemente de los tradicionales.

Cabe preguntarse sobre el papel que los principios y las normas de seguridad social establecidas, bosquejadas en los párrafos anteriores, pueden o tienen que jugar en un sistema reformado, es decir, resulta legítimo preguntarse si la concepción ideológica, la planificación, la organización y la gestión de los sistemas de seguridad social reformados, son compatibles con la normativa internacional vigente.

Para poder dar una respuesta al planteamiento anterior, un análisis detenido de los fundamentos y características de cada sistema de seguridad social reformado se impone, de modo que se puedan evaluar sus bondades y establecer un confronta con las normas internacionales al respecto, los sistemas reformados, aunque presentan elementos característicos entre sí, que los identifican claramente, difieren, a veces sensiblemente, en su concepción, de los tipos de organización financiera, administrativa y modalidades de las prestaciones.

La existencia de uno, dos o tres niveles de protección, integrales o paralelos, la garantía de una pensión mínima; la combinación de regímenes de reparto con los de capitalización individual.

Cualquiera que sea la respuesta al planteamiento en cuestión, lo importante es no perder de vista que la normatividad internacional, fruto de mucho años de arduo trabajo dirigido a la realización de uno de los anhelos fundamentales de la humanidad, debe de ser el punto de referencia de cualquier sistema de la seguridad social, de modo que se preserve y garantice la provisión adecuada de los medios que proporcionen al individuo la seguridad social a que tiene derecho.

1.4 Conceptos teóricos

Entendemos por desarrollo económico de un país el crecimiento sostenido en su magnitud como unidad económica, por nación entendemos una sociedad humana dotada de un espacio definido, un estado con un poder soberano sobre ese territorio y sus habitantes, con un sentimiento de comunidad, derivado con frecuencia de un pasado común y que sea equiparable de la diferenciación de otras sociedades humanas.

El desarrollo es un concepto cuyo objeto propio es el estudio de unidades orgánicas, desarrollo significa “un proceso, que es el resultado indirecto de fuerzas químicas, osmóticas y de otra especie, mediante el cual se introduce la materia en el organismo y se transfiere de una parte de éste a otra”. Por analogía, el

desarrollo económico es un proceso mediante el cual se introduce la materia económica en la economía de una nación y se transfiere de una parte de esta a otra, la materia económica en cuestión está representada más directamente por lo que los economistas designan como recursos productivos; bienes naturales, in reproducibles, como la tierra, los yacimientos minerales, los ríos y los canales; la población y la riqueza reproducible, en forma de toda clase de equipos, inventarios, etc., los activos económicos efectivos que se tienen en otras naciones, el desarrollo de una nación podría estimarse por el incremento de su riqueza y población.¹⁸

De ahí el interés en las mediciones de confianza; en índices que expresen inequívocamente, no sólo la existencia del desarrollo económico en determinado período sino, también su tasa de comparación con otros períodos o con otras naciones.

Entonces se podrá concebir fundamentalmente a la nación como una unidad de producción y suponer que el enfoque a través de la producción dará la medida más amplia del funcionamiento de la economía de una nación, el producto de todos los bienes escasos.

Sin embargo existen tres problemas principales que surgen para definir el producto, el primero – el del alcance, que surge porque la producción se mantiene bajo los auspicios y dirección de instituciones económicas diversas, que se distinguen por diferencias en el complejo total de motivos, reglas y medidas que orientan las decisiones. Así, en nuestra sociedad moderna, como en muchas sociedades del pasado, hay que distinguir cuando menos tres instituciones principales: **la familia, las empresas y el estado**. una medición del producto refleje el desarrollo de una sola institución, debiendo incluir evidentemente toda la producción económica de la familia, no obstante, casi todas las medidas del

¹⁸ Dificultades Conceptuales Simón Kunetz, Lecturas Sobre el Desarrollo Económico, Selección por Guillermo Ramírez, Escuela Nacional de Economía, UNAM. México.

ingreso nacional incluyen sólo la producción que tiene lugar en el mercado, incluyendo la producción del Estado, pero omitiendo una gran proporción de la actividad productiva que, al no estar delimitada por el mercado, forman parte integral de la vida familiar, no se considera propiamente como actividad económica, que es un prerrequisito importante para la medición más eficaz del desarrollo económico que descansa en la inclusión de aquellos sectores de la producción que escapan al ojo estadístico.

El segundo problema es el de obtener un total no duplicado de toda la producción, este problema podría parecer resuelto en la definición del producto empleada aquí; suma de los productos destinados al consumo final, más las adiciones netas del Stock de bienes en el país y los activos en los países extranjeros, no obstante, esta sencilla definición encierra graves problemas.

El tercer problema importante para definir el total mensurable del producto de una nación es la valoración de sus partes sobre una base común, a diferencia del stock de recursos, una enorme proporción de la producción corriente no fluye a través del mercado y se le asigna un valor económico.

Los tres grupos de problemas expuestos proceden de una misma fuente: del conflicto que surge entre la necesidad de una sola medida consistente que permita comparaciones adecuadas de la magnitud o de la tasa de crecimiento de la economía nacional y la imposibilidad de medición de la realidad económica que pueda observarse directamente, los problemas de alcance, duplicación y evaluación se originan porque las actividades de la familia y las ligadas a las unidades familiares se desarrollan fuera del ámbito del mercado.

Pueden surgir tres tipos básicos de empleo de estas magnitudes económicas nacionales:

En primer lugar, está el establecimiento de patrones de relación de las partes con el todo, en este tipo de aplicación, la magnitud económica total de la nación se obtiene de tal forma, que la importancia relativa dada o variable de algún elemento significativo de la actividad económica, sea susceptible de medirse y permitan identificar los patrones estables o comúnmente recurrentes de las relaciones de la parte con el todo, donde las mercancías son un elemento significativo en el desarrollo económico.

El segundo tipo de uso de las mediciones del desarrollo económico se relaciona estrechamente con las definiciones en términos de las partes representativas que constituyen y determinan los totales, puede concebirse como reflejos diversos de una misma unidad: como lo es la nación un complejo económico, donde podemos emplear estas mediciones para buscar patrones de cambio en el tiempo.

Llegamos así al tercer tipo, el más difícil de medición del desarrollo económico, el desarrollo económico se mide, **explícitamente, por la magnitud de los servicios que la economía de una nación debe brindar, en términos de las necesidades que se supone debe satisfacer.**

***LA SEGURIDAD SOCIAL
EN MÉXICO
Y
SU DESARROLLO
ECONÓMICO***

2.1 La Seguridad Social en México y su Desarrollo Histórico

Antecedentes

La Seguridad Social en México ha representado una extraordinaria fórmula para mantener la paz social, para luchar contra la pobreza y la desigualdades y para impulsar la redistribución de la riqueza de la nación. En el pensamiento y obra de muchos de nuestros luchadores sociales del siglo XIX se encuentra el germen de la seguridad social. *Los Sentimientos de la Nación, de Morelos*, plasman esta situación, sin embargo es hasta la ley fundamentalmente, la Constitución de 1917, la que le da forma y se ocupa de este asunto y por primera vez se concretan los ideales del pueblo de México en la materia.¹⁹

No hay duda que la gran epopeya revolucionaria de 1910 y su producto social fundamental que es la Constitución de 1910, permitieron delinear el proyecto económico y social del país, al mismo tiempo sirvieron para consolidar los objetivos de las luchas de Independencia y de la Reforma al definir con claridad los rumbos del desarrollo social, para la transformación de las instituciones y para la evolución de la vida política y democrática de la nación fue la Constitución base de las Instituciones de la República; así como de la Seguridad Social.

La Constitución de 1917 incorpora los derechos individuales consagrados por el documento que había regido desde el año de 1857, donde participo Don Benito Juárez, quien fortaleció la Nacionalidad, la separación del Clero en la educación laica y reafirmando el concepto del Estado Mexicano, también adiciono las garantías sociales destinadas a la protección de los distintos grupos sociales, siendo hoy una de las Constituciones más avanzadas del mundo ²⁰

La carta magna es el resultado de la búsqueda del bienestar social, que se había estado buscando desde seis décadas antes, donde el desarrollo que alcanzo el

¹⁹ Narro Robles, J, La seguridad Social en México en los Albores del siglo XXI, Fondo de Cultura Económica, 1994, pp. 59.

²⁰ La Salud y Seguridad Social En América Latina, Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1990, pp. 135-153.

combate revolucionario y la ideología social que vino a reflejarse en los debates del congreso constituyente de 1917, lo cual llevo a conformar un gran pacto social que preserva, respeta e impulsa los derechos fundamentales de los mexicanos y que permite al país transitar, mayormente en paz y con armonía social, con un proceso de evolución y desarrollo. La Constitución es un documento solidario, progresista, con enormes alcances sociales, siendo el sustento para la edificación de un Proyecto Nacional.

Concepto constitucional de la Seguridad Social a partir de la Constitución de 1917

En el año de 1917 después de una larga gesta revolucionaria queda mandado constitucionalmente el marco que permite a los trabajadores la defensa de sus intereses obligando al estado a velar por su dignidad y bienestar.

Los mandatos contenidos en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos por lo que se refiere a las relaciones entre capital y el trabajo, a la garantía de asociación profesional, a la jornada máxima, el salario mínimo, al descanso obligatorio, a la prohibición del trabajo a menores y las limitaciones del trabajo de las mujeres, así como la higiene a las fabricas, a la indemnización por riesgos profesionales y a las prestaciones sociales a favor de los obreros y a cargo de los patrones, constituyen el Marco Jurídico del Sistema Mexicano de Seguridad Social.²¹

La promulgación en 1917 de la Constitución Federal, representó el inicio de la construcción en México del Sistema de Seguridad Social, al reconocer los derechos de los trabajadores e instituir el establecimiento de las instituciones de la seguridad social, en la sesión del 23 de enero de 1917, el Congreso Constituyente redacto la fracción XXIX del artículo 123 constitucional, que a la letra dice:

²¹ Dr. Ignacio Morones Prieto, Tesis Mexicanas de Seguridad Social Mexicana, México IMSS, 1970 pp. 23-28

Artículo 123 Fracción XXIX. *“Se considera de utilidad social: el establecimiento de caja de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros fines análogos. por lo cual, tanto el Gobierno Federal, como el de cada Estado, deberán de fomentar la Organización de Instituciones de esta índole para infundir e inculcar la Previsión Social”.*²²

La Constitución de 1917, no solo incluyó los derechos individuales consagrados por el documento fundamental que había regido por seis décadas en el país, también adicionó las garantías sociales destinadas a la protección de los distintos grupos sociales.

Evolución de la Seguridad Social a partir del mandato Constitucional

A partir de la Constitución 1917 que contiene los principios de seguridad social en su artículo 123, se produjeron en un lapso de 12 años cerca de 93 disposiciones relativas al Capítulo del Trabajo y la Previsión Social,²³ siendo la de Yucatán la primera Legislatura Estatal en promulgar un Código de Trabajo en 1921. El Presidente Álvaro Obregón estudio por primera vez la posibilidad de instituir el Seguro Social en el país y expidió las disposiciones legales relativas al seguro voluntario, pero fue durante la administración del Presidente Interino Emilio Portes Gil cuando el Congreso de la Unión aceptó reformar la Fracción XXIX de la Constitución General de la República, el 6 de Septiembre de 1929 fue publicada la fracción referida, reformada en los siguientes términos:

Artículo 123 Fracción XXIX *“ Se considera de utilidad publica la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos “.*

²² Leonardo Lomeli Vanegas, Tesis La Economía de la Seguridad Social en México. Antecedentes y Reforma de los Sistemas de Seguro Social y Salud Pública, UNAM, México 1997, PP.83-85.

²³ Víctor Ruiz Naufal, Constitución, Seguridad Social y Solidaridad, Instituto Mexicano del Seguro Social

Sin embargo tarda catorce años la aprobación de la Ley del Seguro Social, pero en el año de 1931 se expide la primera Ley Federal de Trabajo que contiene ya disposiciones relativas a la cesación involuntaria de trabajo y la indemnización por enfermedades o accidentes laborales, de observancia obligatoria en toda la Republica.

Es hasta el año de 1938 cuando se termina el proyecto de Ley del Seguro Social para ser enviada a las cámaras, para establecer el Instituto Nacional de Seguro Social, pero la iniciativa de Ley no llegó a ser discutida, señalándose la necesidad de que se efectuaran los estudios técnicos actuariales que sustentaran debidamente la propuesta. Es hasta el año de 1942 cuando el Presidente Manuel Ávila Camacho envía un proyecto que satisface la inquietud de los legisladores y el 19 de enero de 1943 se publica la ley correspondiente, quedando la redacción de la fracción XXIX del artículo 123 de la siguiente forma:

Artículo 123 Fracción XXIX *“Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección del bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados, otros sectores sociales y sus familiares²⁴”.*

La Ley reglamentaria de la fracción XXIX del Artículo 123 fue promulgada también en 1943,²⁵ que contemplaba la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e incluye la Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). destinada principalmente a las relaciones laborales del trabajo urbano; sin embargo en su artículo sexto faculta la extensión al régimen rural, con base en este artículo en el año de 1954 se implanta el Seguro Social en el campo en los

²⁴ Mexicano esta es tu Constitución. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión, Instituto de Investigaciones Legislativas, Octava Edición, Edit. Miguel Ángel Porrua. México 2001.

²⁵ Diario Oficial de la Federación 19 de enero de 1943.

Estados de Sonora, Sinaloa y Baja California, fijándose así las cotizaciones de acuerdo con el número de hectáreas laboradas ²⁶

Poco después, en el año de 1959 se modifica la ley, haciendo obligatorio a los patrones la inscripción de los trabajadores rurales en el Seguro Social aportando los primeros el 50 por ciento de la cuota y quedando el resto como obligación para la Federación, dentro de la reforma también se incluyó las facultades de organizar la Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, como paso previo a la expedición en 1960 de la Ley de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).²⁷

Más tarde, en el año de 1963 se incorpora al seguro social a un grupo importante de trabajadores del campo, los productores de caña, a quienes se les fija la cotización a partir de los kilos de azúcar producidos, correspondiendo a 50 por ciento a la empresa, 25 por ciento al trabajador y 25 por ciento al gobierno federal, de nueva cuenta en el área rural.

En el año de 1965 se incluye a los pequeños propietarios, con el pago compartido entre el propietario y el Gobierno Federal, a partir 1972 se incorpora otro grupo campesino, el productor de henequén, en 58 municipios del Estado de Yucatán.

En 1973 se aprueba por H. Congreso de la Unión la ley que actualmente esta vigente, que permite la incorporación de nuevos grupos, de campesinos y del medio urbano y que establece el concepto de Solidaridad Social mediante el cual se pueden incorporar al Seguro Social los trabajadores del campo sin capacidad de cotización, el proyecto de financiamiento se realiza mediante la aportación del 40 por ciento por el Instituto Mexicano del Seguro Social, quedando el resto a cargo del Gobierno Federal, mientras se espera que los beneficiados contribuyan con jornadas laborables en trabajos que beneficien a sus propias comunidades, en

²⁶ Diario Oficial de la Federación 19 de enero de 1943.

²⁷ Diario Oficial de la Federación 31 de Diciembre de 1959

servicios de infraestructura sanitaria, drenaje, agua potable y letrinas, todo lo anterior de acuerdo a las posibilidades y necesidades locales.

La segunda entidad en importancia en nuestro sistema es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que tiene como antecedente la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro fundada en el año de 1925, que exclusivamente otorga pensiones por vejez, invalidez, muerte o retiro, posteriormente, para invertir los excedentes de los fondos de pensiones, se puso en practica un sistema que facilitó el préstamo a los trabajadores del Estado para el financiamiento de casas habitación o de prestamos menores.

La prestación médica no estaba incluida en los servicios que proporcionaba esta dirección, por lo cual las diferentes dependencias del Estado crearon sus propios servicios o los subrogaron, siendo estos de la más alta calidad, la cobertura que estaba centralizada en mayor parte en la Ciudad de México, requería ampliar sus servicios para toda la población nacional.

El 31 de diciembre de 1959 la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado abroga la Ley de Pensiones Civiles de 1947 y recoge la Protección para el trabajador no solo en materia de riesgos del trabajo, sino también en cuanto a la atención medica y los servicios sociales a los trabajadores y sus familias, inicialmente se contrataban los servicios hospitalarios en instalaciones privadas y posteriormente se inicia la construcción de una red de clínicas y hospitales en toda la Republica, cuatro años mas tarde se publica en el Diario Oficial la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado, en el año de 1966 el Instituto protegía a 323,000 trabajadores de base, 50,000 supernumerarios y de confianza, así como a sus respectivas familias, llegando a totalizar un poco menos de un millón de derechohabientes.²⁸

²⁸ Idem.

Para 1983 las principales ciudades del país contaban con numerosas unidades periféricas, clínicas y hospitales del ISSSTE, llegando a cubrir 5,468,000 habitantes, ese mismo año modificó su Estructura Administrativa y estableció el modelo de atención médica regionalizada con referencia de pacientes por niveles. poco después se elaboró una nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1987, la cobertura Institucional permitió atender a poco más de 7,500,000 derechohabientes.

El Artículo 25 Constitucional y su impacto en la Seguridad Social en México.

Dentro del estudio y análisis de este trabajo encontramos la relación directa e importancia del mandato constitucional de este artículo, ya que menciona al Estado como rector del desarrollo nacional y sustentable y su impacto directo dentro del esquema de la Salud y Seguridad Social de México.

Artículo 25 *“Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que este sea integral y sustentable, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta constitución”*

“El Estado Planeará, conducirá, coordinará y orientar la actividad económica nacional y llevara cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de las libertades que otorga esta constitución”

“Al Desarrollo económico nacional concurrirán, con responsabilidad social, el sector publico, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo de la Nación”

Por tal motivo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se prestan servicios de atención médica, en salud pública, asistencia y seguridad social a través de tres tipos de Instituciones:

- Las públicas (que atienden a la población no asegurada o abierta)
- Las de seguridad social (que cubren a derechohabientes)
- Y las que prestan servicios sociales y privados.

Sin embargo el marco Institucional del sistema de bienestar social mexicano define las reglas con base a las cuales el Estado interviene en las prestaciones de los Servicios Sociales que por su naturaleza el mercado no puede proveer, ya sea por su estructura de costos que determina sus bienes públicos desde su inicio, o bien por que los costos sociales de su provisión por parte del mercado son excesivos, en términos generales, la prestación por parte del estado de los diversos servicios sociales que conforman el sistema, responde a fallas del mercado que hacen necesarias y de utilidad pública la intervención estatal, pero a su vez, la acción del Estado como Institución modifica los comportamientos políticos, económicos y sociales de los agentes, en virtud de poseer un monopolio de la expedición de leyes de observancia general, el Estado puede cambiar el marco legal que regula la operación del sistema económico. (véase cuadro 2.1) ²⁹

La estructura administrativa encargada de la ejecución y observancia del marco institucional del sistema de bienestar social mexicano, se encuentra de la siguiente manera, con exclusión de los subsectores de vivienda y abasto.

²⁹ Ayala Espino José Luis. Estado y Desarrollo, la Formación de la Economía Mixta Mexicana (1920-1982) México, Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Energía, Minas e Industria Paraestatales.

Cuadro 2.1
Estructura del Sistema de Seguridad Social Mexicano

NECESIDAD	LEGISLACIÓN	ORGANISMO
Salud	Ley General de Salud	Secretaría de Salud (SSA)
	Ley Sobre El Sistema Nacional de Asistencia Social	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
	Ley Del Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Seguro Social	Ley Del Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
	Ley Seguro Social	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
	Ley del Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Vivienda	Ley del INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores
	Ley del Fovissste	Fondo para la Vivienda del ISSSTE

Fuente: José Ayala Espino. Economía Publica 1997

El sistema de bienestar social mexicano se ha subdividido en dos sectores, en donde los organismos se agrupan de acuerdo con la necesidad social a la que responden, por ejemplo, existen organismos mixtos, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social y el ISSSTE, dado que conjuntán sistemas de atención médica con fondos de previsión para el pago de pensiones y de seguros contra accidentes de trabajo, maternidad y enfermedades profesionales y no profesionales.

El paquete de prestaciones que ofrecen estos organismos se encuentra más cerca de los que propuso el Informe Beveridge (1941), como apoyos al ingreso durante el ciclo de vida, aunque su cobertura no es universal sino orientada a sus derechohabientes, por su parte, los organismos de asistencia social y salud pública, si bien recuperan dentro de sus objetivos el enfoque de cobertura universal recomendado por Beveridge, no ofrecen un paquete integral de prestaciones, a pesar de que existen Instituciones que han ampliando el tipo de servicios que ofrecen.

Aún cuando sus estructuras administrativas deba revisarse por separado y que los grupos sociales a los que están dirigidos son diferentes, la intervención Estatal en el mercado de la salud responde básicamente a las mismas demandas Sociales y Económicas, con ciertos matices para cada grupo social y sobre todo, para ciertas regiones del país, a ello hay que añadir que al menor peso cuantitativo en materia de recursos humanos, materiales y cobertura, de la Secretaria de Salud frente al IMSS y al ISSSTE, corresponde sin embargo a un mayor poder de regulación y normatividad en materia sanitaria y por consiguiente, a una mayor intervención en los mercados relacionados con la salud.³⁰

El desarrollo de la Seguridad Social en México surgió con desigualdades y privilegiando a los sectores más organizados de la población (los trabajadores asalariados), por las características mismas del pacto corporativo en el que se baso el Sistema Político Mexicano.

En su consolidación, el organismo que concentra más recursos dentro del sistema es el Instituto Mexicano del Seguro Social, el IMSS y el ISSSTE que tienen en conjunto una cobertura que incluye a poco más de la mitad de la población del país, esto quiere decir que la mayoría de los mexicanos se encuentran protegidos por estos organismos, pero finalmente se trata de una mayoría precaria si consideramos que es muy elevado el porcentaje de familias que no tienen acceso a sus servicios, ambas instituciones concentran a su vez el 87 por ciento del presupuesto del sector y están mejor dotadas en términos relativos tanto en recursos humanos como materiales, que los organismos de salud pública que atienden a población abierta. (véase cuadro 2.2 y 2.3).³¹

³⁰ Leonardo Lomeli Vanegas, Tesis La Economía de la Seguridad Social en México. Antecedentes y Reforma de los Sistemas de Seguro Social y Salud Pública, UNAM, México 1997, PP.83-85.

³¹ Internet: <http://www.ssa.org.mx>

Cuadro 2.2

**Recursos Materiales por Institución de Salud y Seguridad Social
1999**

Institución	C a m a s		C o n s u l t o r i o s				Quirófanos	Laboratorios
	Censables	No censables	Total	Generales	Especializados	Otros		
Total	77,314	60,281	49,913	27,915	12,995	9,003	2,723	1,790
Población Abierta	35,616	40,707	27,494	17,895	5,962	3,637	1,243	992
SSA 1/	31,252	31,986	22,202	13,613	5,228	3,361	1,085	893
IMSS-Sol.	1,972	7,080	4,193	3,830	325	38	69	69
Universitarios	1,151	395	427	23	317	87	49	11
Cruz Roja	1,221	1,246	667	428	89	150	39	18
INI	20	0	5	1	3	1	1	1
Población Derechohabiente	41,698	19,574	22,419	10,020	7,033	5,366	1,480	798
IMSS	28,334	14,653	13,660	6,254	3,667	3,739	951	481
ISSSTE	6,746	2,809	5,164	2,426	1,512	1,226	284	196
PEMEX	954	465	1,252	306	855	91	58	22
SDN	3,703	592	1,112	513	450	149	77	37
SM	740	370	390	176	188	26	44	29
Estatad 2/	1,221	685	841	345	361	135	66	33

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud.

2/ Incluye información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro).

Fuente: DGEI, Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. I, 1999.

Cuadro 2.3

**Recursos Médicos según tipo por Institución de Salud y Seguridad Social
1999**

Institución	T o t a l	E n c o n t a c t o c o n e l P a c i e n t e					E n O t r a s L a b o r e s
		Subtotal	Generales	Especialistas	En Formación	Odontólogos	
Total	135,159	114,845	35,782	43,155	27,144	8,764	20,314
Población Abierta	59,200	54,185	14,377	16,306	18,471	5,031	5,015
SSA 1/	50,309	46,057	13,239	14,115	13,856	4,847	4,252
IMSS-Sol.	5,541	5,282	336	783	4,026	137	259
Universitarios	1,611	1,434	56	860	497	21	177
Cruz Roja	1,719	1,392	741	540	86	25	327
INI	20	20	5	8	6	1	0
Población Derechohabiente	75,959	60,660	21,405	26,849	8,673	3,733	15,299
IMSS 2/	50,764	36,519	13,978	15,463	5,320	1,758	14,245
ISSSTE	17,309	16,538	4,865	7,940	2,681	1,052	771
PEMEX	2,355	2,265	910	1,236	0	119	90
SDN	1,873	1,807	541	507	249	510	66
SM	806	784	229	407	36	112	22
Estatad 3/	2,852	2,747	882	1,296	387	182	105

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud.

2/ No incluye 168 médicos que laboran en oficinas centrales de IMSS.

3/ Incluye información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro).

Fuente: DGEI, Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. I, 1999.

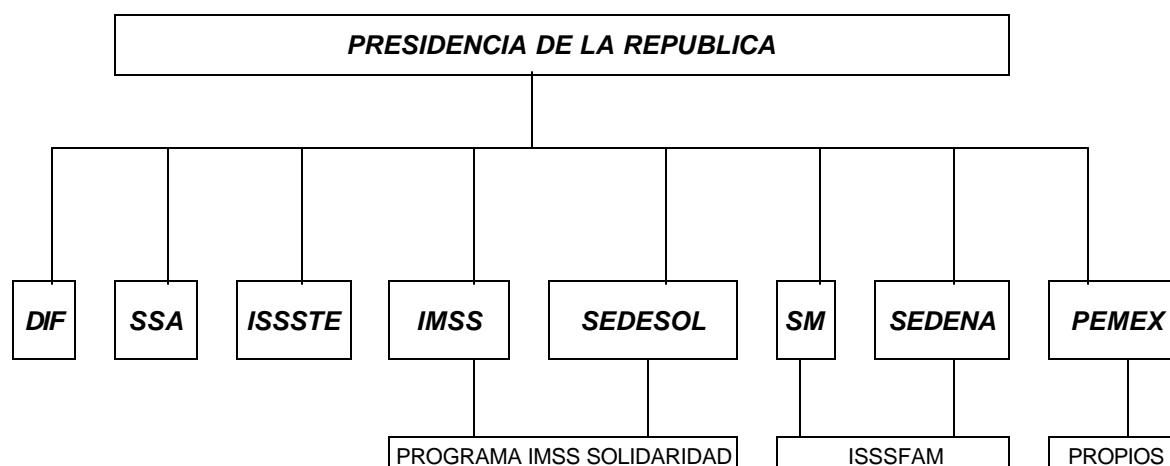
Un elemento importante a considerar dentro del desarrollo de las Instituciones han sido los diferentes problemas enfrentados desde la constitución de las diferentes leyes, reformas, adiciones y asignación presupuestal del las Instituciones de la Seguridad Social.

La estructura de la Seguridad Social en México como se aprecia en el esquema que se presenta a continuación de forma horizontal, en este sentido las instituciones y Organismos e Instituciones que cubre el Seguro Social tanto asalariados y los no asalariados se ubican dentro del Sistema de Salud Publica, dentro de los cuales se excluyen los de vivienda para este sector (INFONAVIT y FOVISSSTE), que son exclusivos para los asalariados, aplicándose programas de combate a la pobreza, coordinados con la Secretaria de Desarrollo Social

También se incluyen programas como es el IMSS-Solidaridad, esfuerzo desarrollado por parte de la infraestructura de IMSS, que atiende directamente vía Presidencia de la República y Organismos dependientes de Ejecutivo Federal, toda vez que se trata de una Secretaria de Estado o bien por organismos que participan tripartita (trabajadores-empresarios-Estado) o bipartita (trabajadores del sector publico y el Estado en su calidad de empleador) en los cuales Presidente de la Republica tiene la facultad de designar a su Director General y de hacer representar en sus órganos del gobierno por los funcionarios que designe.³²

³² Idem.

Esquema 2.1
Estructura de la Seguridad Social en México



Fuente: Tesis La Economía de la Seguridad Social en México 1998.

Sin embargo puede apreciarse una escasa coordinación horizontal entre estas dependencias, aunque nominalmente existe el sector salud cuya cabeza formal es la Secretaría de Salud.

A continuación se hace referencia de las dos grandes instituciones de seguridad social que existen en México las cuales por si solas cubren para el año 1993 casi el 56 por ciento de la población nacional dentro de sus programas IMSS-Solidaridad, resulta por lo tanto que casi 70 por ciento de los mexicanos puede resolver potencialmente sus problemas de salud a través de los programas de Seguridad Social, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 2.4
Indicadores de Seguridad Social en México

Años (a)	1950	1960	1970	1980	1990	1993
Población Total (b)	25,971	34,923	48,225	66,847	81,249	85,715
Población Económicamente Remunerada ©	8,272	11,332	12,955	20,282	22,536	23,143
Asegurados	398	1,360	3,911	8,141	10,775	11,338
Derechohabientes	1,111	4,017	12,196	30,733	38,575	36,738
Asegurados / Población Total	1.5%	3.9%	8.1%	12.2%	13.3%	13.2%
Derechohabientes / Población Total	4.3%	11.5%	25.3%	45.9%	47.5%	42.9%
jubilaciones / Pensiones		65	238	555	1,378	1,602
Gasto Social Publico				8.0%	6.5%	9.5%
Gasto de Seguridad Social / PIB		2.0%	3.0%	3.2%	2.6%	3.4%
Déficit-Superávit en Seguridad Social			-0.4%	0.4%	0.3%	0.2%

Fuente: a continuación se detallan.

(a) Para los años 1950, 1960 y 1970 Nacional financiera, S.A. (1988), p. 30; INEGI (1994), p.14, 1993 calculado en miles

(b) Para los años 1950, 1960 y 1970, Nacional Financiera, (1988), p.30; para 1980, 1990, 1993, Carlos Salinas de Gortari (1994) Sexto Informe de Gobierno 1994 (en miles)

© Para los Años 1960y 1970, Carmelo Mesa Iago (1978), p.232; para 1980,1990 1993 ,Carlos Salinas de Gortari (1994), Sexto Informe de Gobierno 1994 (en miles)

(d) Carlos Salinas de Gortari (1994), Sexto Informe de Gobierno 1994 (en miles)

(e) INEGI (1985,1987,1994) El ingreso y el Gasto Publico

(f) OTI, Organización Internacional del Trabajo (1988,1991).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El Instituto Mexicano del Seguro Social es una organización que desde su origen y estructura tiene una composición tripartita, con la conjunción de esfuerzos de los Trabajadores, Empresarios y Gobierno en la conducción del Instituto, son estos los pilares en los que reside su fortaleza Institucional, esta estructura tripartita se hace presente de manera sistemática en los trabajos que llevan a efecto los órganos superiores de la institución que se compone de.³³

- La Asamblea General.
- El Consejo Técnico.
- La Comisión de Vigilancia, y
- La Dirección General.

Dentro de la estructura orgánica del instituto se han establecido dos niveles elementales: el central compuesto por algunos órganos administrativos con función normativa y el delegacional en el que descansa la función operativa

³³ Nueva Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995, Capitulo VII

A fin de que los servicios se otorguen con un conocimiento más amplio de las necesidades y problemas locales el Instituto se ha organizado en 36 delegaciones, 32 de orden regional cuyo ámbito de competencia, en la mayoría de los casos, es equivalente al territorio de los Estados de la República y 4 en el Distrito Federal.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social a efecto de cumplir con tal propósito; el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. estos son: (véase cuadro 2.5).

- Enfermedades y maternidad,
- Riesgos de trabajo;
- Invalidez y vida,
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- Guarderías y prestaciones sociales.

Cuadro 2.5
Los ramos de seguro en el IMSS

Ramo del seguro	Prestaciones	Beneficiarios y Beneficios
Cuota de derecho habiente	Riesgos de trabajo	Queda amparado por este seguro: el trabajador asegurado. Si un accidente por riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del trabajador asegurado sus beneficiarios tendrán derecho a una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas en la Ley.
Patronal	Enfermedades y Maternidad	Quedan amparados por este seguro: el asegurado; El pensionado por: incapacidad permanente total o parcial, invalidez, cesantía en edad avanzada vejez y viudez, orfandad o ascendencia; La esposa / esposo o concubina / concubinario de la persona asegurada; La esposa / esposo o concubina /concubinario del pensionado o pensionada; Los hijos menores de 16 años; Los hijos incapacitados y los hijos estudiantes hasta los 25 años de edad mientras realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional.

La Seguridad Social en México

Tripartita	Invalidez y Vida	<p>Queda cubierto por este seguro: el trabajador asegurado.</p> <p>En caso de la muerte de éste por causas distintas a las de un riesgo de trabajo y siempre que el asegurado hubiese tenido reconocido el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, el Instituto otorgará a sus beneficiarios las siguientes prestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensión de viudez; ▪ Pensión de orfandad; ▪ Pensión a ascendientes si no existieran viuda o viudo, huérfanos ni concubina o concubinario con derecho a pensión; ▪ Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule y ▪ Asistencia médica.
Tripartita	Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez	<p>Queda cubierto por este seguro el trabajador asegurado.</p> <p>Para gozar de las prestaciones de este ramo se requiere que éste tenga reconocidas ante el Instituto un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales. Si el asegurado tiene cotizadas un mínimo de setecientas cincuenta semanas tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad</p>
Tripartita	Guarderías y Prestaciones Sociales	<p>Para efecto de las prestaciones de los servicios de guardería, quedan cubiertos por este seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la mujer trabajadora; ▪ El trabajador viudo o divorciado que conserve la custodia de los hijos, de no poder proporcionar cuidados durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia y en tanto no contraigan nuevamente matrimonio o se unan en concubinato; ▪ Los hijos menores de éstos desde la edad de cuarenta y tres días hasta que cumplan cuatro años. <p>Para efecto de las prestaciones de los servicios que se otorgan a través de Prestaciones Sociales, tendrán acceso a éstos todos los derechohabientes del Instituto</p>

FUENTE: (INTERNET) <http://www.imss.gob.mx>

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de Sociedades Cooperativas de Producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo.

Con carácter voluntario, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores de industrias familiares y los independientes como Profesionistas, Comerciantes en Pequeño, Artesanos y demás Trabajadores no asalariados, los Trabajadores domésticos, los Ejidatarios, Comuneros, Colonos y pequeños propietarios; los Patronos, Personas físicas con Trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de Administraciones Públicas de la Federación, Entidades Federativas o Municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de Seguridad Social.

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero.

La implantación a nivel Nacional del régimen obligatorio del Seguro Social tomo 14 años, a principios de 1944 comienza en el Distrito Federal, fue avanzando paulatinamente en su consolidación y en 1958 cubrió la totalidad de las entidades federativas del país.

Actualmente el IMSS tiene programas y servicios en todas las entidades del territorio nacional e incorpora asegurados y derechohabientes en la mayoría de sus municipios del país, existen estados en donde la incorporación alcanza ya el 100 por ciento.

El IMSS es el principal financiador y proveedor de servicios de salud en México, cubre aproximadamente a 39.5 millones de personas, en su mayoría trabajadores y pensionados del sector privado y sus familias, el presupuesto en áreas directamente relacionadas con la salud en 1998, fué de 52 mil millones que equivalen aproximadamente al 1.4 del producto interno bruto (PIB), incluyendo el 33 por ciento de los recursos federales destinados a salud,³⁴ emplea a más de 350 mil personas de las cuales la tercera parte corresponde al personal médico (33,900) y paramédico (80,237), cada día lleva acabo en promedio mas de 800,000 acciones de salud (intervenciones quirúrgicas, recetas surtidas, pruebas de laboratorio, consultas) en mas de 1,637 unidades de medicina familiar, que integra a 215 hospitales de segundo nivel y 41 hospitalidades de especialidades entre otros muchos recursos.

Si bien el Instituto apoya otros programas como es el de IMSS-Solidaridad que beneficia a más de 11 millones habitantes, ubicados en 12 000 localidades rurales

³⁴ El presupuesto para la salud del IMSS proviene de los ramos de Enfermedades y Maternidad (incluyendo gastos médicos para pensionados), Riesgos de trabajo y Salud para la Familia.

marginadas de baja densidad poblacional, que pertenecen a 17 entidades federativas, se fundamenta entre otras estrategias, en la participación comunitaria, el fomento de la salud , en acciones preventivas y la incorporación del personal que tradicionalmente han atendido la salud de diversas comunidades. Así, el Instituto protege potencialmente en el ámbito de la salud a 49 millones de mexicanos a través de régimen ordinario, de los esquemas modificados y del programa IMSS-solidaridad.

Para el otorgamiento de las prestaciones sociales se dispone también de una infraestructura significativa; se cuenta con 373 guarderías, 126 centros de seguridad social, mas de 1000 centros de extensión de conocimientos, 24 centros deportivos, 16 velatorios, 74 teatros y cuatro centros vacacionales. A través de diversas acciones que se realizan, son beneficiados millones de mexicanos.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de ocho y medio millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución, la atención médica se encuentra organizada en tres niveles:

- El primero comprende consulta externa y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República.
- El segundo nivel proporciona medicina de especialidad en sus modalidades de consulta externa y hospitalización, a través de las más de ochenta clínicas-hospitales.
- El tercer nivel de atención médica lo conforman los once hospitales regionales que proporcionan servicios médicos de alta especialización.

En el ramo de las prestaciones económicas se siguen otorgando créditos a corto y mediano plazo y el pago de pensiones, Adicionalmente se da asesoramiento en los trámites relativos al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), el Fondo de Operaciones y Financiamiento a la Vivienda y otorga anualmente cuarenta mil créditos hipotecarios a los trabajadores.

La prestación de los servicios sociales y culturales incluye la atención a los hijos de los trabajadores, la recreación y la cultura (abarcando teatro, cine, club, exposiciones, conferencias y talleres que se llevan a cabo en todo el país) la práctica deportiva (básquetbol, fútbol, béisbol, karate, gimnasia) y servicios funerarios.

Las guarderías han sido sustituidas por las estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil que proporcionan educación integral a treinta mil niños en las 1154 unidades de servicio distribuidas en el territorio nacional.

En el rubro de servicios educativos el ISSSTE apoya a sus trabajadores derechohabientes a través de sus programas de educación abierta y de promoción de descuentos en colegiaturas, en educación abierta los niveles alcanzan el nivel de bachillerato en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Educación para los Adultos, por otra parte el ISSSTE gestiona descuentos en colegiaturas en ocasiones hasta el 70 por ciento en todos los niveles de estudios y en los más diversos tipos de carrera.

El ISSSTE se rige por una Junta Directiva constituida por 11 personas entre las cuales se cuentan cuatro secretarios de Estado y el Director General del Instituto, que es designado por el Presidente de la República.

La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda consta de nueve miembros que son designados por los organismos que integran la Junta Directiva.

La Comisión de Vigilancia la integran siete personas designadas cada una por diferentes organismos de manera independiente.

El Director General es auxiliado por trabajadores de confianza como se señala en el Reglamento Interior, aquellos son nombrados por la Junta Directiva a propuesta del Director del Instituto.

El instituto cuenta además con 12 unidades administrativas y 7 órganos desconcentrados para brindar una atención integral de alta calidad en todos los aspectos a cada uno de sus derechohabientes.

Unidades Administrativas:

- Contraloría General
- Subdirección General Médica
- Subdirección General de Prestaciones Económicas
- Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales
- Subdirección General Jurídica
- Subdirección General de Administración
- Subdirección General de Obras y Mantenimiento
- Subdirección General de Finanzas
- Subdirección General de Abastecimiento
- Coordinación General de Comunicación Social
- Coordinación General de Delegaciones
- Coordinación General de Atención al Derechohabiente
- Órganos Desconcentrados
- Fondo de la Vivienda ISSSTE
- Delegaciones
- Centro Médico Nacional 20 de Noviembre
- Hospitales Regionales
- Sistema Integral de Tiendas y Farmacias
- Sistema de Agencias Turísticas (TURISSSTE)
- Escuela de Dietética y Nutrición

Nadie puede negar que en la actualidad el ISSSTE es un modelo de seguridad social, pues otorga oportunidades en salud, vivienda, pensiones, préstamos, protección al salario, cultura, deporte y la recreación, en 1997 la población amparada del ISSSTE ascendió a 9.4 millones de personas, que incluye 318,363 jubilados y pensionados, para otorgar los servicios de salud se tienen 1 202 unidades médicas: 1096 de primer nivel, 95 de segundo y 11 de tercer nivel de atención, entre estas últimas está el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Los servicios de protección al salario se otorgan a través del Sistema Integral de Tiendas y Farmacias, que cuenta con 389 unidades comerciales distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional, de ellas, 264 son tiendas y 125 farmacias, a las cuales se suman los 103 módulos de farmacia que operan al interior de igual número de tiendas, se estiman en 130 millones el número de clientes atendidos a través de sistema comercial del Instituto.

Para otorgar servicios sociales y culturales, el ISSSTE cuenta con 132 Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil con una capacidad instalada para 24 851 niñas y niños, opera 73 centros sociales y dos teatros, 61 bibliotecas públicas abiertas a toda la comunidad, un hotel, un balneario, un centro de convivencia para pensionados y jubilados, 38 agencias turísticas y 6 velatorios, 3 centros de incineración y un panteón para la atención de servicios funerarios.

En cuanto a prestaciones económicas, a través de sus 35 Delegaciones Estatales y Regionales, el Instituto otorga pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicios, cesantía en edad avanzada, invalidez, viudez y orfandad, pensiones por riesgo de trabajo, indemnizaciones globales y gastos de funeral, además de otorgar préstamos a corto, mediano plazo y complementarios, por conducto del FOVISSSTE, el Instituto otorga financiamiento a los trabajadores para la adquisición, construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de su vivienda.

Hoy día, los trabajadores del Instituto suman cerca de 95,000 en todo el país, el personal de salud de la institución comprende a 62,787 trabajadores 16,044 médicos, 18,239 enfermeras, 4,718 paramédicos, 10,903 administrativos y 12,883 empleados en servicios generales.

El reto, la responsabilidad y el compromiso social para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, consiste en proporcionar a los servidores públicos y familiares asegurados más y mejores servicios de salud, prestaciones, viviendas, créditos y pensiones, que les permitan la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible, un menoscabo significativo a raíz de ninguna contingencia social, enfermedad o accidente.

En la Institución empleados y funcionarios tienen claro que el ISSSTE es garante del bienestar colectivo de los servidores públicos, los cuales son el sustento de la estructura y el funcionamiento del Estado Mexicano.

2.2 Desarrollo Económico y la Seguridad Social en México.

Antecedentes Económicos de la Seguridad Social en México.

En México se puede hablar de la confirmación de un modelo capitalista de producción hacia 1880, transformación que se vio acompañada del aumento de la monetización de la economía y de los trabajadores asalariados. Entre 1880 y 1910 se conforma una agricultura latifundista y una minería de metales de uso industrial, ambas orientadas a la exportación; a la vez, se construyó una formidable red ferroviaria cercana a los 20 mil kilómetros, lo cual fue articulando los mercados anteriormente locales y desarticulando las comunidades indígenas y sus artesanías, provocando el crecimiento de las ciudades e impulsando las actividades industriales orientadas al mercado interno,³⁵ la inversión inglesa y estadounidense en el sector primario – exportador, en la industria, en los servicios,

³⁵ Ayala, José y José Blanco (1981), "El Nuevo Estado y la Expansión de la manufacturas: México, 1877-1930" Rolando Cordera (compilación), Desarrollo de la Crisis de la economía

así como en la operación de bancos propiciaron el incremento de la fuerza del trabajo asalariada, la cual llegaba a un tercio del total en 1930.

Durante el periodo 1880 – 1930 la protección social se dirigió en mayor medida al desarrollo de la asistencia social, así como al establecimiento de modos parciales de cobertura de riesgos para empleados públicos, la asistencia social, como deber del Estado en México precedió con más de medio siglo al nacimiento del seguro social y se puede afirmar que su desarrollo en este siglo se deriva no sólo de las luchas de los trabajadores, sino también del efecto catalizador de la Revolución de 1910, lo cual reflejó por una parte, las aspiraciones de las demandas de la naciente burguesía mexicana, este limitó, en cierto modo, el desempeño del Estado; sin embargo, el voluntarismo de los regímenes postrevolucionarios probablemente fué más decisivo que las presiones del empresariado y aun de los mismos movimientos obreros y urbanos de la época.

El Cambio del Modelo de Crecimiento y la Emergencia del Seguro Social.

A partir de 1926 las exportaciones se debilitaron y con la salida de la crisis de los años treinta, la industrialización sustitutiva de importaciones comenzó a convertirse en el motor de crecimiento hacia 1934. Así, en el periodo Cardenista (1934 – 1940) marcó la entrada plena del modelo de crecimiento hacia adentro, en esta época se inició la reorganización del sistema financiero como mecanismo promotor de la producción, la comercialización la formación y movimiento de capitales, la redistribución agraria, la inversión en riego y la organización de ejidos como modelo colectivo de producción de la tierra constituyendo medidas con efecto estructural de largo alcance. Se llevó a cabo la expropiación petrolera, la nacionalización de industria petrolera, lo muestra la intención de controlar estas importantes ramas industriales y de apoyar la industrialización en el largo plazo, el crecimiento industrial se vio favorecido por los excedentes del sector agrícola, por el aumento y la reorientación del gasto público.

Entre 1940 y 1950 la acumulación de capital estuvo apoyada fuertemente por la inversión fija bruta pública, además, la inversión privada se promovió sustentada por la ley de industrias de transformación de 1941 (y sus adiciones en 1946) que establecieron la exención de las ganancias extraordinarias y de impuestos a las industria “necesarias”. a esto se agregaba la política proteccionista que reforzaba la sustitución de importaciones y creaba un mercado cautivo para el capital industrial, apoyando sus facilidades de acumulación.

La industrialización y el crecimiento urbano se reflejaron en el aumento de los asalariados, cuya magnitud llegaba, en 1930, a un tercio del total de la fuerza de trabajo, subiendo a 47 por ciento en 1940 (Secretaría de Economía Nacional, 1943), o sea alrededor de 3.6 millones de trabajadores, la mayoría de los cuales estaban ya concentrados en las ciudades más importantes del país, en vista de la demanda de protección social por parte de los asalariados, el gobierno de Manuel Ávila Camacho tomó la iniciativa, firmando el 31 de diciembre de 1942 la Ley del Seguro Social, dando así origen a una institución descentralizada: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que inició sus operaciones en Noviembre de 1944 en el Distrito Federal y se extendió en 1945 a Puebla y Monterrey y en 1946 siguió en Guadalajara.³⁶

El empuje inicial provino de los empleados públicos, de los maestros de educación básica militares, petroleros y ferrocarrileros no de las organizaciones de obreros industriales y esto lleva a la dependencia del Estado.

Al finalizar la administración de Manuel Ávila Camacho, el IMSS ya había logrado su institucionalización, que gracias a la decidida intervención estatal dio pie a su gradual crecimiento en todo el territorio nacional.

³⁶ La modalidad de establecimiento territorial del IMSS es un reflejo de la expresión de la población asalariada y de su concentración en los grandes centros urbanos del país. En 1940 en el Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara la población asalariada sobrepasaba 90% del total de la población asalariada de la Entidad Federativa correspondiente .

Acumulación Sostenida y la Etapa Expansiva de la Protección Social, 1950 – 1975

Las características principales de la economía mexicana durante el periodo de sustitución de importaciones fue la confluencia del manejo de los diferentes instrumentos hacia la consecución de un objetivo central: el crecimiento económico, con una economía cerrada y un contexto internacional establece caracterizado por un alto crecimiento internacional, baja inflación y escasa movilidad de capitales, los grados de libertad para el manejo de políticas macro y otros instrumentos (controles cuantitativos, políticas regionales, subsidios, política comercial, etc) eran suficientemente amplios; sin embargo, a lo largo de los años setenta, se modificaron las condiciones tanto externas como internas, a choques de oferta encabezados por el aumento de los precios del petróleo y otras materias primas, una mayor inflación internacional y el alza de tasas reales de interés internacionales, en el ámbito interno, el agotamiento del periodo de sustitución fácil de bienes de consumo, aunado a menores grados de libertad en el endeudamiento, en los saldos fiscales y en el manejo de las políticas cambiaria y monetaria, aumento excesivamente los costos que impedían continuar con el mismo modelo.

El modelo de crecimiento hacia adentro, por sustitución de importaciones, tuvo como su principal eje, la apropiación del producto excedente del trabajo y el mantenimiento de un ejército industrial de reserva, en los veinticinco años transcurridos entre 1950 y 1975 la economía creció a una tasa media anual de 6 por ciento, tasa alta, pero insuficiente para dar trabajo a toda la población económicamente activa (PEA), misma que aumentó 56 por ciento, arrojando al final de período un desempleo de 9 por ciento y un subempleo cercano a 45 por ciento de la (PEA), el grado de explotación en la industria manufacturera pasó de 119.1 por ciento en 1960 a 132.6 por ciento en 1975.

Otro de los ejes que facilitó la acumulación de capital en el periodo que nos ocupa fue la inversión pública como complemento de las deficiencias y variación del

sector privado,³⁷ de 1940 a 1976 la inversión fija bruta creció a una tasa del 8 por ciento anual en términos reales a precios de 1960, la cual se centró en empresas públicas, en ramas que proporcionaron bienes básicos al sector privado a precios subsidiados, que junto con el sacrificio fiscal que representaron las franquicias impositivas, propiciaron la acumulación y la concentración de capital en el sector privado.

Un tercer elemento importante para la expansión privada en México ha sido el sistema bancario, el crédito proporcionado a empresas particulares creció a una media anual de 28 por ciento entre 1940 y 1945 y alrededor de 20 por ciento anual entre 1945 y 1976, mientras que los créditos bancarios al gobierno federal crecieron a una tasa de 26.3 por ciento anual entre 1940 y 1976.³⁸

En el periodo 1950-1975 se observó un crecimiento relativamente mayor en el valor de la producción de medios de producción (sector I fabricación de maquinaria, equipo, construcciones, instalaciones y materias primas), que la producción de medios de consumo (sector II Agricultura y ganadería).³⁹

Sin embargo, entre 1950 y 1970 las industrias de bienes de consumo no duradero, en particular las de productos alimenticios, se consideraron como pivotes de la acumulación capitalista, en vista de sus altas tasas de plusvalía y de que recibían valor de varias ramas, en especial de la agricultura y de la ganadería, después del

³⁷ Sin embargo la política comercial excesivamente proteccionista para el crecimiento económico y para la productividad del capital o el incipiente sector exportador . conservar el modelo sin flexibilizar por demasiado tiempo signifió pérdida de eficiencia, multiplicación de las distorsiones y costos. La elasticidad del empleo a producto del sector privado, que había sido elevada y cercana a la unidad, comenzó a reducirse hacia finales de los años setenta (Fernando Clavijo 2000 Pág. 13-15)

³⁸ Soria, Víctor M Crecimiento económico y desarrollo de la seguridad social en Brasil y México. Profesor Investigador del Departamento de economía, Universidad Autónoma metropolitana-Iztapalapa

³⁹ En el sector I pasó en 1950 de 46.8% de la producción bruta de la economía a 49.9% en 1965 y a 53.1% en 1970, mientras que la producción del sector II declinó de 53.2% en 1950 a 50.5% en 1965 y a 46.9% en 1970 (Soria, 1983, pp. 58 –59).

año de 1970 las industrias de bienes duraderos comenzaron a convertirse en el motor de crecimiento económico⁴⁰

La política oficial de la Seguridad Social buscó la expansión de la cobertura del IMSS,⁴¹ así como incrementar otros sistemas menores de Seguridad Social, empujados por la presión de organizaciones sindicales más que por la voluntad del Estado, manifestada en la creación del IMSS, así, a menudo la expansión o el mejoramiento de la protección social vino después de huelgas o movilizaciones de la clase trabajadora,⁴² de esta manera, en 1948 el gobierno concedió nuevos beneficios a los ferrocarrileros, después de que éstos habían abandonado la CTM; en 1949 se incrementaron las prestaciones en el IMSS para contrarrestar la presión de organizaciones obreras independientes, como la UGOCM, que había tomado una actitud radical contra el sector campesino del Partido Revolucionario Institucional (PRI) en 1951 los cañeros fueron el primer grupo rural en recibir servicios de maternidad, después de una violenta huelga.

En 1958 el movimiento obrero incrementó considerablemente el número de huelgas, entre las cuales sobresalen las de los ferrocarrileros y de los

⁴⁰ Las ramas dominadas por las empresas transnacionales (la industria química, la metálica, la de construcción y reparación de aparatos eléctricos, la de equipo de transporte y vehículos, así como la industria manufacturera diversa), también obtuvieron altas tasas de plusvalía, no obstante, tuvieron un comportamiento variable en cuanto a recepción y transferencia de plusvalía de y a otros sectores, aunque su tendencia a largo plazo en esa época era a recibir más que a transferir. Las altas tasas de plusvalía en esas industrias se explican por su mayor productividad y la alta concentración de capital, en cambio en las tradicionales se explicaría más por los insumos subsidiados, los bajos salarios, la ausencia de prestaciones a los trabajadores, así como la gran protección contra la competencia internacional.

⁴¹ Entre 1944 y 1957 el IMSS se había establecido, además del Distrito Federal, en 17 entidades federativas y en 1958 dio un salto espectacular, estableciendo servicios en los quince estados de la República restantes (Fraga y otros, 1983, p. 68). Desde este último año hasta 1976, el IMSS incrementó ocho veces el número de afiliados y trece veces su presupuesto, a precios constantes de 1970 (Soria, 1988, p.187)

⁴² Esthela Gutiérrez comprueba que los sindicatos de trabajadores que más se movilaron fueron los que en la etapa de regulación económica de la relación salarial de tipo competitivo alcanzaron mayores fueron los ferrocarrileros, los mineros, los petroleros, los electricistas y los maestros, ya que tenían una larga tradición de lucha y las industrias a las que pertenecían habían desempeñado un importante papel en la economía mexicana. El papel preponderante de estos sindicatos fue derrotado por la acción corporativa como por los ajustes macroeconómicos que estaban orientados a redefinir la formación del salario, sumiéndose el movimiento obrero en un largo letargo hasta los años setenta.

telegrafistas, después de reprimir dichos movimientos, el gobierno incrementó los salarios de los trabajadores en general y estableció la participación de éstos en las ganancias de las empresas, se aprobaron también las reformas a la Ley del Seguro Social de 1949, que ampliaron su cobertura en las zonas rurales, como respuesta al movimiento magisterial de los últimos años cincuenta, el gobierno fundó el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959 ⁴³

El modelo del Seguro Social Mexicano se puede considerar como “mixto”, o sea de “capitalización” en cuanto a las prestaciones en dinero y de “reparto” en las prestaciones en especie (centradas en la atención de la salud). Los gastos del IMSS muestran un crecimiento ininterrumpido desde 1944 hasta 1976. de 1944 a 1956 crecieron a un ritmo del 23 por ciento anual; de 1957 a 1976 a 15 por ciento anual, sobre la base de precios constantes de 1970, hasta 1976 una mayor proporción de gastos se hacía en prestaciones en especie (64 por ciento del total), las económicas participaban con un 17.5 por ciento y los gastos de administración con 18.5 por ciento ⁴⁴

Con la declinación del modelo de crecimiento hacia adentro, se torna cada vez más difícil combatir el rezago social, lo cual presagia una etapa difícil para la clase trabajadora, desde 1972 comienzan a incrementarse las huelgas y conflictos obrero – patronales, en este contexto y en vista de la insuficiente cobertura de las necesidades sociales de las mayorías, en 1973 se aprobó la nueva Ley del Seguro Social y se dio comienzo a la llamada “solidaridad social” para los desposeídos. aunque los programas solidarios de salud para la población marginada tuvieron un efecto casi nulo, el gasto en salud y seguridad social todavía aumentó un poco en el sexenio de Luis Echeverría,⁴⁵ la demanda social insatisfecha y el creciente

⁴³ Idem.

⁴⁴ (IMSS, 1971 – 1976).

⁴⁵ El gasto en salud y seguridad social, como porcentaje de los salarios de los trabajadores, subió de 10.96% en 1970 a 12.3% en 1974, bajando a 11.32% en 1976, pero aun un poco arriba del porcentaje de 1970 (Cf. Soria, 1988, pp. 196 – 197).

déficit fiscal llevan al gobierno a tratar de unificar el sistema, dejando sin de posibilidad que la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) coordinase dicho sector.

La Crisis en 1976 y 1982 y la Crisis Financiera de la Protección Social en los 90's.

A pesar de los abundantes ingresos petroleros de la segunda mitad de los años setenta, el desequilibrio fiscal fue y creciente, el sistema bancario con múltiples distorsiones y sobre protegido, se limitaba a financiar al sector publico y operaba en un ambiente de racionamiento crediticio, en el que el sector privado participaba en menos de la mitad de cartera crediticia total con instrumentos de menor plazo, tanto el crédito como la captación de los recursos, el sector público no solo intervenía directamente en el que hacer económico produciendo bienes y servicios, sino que su presencia era en varios sectores de actividad a su contribución en la generación del valor agregado oscilaba en torno del 30 por ciento, la inversión extranjera, excesivamente regulada, solo podía ser minoritaria en algunos sectores y estaba prohibida en otros, por ultimo, la presencia de múltiples regulaciones, exclusiones y normas a veces contradictorias inhibía al sector privado y afectaba, sobre todo, a las pequeñas y medianas empresas

El modelo de crecimiento secundario hacia adentro entró en crisis a principios de los años setenta y tuvo un doble sentido: del régimen de acumulación y del modo de regulación, de las cuales todavía no ha salido el país, ⁴⁶ el primer estallido se presentó en 1976 y se trató de refuncionalizar el régimen de acumulación por medio del expediente de la exportación petrolera y del endeudamiento externo, pero éste fracasó y en 1982 retornó la crisis con mayor fuerza y su peso debilitó a

⁴⁶ Entre las causas de la crisis se tienen: 1) la disfunción del proceso de trabajo y su concomitante relación salarial, que se opusieron al uso productivo de la fuerza de trabajo; 2) la insuficiente inversión en el sector agropecuario que propició costo de alimentación más altos para los trabajadores urbanos y la baja en las exportaciones del sector disminuyó la disponibilidad de divisas; 3) la debilidad de las industrias productoras de bienes intermedios y de capital contribuyó al aumento de la vulnerabilidad del sector externo y 4) la decisión del sector privado nacional de disminuir la inversión productiva y de enviar su capital al extranjero entre 1972 y 1987. las transformaciones estructurales de la economía a partir de los gobiernos neoliberales hacia un régimen de acumulación "secundario exportador", acabaron por demoler los modos institucionales de la relación salarial y de la relación mercantil que regulaban la acumulación de capital.

la clase obrera y minó la soberanía del Estado, dando paso a regímenes gubernamentales de corte neoliberal.

La crisis financiera de 1976 y la devaluación del peso frente al dólar llevaron al gobierno a suscribir un convenio de facilidad ampliada con el Fondo Monetario Internacional (FMI), inaugurando una larga etapa de contención salarial, la cual siguió durante el auge petrolero de 1978 – 1981 y que perduro hasta 1995, el gobierno de López Portillo redujo el gasto en salud y seguridad social y simultáneamente tuvo que ampliar la cobertura a la población marginada para mantener su legitimidad, cuestionada por la crisis,⁴⁷ la reducción de las disponibilidades financieras canalizó la búsqueda de la racionalización del sistema, sin embargo tales intentos no pudieron evitar que se redujeran la calidad de los servicios y las prestaciones económicas en todas las instituciones de salud y de seguridad social.

Durante el sexenio 1976-1982 se incrementó la inconformidad entre los trabajadores y se dieron varias manifestaciones y protestas por la contención salarial, a esta inconformidad se sumaron médicos tanto de la SSA como del IMSS, del ISSSTE, los servicios médicos de PEMEX y otras instituciones, todos ellos reprimidos por medios de la violencia, encarcelamiento y despido de los dirigentes, así como el desconocimiento de las organizaciones de los trabajadores.⁴⁸

La aguda crisis financiera de 1982 se trató de resolver por medio de una drástica política ortodoxa con ajustes aplicadas entre 1983 y 1985,⁴⁹ lo cual preparó el

⁴⁷ El gasto en salud y seguridad social, como porcentaje del salario de los trabajadores, bajó de 11.32% en 1977 a 6.36% en 1981. Para preservar su legitimidad el régimen gubernamental buscó, por una parte, racionalizar el sistema y por la otra, lanzar programas de extensión de cobertura de atención primaria, dentro de una tónica de reducción del gasto real y de un ritmo más lento en la creación de infraestructura hospitalaria que redujo la calidad de los servicios.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ El pago a ultranza del servicio de la deuda externa necesitó de la generación de superávit primarios del presupuesto y esto a su vez no sólo ocasionó la canalización casi total del crédito al gobierno, sino que incrementó cada vez más la deuda interna. Así, se pasó de un déficit primario del sector público (el déficit financiero menos el servicio total de la deuda pública), de 7.6% del PIB

camino para acentuar la política de cambio estructural, cuyos objetivos centrales de las reformas fueron: el saneamiento fiscal y estabilización macroeconómica, donde se dio una la orientación hacia un régimen de acumulación secundario exportador.

Dentro del cambio estructural se circunscribe la profunda liberalización comercial de la economía mexicana, sobre todo entre 1986 y 1989,⁵⁰ la reconversión industrial del sector estatal también formó parte de la transformación estructural, lo mismo que el adelgazamiento del sector por medio de la desincorporación, liquidación y reprivatización de sus empresas y organismos.

Por medio del circuito “perverso” del servicio de la deuda externa-inflación-deuda interna se llevó a cabo una masiva concentración de capitales en manos de un pequeño y poderoso sector de grandes empresarios, constituido en el núcleo del modelo económico emergente, al tiempo que se reestructuraba una clara articulación financiera – comercial – productiva que le permitió asumir el liderazgo económico en el modelo de cuño exportador.

En el sexenio de Miguel de la Madrid (1982 – 1988) el gasto en salud y seguridad social se redujo drásticamente en cerca de 40 por ciento, (ver cuadro 2.6) mientras que la baja en la legitimación del régimen desembocó en una vigorosa campaña de aumento de la cobertura poblacional del sector de salud, para tratar de lograrlo se estableció el Sistema Nacional de Salud (SNS), que sería el gran racionalizador, con el objetivo implícito de incrementar la cobertura y mejorar los servicios.

en 1982 a un superávit del 4.8% en 1984 (Gutiérrez, 1989). Además, se generaron superávit en la cuenta corriente de la balanza de pagos, que llegaron en el periodo 1982 – 1988 a 10 199 millones de dólares, por medio de una drástica subvaluación del peso frente al dólar (Guillén, 1990, pp. 78 – 79).

⁵⁰ El arancel promedio se redujo a menos de 10% y tan sólo 3% de la tarifa de importaciones quedó sujeta a restricciones cuantitativas. Este acelerado proceso de liberalización comercial llevó a la quiebra a miles de empresas medianas y pequeñas, a pesar de que la subvaluación del peso frente al dólar hasta principios de 1988 estableció cierta protección.

También se modificó el artículo IV constitucional, para incluir el derecho a la salud de todos los ciudadanos y se expidió la Ley General de Salud que otorgaba a la SSA el papel normativo de todo el sector, no obstante, la heterogeneidad estructural del sistema ha resultaba un obstáculo infranqueable para la integración del SNS, en vista del mayor poder económico, político y organizacionales de las instituciones de seguridad social, en comparación con la SSA y demás organismos asistenciales, para promover los objetivos del sector salud, la SSA puso en marcha varias estrategias, entre las que sobresalen la descentralización de los servicios de salud y la modernización administrativa.

Cuadro 2.6
Gasto Social per capita, 1982-1995
(dólares per capita de 1987)

Año	Educación	Salud y Seguridad Social	Laboral	Vivienda	Otros	Gasto social Total
1982	74.3	71.0	1.6	12.1	33.4	192.4
1983	50.9	55.4	0.6	17.0	16.2	140.1
1984	53.6	51.9	0.7	23.6	19.6	149.4
1985	54.1	52.3	0.7	26.6	24.0	157.7
1986	47.0	53.1	0.6	27.1	17.8	145.6
1987	47.2	48.1	0.6	29.9	14.8	140.6
1988	46.6	49.0	0.6	27.7	11.3	135.2
1989	47.3	53.4	0.6	25.3	9.5	136.1
1990	49.1	57.4	0.6	26.1	11.7	144.9
1991	58.4	66.9	0.6	23.9	18.0	167.8
1992	66.9	70.9	0.6	56.8	24.5	219.7
1993	76.3	76.1	0.6	53.7	23.5	230.2
1994	85.5	78.1	1.1	56.8	25.8	247.3
1995	67.4	62.0	1.3		20.1	

Fuente: Fernando Clavijo Reformas Económicas en México (1982-1999)

La descentralización de los servicios de salud a la población abierta constituyó una tentativa para incrementar la cobertura de los servicios y un medio para facilitar la privatización del sector, se transfirieron los servicios de atención de salud que la federación tenía en 14 de las 32 entidades a los gobiernos estatales y se presionó a éstos para aumentar el presupuesto, además de que el proceso quedó truncado por la rivalidad política entre la SSA y el IMSS, la Federación conservo la Normatividad y el control de las finanzas y del personal, por lo que más que una

desconcentración es una descentralización. También tomaron decisiones descentralizadoras que propiciaron la expansión de los servicios médicos privados sobre la base de la infraestructura pública.

La descentralización no ha tocado el núcleo duro de la protección social, es decir, la seguridad social. Si bien se ha efectuado una regionalización de los servicios en el IMSS y en el ISSSTE y se ha realizado cierta desconcentración y transferencia de facultades, continúan centralizados el proceso de toma de decisiones, el manejo financiero y del personal, así como la normatividad.

La modernización administrativa propició la proliferación de coordinaciones, comisiones y comités, cuyo resultado fue la reestructuración de la cúpula administrativa, la concentración de poder en el Secretario de Salud y la creación de una barrera burocrática entre la base y la cúspide, además, la racionalización de los servicios de salud, colmados por el incremento de cobertura, sin el aumento paralelo de recursos humanos, materiales y financieros, ha sido incapaz de mejorar la efectividad de los mismos.

La política económica del régimen de Carlos Salinas de Gortari no sólo significó una continuidad respecto a la de la administración anterior, sino su profundización, sobre todo en cuanto al cambio estructural, se continuó con la liberación comercial y desde 1991 se ató la política económica a la consecución del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, el cual se firmó en agosto de 1992 y lo ratificó el Congreso Estadounidense en Septiembre de 1994. Se aplicó una Política de “Ingresos” contra la inflación sobre la base del Pacto con empresarios y trabajadores – firmado en Diciembre de 1987 – para anclar los precios clave, es decir, los salarios (por detrás de la tasa de inflación) y el tipo de cambio (en adelante sobrevaluado), además de regular los precios de bienes básicos y energéticos y manteniendo una tasa de interés real positiva, la disciplina fiscal y monetaria fue prioritaria así como la obtención de un superávit presupuestal primario, se profundizó el proceso de reprivatización de las empresas

paraestatales, se terminó la de los bancos y se liberalizó la inversión extranjera tanto en la Bolsa de Valores como en la industria, comercio y servicios.

Dentro del contexto de continuidad neoliberal, la política de desarrollo social a partir de 1988 se ha centrado en el combate a la pobreza extrema, por lo que se ha asignado al gasto público en ese rubro “la máxima prioridad” en los presupuestos anuales del gobierno federal. No obstante, este propósito contrasta con la subordinación del bienestar social al crecimiento económico, ya que el dogma de la austeridad inhibe al gobierno a impulsar el crecimiento económico, el empleo y una distribución del ingreso más justa.

En el Plan Nacional de Salud (PNS) de 1990 – 1994 se insistió en la estrategia de descentralización de los servicios y ligado con esto, en el fortalecimiento de los subsistemas de salud locales, como estrategia operacional para consolidar la atención primaria, también se insistió en la estrategia de coordinación funcional del SNS, así como en la coordinación intersectorial, no obstante, la descentralización se abandonó a finales del sexenio de Miguel de la Madrid y en el de Carlos Salinas de Gortari ni siquiera se logró consolidar el proceso en los catorce estados ya descentralizados, en cuanto a la coordinación entre las instituciones de salud, se tuvo cierta eficacia solamente en acciones aisladas, como los programas de vacunación, de planeación familiar y de educación para la salud, en los servicios con mayor complejidad se ha observado que las tendencias de desarrollo de las instituciones públicas han agudizado la heterogeneidad estructural, ahondando más la separación y falta de coordinación.

En cuanto a la tendencia privatizante en el sector salud, ya desde el sexenio 1982 – 1988 se habían transformado los institutos nacionales de salud en organismos descentralizados, con el fin de facilitar su interacción con la medicina privada y también los hospitales de la SSA y los Sistemas Estatales de Salud (SES) iniciaron el cobro de cuotas de recuperación a la población no asegurada, los seguros por enfermedad proporcionados por empresas privadas han proliferado

desde fines de los años setenta y en la actualidad son apoyados por dependencias gubernamentales como complemento del deteriorado servicio médico del ISSSTE, en 1990 se hicieron modificaciones a la Ley del Seguro Social para permitir la inversión de los fondos del ramo (pensiones) del seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía por edad avanzada y Muerte (IVCM), que antes se asignaba a la construcción de hospitales, en valores financieras tanto del sector público como privado, lo cual facilitaría el crecimiento de la medicina privada.⁵¹

Sin embargo las modificaciones de la Ley del Seguro Social tenían otro efecto dentro de las finanzas públicas del gobierno de Carlos Salinas de Gortari, que buscó la modernización del sistema de pensiones con el fin como un medio para fortalecer el ahorro interno, pero antes de esto se tuvieron que buscar políticas que permitieran el ahorro privado de los consumidores, dado que se venía de una crisis en la que se había abatido sensiblemente el consumo de las familias, con la recuperación económica y la estabilidad de precios empezó a disminuir el ahorro. Este aumento del consumo provino de una recuperación importante sobre las pérdidas que provocó la crisis, lo que permitió la reposición y el aumento de los bienes durables de las familias.

Otra de las presiones a la privatización del IMSS y del ISSSTE provino de las propuestas de incrementar la subrogación de la atención médica a empresas privadas, propuestas que cada vez más serán posibles en vista del rezago de la infraestructura y de la actual política de seguridad social, también se han privatizado algunas de las actividades auxiliares de los servicios médicos del IMSS y del ISSSTE, tales como la limpieza de instalaciones, los servicios de análisis clínicos, los de alimentación y algunos de los servicios de guardería.

En mayo de 1992, se estableció un seguro de retiro complementario de jubilaciones y pensiones del IMSS y del ISSSTE, denominado sistema de ahorro

⁵¹ Eibenschutz, Catalina y otros (1990), *Política sanitaria mexicana en los ochenta*, fin de siglo Editores-CES, México.

para el retiro (SAR), el cual está elaborado a partir del modelo chileno, el ahorro representa 2 por ciento de la nómina de salarios y a éste se incorpora la cuota existente de 5 por ciento para la vivienda, ambas pagadas por el empleador, las cuales se depositan en una cuenta bancaria para cada trabajador, cuya tasa de interés real no puede ser menor a 2 por ciento anual, el fondo de ahorro individual se puede retirar hasta que el trabajador cumpla 65 años y se puede retirar 10 por ciento del fondo en caso de ser cesado.

Los objetivos gubernamentales de la creación del seguro de ahorro para el retiro fueron cuatro: 1) incrementar el ahorro interno para financiar la inversión y estimular la actividad económica; 2) mejorar los ingresos de los trabajadores al momento de su retiro; 3) permitir a los trabajadores disponer de recursos que pudieran utilizar al quedar desempleados o incapacitados temporalmente y 4) propiciar el acceso a los trabajadores a los servicios financieros permitiéndoles invertir el producto de su ahorro con la mejor combinación de riesgo y rendimiento.

En la actualidad existen cerca de 13 millones de cuentas, las cuales sirven para financiar al Estado y al sector privado. Pero no todo termina ahí en Noviembre de 1995 el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León envió al Congreso de la Unión el proyecto de una nueva Ley del Seguro Social, que contemplaba una nueva propuesta conjunta entre los empresarios y el Estado, así como una nueva reorganización del Instituto Mexicano del Seguro Social que favoreciera su desconcentración operativa, la nueva Ley fue aprobada en diciembre de 1996 y entro en vigor el 1° de julio de 1997.

La nueva Ley, establece bases firmes que permiten el crecimiento y desarrollo de la seguridad social, reestructurando los servicios y viabilidad financiera del IMSS, la nueva Ley del Seguro Social representa el abandono del sistema de pensiones de reparto, a favor de un sistema de capitalización individual, así como una completa reestructuración administrativa del IMSS y de sus funciones, el seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) se divide en dos

nuevos seguros: el seguro de Invalidez y Vida y el seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez.

El seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez se integran junto con las aportaciones patronales al SAR a cuenta de capitalización individual, administradas por empresas de giro exclusivo denominadas. Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), los trabajadores elegirán la Afore que administrará sus fondos y podrán cambiar de administradora cada año si así lo desean, cada cuenta individual se subdividirá a su vez en tres subcuentas: la de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; la de vivienda y la de aportaciones voluntarias. La subcuenta de retiro se constituirá con la aportación tripartita de 4.5 por ciento que corresponda al seguro de Vejez y Cesantía, el 2 por ciento de contribución patronal al SAR y una cuota social que aportará el gobierno federal, que inicialmente será del 5.5 por ciento del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal y será revisada trimestralmente.

La cuenta de vivienda permanece sin cambios y recibe el 2 por ciento del salario base de cotización que se canaliza al INFONAVIT, mientras que la cuenta de aportaciones voluntarias se constituye con el ahorro adicional que quiera realizar el trabajador, para lo cual se prevé un régimen fiscal favorable que aún no se define, pero que por el momento no contempla la exención de impuestos y la garantía de inembargabilidad de la que gozan las contribuciones obligatorias.

El Gobierno Federal participará en la regulación y supervisión del nuevo sistema de pensiones a través de la CONSAR (Comisión del Sistema de Ahorro para el Retiro), que amplía sus funciones significativamente, en realidad la institución que regulará el nuevo sistema, ya no es la Ley del Seguro Social, que sólo enuncia sus características generales, sino la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, con lo cual el nuevo sistema de pensiones pasa a ser de la competencia de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público más que del IMSS o de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, esta es una característica relevante que no

encontramos en el caso chileno, donde el Ministerio de Hacienda y el Banco Central si intervienen en la regulación de las actividades financieras de las (Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP's), pero la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones depende directamente del Ministerio de Seguro Social, principalmente como reconocimiento de que en la administración de un sistema de pensiones, aunque sea de capitalización individual, intervienen más variables que las estrictamente financieras.

En el nuevo sistema, el IMSS se encargará de la afiliación al nuevo sistemas, de la cobranza y de fiscalizar el cumplimiento patronal, pero no participará en la regulación y supervisión de las Afores, entre otras cosas porque debido a un cambio introducido al proyecto original, el IMSS contará con su propia Afore.

Para el buen funcionamiento del nuevo sistema es necesario garantizar que la CONSAR podrá supervisar y regular adecuadamente a la Afores, pues resulta importante que el marco regulatorio sea eficaz al minimizar el riesgo asociado a la administración de los fondos de pensiones, esta no es una tarea fácil, como lo demuestran los problemas de regulación a que ya se enfrenta el sistema financiero mexicano existente, pero requerirá de esfuerzos adicionales pues se trata de regular a entidades financieras especializadas que aún no existen, por lo que la única experiencia disponible es la de otros países, que cuentan con instituciones y organismos diferentes a los nuestros.

Las Afores individualizarán los recursos de las tres subcuentas e invertirán los fondos correspondientes a la de retiro y a la de aportaciones voluntarias en sociedades de inversión especializadas (SIEFORES) e informarán periódicamente a los trabajadores del Estado que guardan sus cuentas, las (SIEFORES) invertirán estos recursos de acuerdo con el régimen de inversión que asegure el mayor rendimiento posible para el trabajador y reduzca el riesgo de su cartera de inversiones, para esto deberá limitarse el tipo de instrumentos permitidos para

este tipo de inversiones, así como establecer criterios para la diversificación de riesgos por instrumento, por emisor y por sector económico.

El resto de los seguros (el de Enfermedad y Maternidad, Guardería y Prestaciones Sociales principalmente) permanecerán en el IMSS, lo cual plantea a su vez otro tipo de problemas, sobre todo si consideramos que el seguro de enfermedad y maternidad contuvo su déficit a costa de abatir el crecimiento de la infraestructura hospitalaria y la calidad de los servicios, los aumentos en las contribuciones al seguro de Enfermedad y Maternidad acordados en 1985 y 1992, fueron insuficientes para garantizar su autosuficiencia, lo cual obligó a que en los hechos se siguiera recurriendo al superar del (IVCM) y del seguro de Guardería y Prestaciones Sociales, el escenario se complicó ante la dificultad, creciente a partir de 1990, para seguir afiliando a nuevos trabajadores, por el incremento en los costos del servicio, al mismo tiempo que se ampliaba la cobertura de los servicios médicos a los estudiantes de educación media superior y superior que estaban asegurados por sus familias en el IMSS o en el ISSSTE y la incorporación de otros grupos sociales no asalariados, que han contribuido a incrementar los costos de los servicios médicos, al mismo tiempo que el Instituto ha tenido que frenar su expansión en el ámbito de la salud.

La reforma del IMSS establece como estrategias principales para asegurar el financiamiento de los seguros de Enfermedad y Maternidad y de los servicios de salud asociados a los seguros de Riesgos de Trabajo, de Invalidez y Vida del Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez, en aumento del financiamiento del Estado a través de fondos fiscales generales y una reducción del impuesto sobre la nómina, los sucesivos incrementos al impuesto sobre la nómina fueron insuficientes para resolver los problemas de financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, entre otras razones porque la afiliación de asegurados permanente sufrió una drástica reducción: de diciembre de 1990 a diciembre de 1994 los asegurados permanentes se incrementaron en apenas 3 por ciento,

mientras que en la década anterior, a pesar de las dificultades económicas de país, habían crecido a una tasa del 5 por ciento anual.

Un elemento importante de esta tendencia fue que amplió el incentivo a la evasión de impuestos, sobre todo para los patrones, reduciéndose significativamente la proporción de nuevos trabajadores que fueron afiliados al IMSS.

La reforma al sistema de financiamiento del seguro de Enfermedad y Maternidad contempla incrementar la parte fija de la aportación patronal de 13.9 a 20.4 por ciento y reducir para compensar este incremento, la tasa sobre ingresos marginales de 8 a 1.5 por ciento, la reforma incluye un rediseño del sistema de afiliación voluntaria, para hacer más atractiva la afiliación de nuevos sectores de trabajadores el Estado aportara la misma cuota para capital a los regímenes obligatorio y voluntario, con lo cual se fortalecerán las finanzas del Instituto.

**LA SALUD
Y
SEGURIDAD SOCIAL
EN MEXICO
1994-2000**

3.1 El Entorno Económico de la Salud y Seguridad Social en México

La racionalidad económica para la seguridad social en salud tiene un significado especial, pues existen vínculos entre la economía y la salud, el primero se refiere al hecho de que el desarrollo económico y el avance de la salud se refuerzan de manera mutua, además, los servicios de salud cumplen el doble papel de ser un elemento del bienestar y un sector productivo de la economía, así que la salud se debe analizar como un bien económico.

Solo recientemente se ha reconocido que el desarrollo económico es el producto del esfuerzo colectivo de los individuos cuyo estado de salud determina la magnitud de eficiencia de dicho esfuerzo, la salud y el desarrollo económico de una sociedad se retroalimentan de modo positivo, la salud depende de la cantidad y distribución de la riqueza, por medio del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de vida, la salud es una inversión en el crecimiento económico de un país, así como en la calidad de vida y en las capacidades de los individuos, esto ultimo se ha encapsulado en la teoría del capital humano, cuyo fundamento es que la mayor escolaridad y la mejor salud contribuyen a aumentar la productividad de los individuos y los ingresos tanto individuales como del país, en consecuencia, la salud representa un punto en el que se articulan la política social, con sus metas de bienestar y la política económica, con su interés en la producción.

No siempre se ha reconocido la importancia de la salud para el desarrollo económico, ni la influencia recíproca entre la economía de la salud, así como el que ha habido un cambio en los conceptos de salud, también se han transformado las nociones de sus relaciones con el desarrollo económico

Sin embargo en México desde hace un poco más de cuatro lustros, la economía mexicana transita por una grave crisis estructural, el proyecto económico neoliberal iniciado en el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) para

enfrentar la crisis, tuvo como soporte un conjunto de transformaciones estructurales tales como la privatización de los activos estatales, la reprivatización del campo y la acelerada liberalización comercial y financiera, la estrategia del “cambio estructural” impulsada en los tres sexenios recientes (1982-2000), ha cumplido puntualmente con las orientaciones dictadas y financiadas desde Washington por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

El ajuste estructural de la economía mexicana ha sido acompañado por la aplicación de un paquete de política económica, entre cuyas medidas destacan: I) la reducción del déficit fiscal hacia una meta superávitaria; II) la disciplina fiscal sobre la base de la reordenación y reorientación del gasto público; III) una reforma fiscal basada en la ampliación de la base impositiva, el aumento de los impuestos indirectos (impuesto al consumo) y disminución de las exenciones fiscales; IV) la desregulación económica para promover la competencia en los mercados locales quitando los controles públicos y los subsidios “desleales” que inhiben la libre competencia; V) tasa de interés determinadas por el mercado, pero con el control de su mantenimiento real y positivo; VI) atracción de inversión extranjera, mediante un mayor grado de participación y libertad de los mercados financieros y bienes y servicios; VII) tipo de cambio acorde con el fomento de las importaciones y la eliminación de las barreras y aranceles y VIII) la política de privatización de los activos estatales como elemento sustantivo de la estrategia de ajuste estructural, bajo los supuestos de que la acción del Estado provoca “distorsiones de precios”, la inversión pública es ineficiente y a su vez, una menor participación del Estado en la Economía permite reducir tanto el déficit fiscal como la deuda pública

El proceso de cambio o ajuste estructural y el paquete de política económica adoptados, lejos de resolver la crisis de la economía mexicana la ha profundizado, los saldos económicos se expresan en la profundización de los desequilibrios macroeconómicos básicos y la reaparición de viejas y latentes contradicciones, los frágiles y pasajeros equilibrios macroeconómicos alcanzados en periodos cortos, reaparecen con mayor fuerza como desequilibrios más difíciles de resolver,

ejemplo de ello es el regreso en 1997 a una posición deficitaria en las Finanzas Publicas: donde en 1997 el déficit fiscal se ubico en 0.7 por ciento del PIB, en 1998, en 1.25 por ciento y en 1999 se estimo 1.12 y en el año 2000 en 1.00 por ciento del mismo producto.⁵²

A diferencia del periodo de crecimiento económico anterior a los años ochenta, el déficit fiscal no financia la expansión económica sino la ineficiencia del sector privado financiero y empresarial, el déficit fiscal de 1997, 1998, 1999 y 2000 con el resultado de los programas de saneamiento financiero y carretero, no solo ello, sino también el costo fiscal de la puesta en marcha de un negocio financiero del sistema de pensiones privado con su red de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE).

Los saldos económicos de los programas de ajuste y estabilización económica han propiciado ha su vez una creciente desigualdad socioeconómica, resultado, por un lado, de la política salarial que ha desvalorado los sueldos y salarios y por otro, dada la polarización en la distribución del ingreso que ha concentrado la riqueza nacional en niveles históricos, tanto por el lado de las ganancias(rentas empresariales, de la propiedad, etc) y de los salarios (distribución funcional) cómo por el lado de las familias o estratos de la poblacional (distribución personal por deciles), el saldo social puede resumirse en la extensión del circulo perverso de inequidad distributiva-pobreza, expresado en números tenemos que:

l) Entre 1982-1993 la participación de los salarios en el producto interno bruto paso de 36.0 a 28.5 por ciento y las ganancias de 55.0 a 62.0 por ciento del mismo PIB.⁵³

⁵² Poder ejecutivo Federal, 6° Informe de Gobierno 2000/ Anexo, 1 de Septiembre

⁵³ Gonzalo Rojas Arreola y Odilia Ulloa Padilla, Seguridad Social en México, Presente y Futuro, Ponencia Presentada en el Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM 29 de agosto 2000

II) En 1984 y 1994 al decil más pobre de la población le correspondió el 1.3 y 1.1 por ciento del ingreso nacional, mientras que el más rico aumento su participación al pasar de 34.2 a 41.2 por ciento, respectivamente y⁵⁴

III) Entré 1982 y 1997 la población en condiciones de pobreza paso alrededor de 40 millones a cerca de 50 millones de personas y en el periodo de 1994-1998, la cifra de mexicanos en extrema pobreza casi se duplico al pasar de 14 a 26 millones de personas.

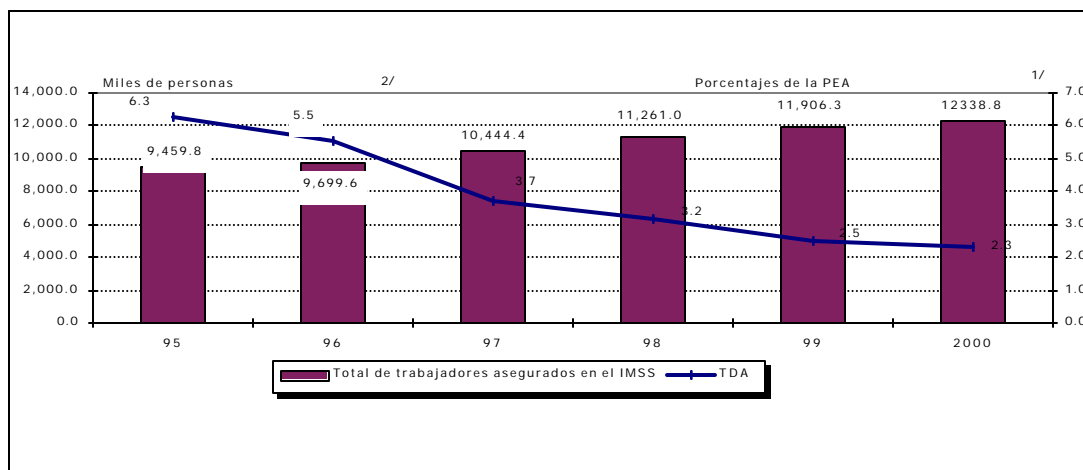
En resumen, se han deteriorado todos los indicadores de los niveles de vida de la gran mayoría de la población, así como la prestación de los servicios sociales que otorga el gobierno y las instituciones encargadas de procurar los servicios.

Por tal motivo el crecimiento económico de las instituciones de seguridad social en México como es el caso de IMSS se ha contraído por la causa del mismo efecto y por ende, el cumplimiento de las funciones que tiene encomendadas, depende del aumento en los salarios de los trabajadores y las formas de organización del trabajo y de la familia, cabe destacar que existen avances científicos en la medicina que han permitido incrementar la expectativa de vida de los mexicanos, particularmente de quienes llegan a la edad del retiro, produciendo un crecimiento anual de esta población del 7 por ciento este hecho es altamente gratificante, pero en aspectos financieros genera presiones, ya que los cambios en la esperanza de vida han dado lugar ha que se alcance el pago de pensiones por 30 años posteriores a la edad de 65 años.

Otro aspecto fundamental es que la afiliación al Instituto no a crecido al ritmo de la fuerza de trabajo, sobre todo a partir de 1990 hasta la fecha y esto se demuestra en la grafica que a continuación se muestra donde la tasa de desempleo abierto es muy alta en comparación a total de trabajadores asegurados al IMSS.

⁵⁴ Idem.

Gráfico 3.1
Empleo formal y tasa de desempleo abierto,
1995-2000



1/ Cifras al mes de abril.

2/ Excluye los grupos de seguro facultativo, salud para la familia, estudiantes y continuación voluntaria.

Fuente: STPS elaborado con base en datos del IMSS y del INEGI.

Otro indicador importante es el impacto de la crisis económica y financiera de 1995 la cual tuvo la tasa más alta de desempleo de 7.6 por ciento, que no, se tenía desde 1982, pero la recuperación que se refleja dentro de la gráfica muestra una disminución gradual de casi 0.8 por ciento anual, sin embargo esto fue debido a una ligera recuperación económica y a la puesta en marcha de diferentes programas del Gobierno Federal, para la generación de empleos temporales, como es el caso del Programa del Empleo Temporal (PET) que a partir de 1995, se orientó a atenuar los efectos de la crisis económica en los Estados, Regiones y Municipios con mayores índices de pobreza.

El Gasto Social y la Salud

La salud, el desarrollo social y económico están estrechamente correlacionados, el gasto social en salud constituye una inversión no-solo en el bienestar y las capacidades de los individuos y las familias, sino también en el crecimiento económico y la generación de empleos, junto con la mayor escolaridad de la población y una mejor salud, se traduce en mayores oportunidades y productividad de los trabajadores y en más altos ingresos individuales y colectivos

La prestación de los servicios de salud es percibida por la sociedad como una responsabilidad del Estado, sabemos que el acceso pleno a ellos nunca se ha cumplido cabalmente y que una parte importante de la población, está, de hecho excluida de éste beneficio, el dato más contundente para demostrar que la protección de la salud no ha sido ni es prioritaria, es que antes aún de la aplicación de las políticas de ajuste estructural, el gasto público en salud alcanza apenas el 2 por ciento del PIB como se demuestra en el siguiente cuadro 3.1.

Cuadro 3.1
Gasto en Salud y su relación con variables económicas y sociales
(millones de pesos)

	A	B	C	A/B	A/C	B/C		
AÑO	PERSONAS (MILES DE PERSONAS)	GASTO PROGRAMABLE	PIB	GASTO SOCIAL	SALUD	%	%	%
1994	89,600.20	841,270.70	4,788,905.50	435,308.80	121,779.70	9.09%	2.54%	27.98%
1995	91,158.30	710,412.20	4,493,576.70	377,518.40	102,422.40	8.40%	2.28%	27.13%
1996	92,489.20	754,822.30	4,725,152.50	391,399.60	99,900.30	8.28%	2.11%	25.52%
1997	93,765.60	839,389.80	5,045,000.80	432,675.40	114,440.60	8.58%	2.27%	26.45%
1998	94,984.50	827,030.60	5,220,645.60	478,538.70	125,345.50	9.17%	2.40%	26.19%
1999	96,200.30	843,147.00	5,480,225.00	513,757.60	138,833.40	9.37%	2.53%	27.02%
2000	97,361.70	916,054.90	5,870,582.40	540,393.10	146,811.50	9.21%	2.50%	27.17%
2001	98,530.00	924,089.60	6,133,100.00	565,656.70	153,350.70	9.22%	2.50%	27.11%

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación 2001

Sin embargo es importante analizar que existe una importante retroalimentación entre la salud y la economía, en primer lugar, la atención a la salud representa una de las piezas fundamentales de estrategia de lucha contra la pobreza, en segundo lugar, se ha ido consolidando una vasta industria de salud, al lado del financiamiento y la prestación de los servicios, esta industria abarca un vigoroso conjunto de productores y distribuidores de insumos, que son responsables de la quinta parte de inversión en salud, en tercer lugar, la inversión productiva en salud tiene un efecto positivo sobre la actividad económica, pues incrementa la calidad del capital humano, mejora la productividad y la competitividad, genera empleo, alienta la investigación científica y estimula la innovación tecnológica.

En contraste el gasto inadecuado en salud tiene un efecto negativo sobre la economía, pues agrava la inflación, reduce la competitividad y distrae recursos para el bienestar, por lo anterior, es indispensable aumentar y administrar adecuadamente los recursos destinados a la atención de la salud y seguridad social.

En el periodo de 1995-2000 el Gobierno Federal planteó el compromiso de dar cumplimiento al derecho constitucional que todo mexicano tiene de recibir servicios de salud, para lograr este propósito, a través del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 se definieron cuatro estrategias fundamentales:

- 1) Ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población abierta,
- 2) Descentralizar la operación de estos servicios a las entidades federativas,
- 3) Mejorar la calidad de los servicios, y
- 4) Modernizar los mecanismos de provisión de los servicios de salud.

En México se han conjuntado una serie de cambios que apuntan a un incremento muy importante en la demanda por servicios de salud, entre estos destacan: el rápido envejecimiento de la población y el cambio de perfil de las enfermedades, con una carga cada vez mayor de padecimientos crónicos, los cuales coexisten con un importante rezago epidemiológico.

En la actualidad, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se prestan servicios de atención médica, salud pública, asistencia y seguridad social a través de tres tipos de instituciones: las públicas que atienden a la población no asegurada y población abierta, las de seguridad social que cubren a los derechohabientes y las que prestan servicios sociales y privados, es en el SNS en donde se establecen los mecanismos de coordinación de acciones, tales como la vacunación universal ; control de prevención de enfermedades diarreicas como la lucha contra el cólera; de atención materno infantil, salud reproductiva y planificación familiar; las tendientes a evitar la propagación de enfermedades sexualmente transmisibles,

como el SIDA; de impulso a los programas de educación al fomento de la salud y en general acciones de atención primaria a la salud con la participación de la comunidad.

A pesar de los avances en el crecimiento de la infraestructura de servicios de salud en el país son insoslayables, subsisten realidades regionales que denotan inconsistencias importantes, existen diferencias en las definiciones institucionales de cobertura, divergencia entre las poblaciones que legalmente corresponde cubrir a cada institución y aquellas realmente atendidas; e incluso, hay evidencias a nivel estatal de casos que muestran concentración de recursos y duplicación de coberturas, sin que hasta ahora se cuente con un inventario sistematizado a nivel nacional, además, hay heterogeneidad y desfase de la coordinación de algunos programas y servicios prioritarios.

Estas inconsistencias, se agregan problemas relacionados con el bajo aprovechamiento de la infraestructura y el uso inadecuado de los servicios, cuyo origen proviene, entre otros factores, del incumplimiento de la normatividad oficial, de deficiencias en la planeación y dirección, que con frecuencia se apoya en esquemas administrativos que no corresponden a las necesidades o demanda de los servicios, asimismo, se observan falta de esfuerzos sostenidos y de modelos eficientes para la supervisión, evaluación y control de los servicios; inaccesibilidad geográfica, económica, cultural; barreras por los tiempos de espera; así como la insuficiencia de recursos humanos y físicos (médicos y quirúrgicos medicamentos y otros insumos).

El sistema de salud de la SSA provee la mayoría de los servicios asistenciales directamente y con los servicios de salud estatales, llamados Organismos Públicos Descentralizados (OPD). Los cuales tienen presencia en las 32 Entidades Federativas, que buscan consolidar sus funciones y atribuciones en un marco de plena autonomía, por ejemplo en la Ciudad de México, el Gobierno del Distrito Federal, GDF, provee servicios para suplir el servicio de salud del Gobierno

Federal, sin embargo recibe apoyo por parte del mismo a través de los Sistema de Servicios de Salud Pública que coordinada la Secretaria de Salud.

Los Estados Descentralizados contribuyen con un parte de los costos de las clínicas publicas en su territorio mediante los acuerdos hechos con el Gobierno Federal, debido a la inconsistencia en los procedimientos de contabilidad existentes y a la renuencia de muchos Estados para publicar la información presupuestal, hay muy poca información confiable sobre el tamaño o tipo de gasto de los gobiernos estatales en salud, en los Estados Descentralizados, la mayoría de los trabajadores federales del sector salud fueron transferidos a los servicios de salud estatales, tomando los estados la responsabilidad de vincularlos y garantizarles el pago.

A diferencia de los sistemas de seguridad social, los servicios de salud públicos generalmente no son libres de pago para el usuario, la SSA cobra una cuota nominal por los servicios de salud en sus clínicas, la que depende del servicio provisto que en teoría varía, con la clasificación socioeconómica del usuario (clasificados en seis estratos); sin embargo, para muchos servicios curativos se cobra una tarifa única a todos los pacientes ya que resulta costoso realizar la clasificación socioeconómica.

El Gobierno Federal fija las cuotas al usuario de los Estados Descentralizados; no obstante, la recuperación difiere de Estado a Estado, aunque estas son muy bajas en términos absolutos, pueden ser significativas para muchos hogares rurales de ingresos bajos, además, como muchos de los usuarios de los servicios públicos están en áreas rurales, el tiempo de viaje, los gastos de transporte y el tiempo de espera, pueden ser una barrera significativa para acceder a los servicios.

Otro de los programas que estableció el Gobierno Federal fue el compromiso de incorporar a los servicios básicos de salud institucional a casi 10 millones de personas ubicadas principalmente en las localidades más alejadas, que en 1995

carecían de ellos, con ese fin, se puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), cuyas acciones fueron reforzadas a través de los programas de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), de Cirugía Extramuros y el de Atención de Zonas Indígenas (PAZI).

Parte esencial de este esfuerzo fue la aplicación *del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS)*, integrado por 13 acciones diseñadas para atender los problemas de salud pública de mayor incidencia en la población, como las infecciones respiratorias y gastrointestinales, así como para el cuidado preventivo de la salud mediante capacitación, saneamiento de las comunidades y combate a sectores de transmisión de enfermedades como el paludismo, el dengue y el cólera. También incluyó acciones para la protección de los niños y mujeres a través de atención prenatal y ginecológica, así como un esquema de vacunación que durante esta Administración se incremento de seis a doce vacunas.

En el periodo 1995-2000 se logró incorporar a los servicios básicos de salud a casi 16 millones de personas lo cual superó la expectativa en comparación de 1995, en donde uno de cada 10 mexicanos no tenía acceso a ellos.

El Programa de Ampliación de Cobertura, **(PAC)** ha constituido el mecanismo fundamental para avanzar hacia la meta de cobertura propuesta, actualmente el PAC otorga servicios de atención a la salud mediante el PABSS, a más de 40 mil localidades de 866 municipios en 19 entidades federativas, alcanzó en el año 2000 un universo de atención de 8.1 millones de personas, de las cuales, 5 millones viven en localidades predominantemente indígenas.

En la actualidad, el PAC opera con 1,552 médicos, 1,538 enfermeras, 1,604 paramédicos y 434 empleados de apoyo y administrativos, estos trabajadores tienen contratación definitiva, lo que garantiza la permanencia de los servicios en las zonas, que por su grado de marginación presentaban altos niveles de rotación y abandono.

El componente de salud del PROGRESA permite que casi 2.6 millones de familias beneficiarias obtengan gratuitamente los servicios contenidos en el Paquete Básico de Servicios, adicionalmente, mediante el otorgamiento de suplementos alimenticios se mejoran los niveles nutricionales de niños de cuatro meses a dos años de edad, de los de dos a cinco años que padecen desnutrición y de todas las mujeres embarazadas o en lactancia, en el mismo sentido se realizan actividades de educación para la salud y promoción en las comunidades donde opera.

Mediante el **Programa de Cirugía Extramuros** y los encuentros quirúrgicos de IMSS-Solidaridad, se dio atención a enfermos de escasos recursos con problemas quirúrgicos discapacitantes o invalidantes, en el 2000 cirujanos de reconocida capacidad realizaron más de 11 mil intervenciones quirúrgicas de alta especialidad, a través de este Programa, en este periodo se atendieron a cerca de 47 mil personas en localidades rurales marginadas del país, se propicio la participación de especialistas locales, a quienes se les otorgó enseñanza y capacitación para que asumieran estas tareas que actualmente se realizan en 15 entidades federativas.

Las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud proporcionarán durante el 2000 cerca de 430 millones de servicios entre consultas y diagnósticos, esta cantidad, que representó más de 1.7 millones de servicios por día laborable, es 37.2 por ciento superior a la correspondiente a 1994.

La operación en las instituciones que atienden a la población abierta ha sido mucho más dinámica que la que se registra en las instituciones que cubren a la población asegurada, de 1994 al 2000 el número de consultas a la población derechohabiente se incrementó en 25.8 por ciento, mientras que las recibidas por la población abierta crecieron 82.3 por ciento.

Cuadro 3.2
Servicios y Recursos del Sistema Nacional de Salud, 1994-2000

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ^{ef}	Variación %	
								2000/94	2000/99
Consultas (Miles) ^{1f}	167,257.0	180,969.7	189,986.8	202,029.7	211,058.1	225,791.7	238,878.8	42.8	5.8
A población abierta	50,483.3	55,840.0	58,085.9	66,405.7	74,091.4	85,770.7	92,008.5	82.3	7.3
A población Derechohabiente	116,773.7	125,129.7	131,900.9	135,624.0	136,966.7	140,021.0	146,870.3	25.8	4.9
Egresos hospitalarios (Miles)	3,720.9	3,813.9	3,842.1	3,996.5	4,003.1	4,156.8	4,281.4	15.1	3.0
De población abierta	1,307.1	1,409.9	1,443.1	1,577.7	1,648.0	1,763.6	1,863.1	42.5	5.6
De población Derechohabiente	2,413.8	2,404.0	2,399.0	2,418.8	2,355.1	2,393.2	2,418.3	0.2	1.0
Unidades médicas	14,672	15,172	15,653	16,477	17,135	17,822	18,557	26.5	4.1
De consulta externa	13,897	14,378	14,859	15,632	16,246	16,900	17,590	26.6	4.1
A población abierta	10,802	11,291	11,701	12,405	12,995	13,628	14,296	32.3	4.9
A población Derechohabiente	3,095	3,087	3,158	3,227	3,251	3,272	3,294	6.4	0.7
De hospitalización	775	794	794	845	889	922	967	24.8	4.9
A población abierta	342	354	362	409	444	474	500	46.2	5.5
A población Derechohabiente	433	440	432	436	445	448	467	7.8	4.2
Médicos y enfermeras	259,074	267,097	274,100	285,432	299,447	307,031	310,103	19.7	1.0
A población abierta	96,957	101,637	106,732	116,112	126,816	132,375	134,659	38.9	1.7
A población Derechohabiente	162,117	165,460	167,368	169,320	172,631	174,656	175,444	8.2	0.5

^{1f} Incluye las consultas generales, de especialidad, de urgencias y odontológicas.

^{ef} Cifras estimadas.

Fuente: SSA.

En el año 2000 se presentaron 4.3 millones de egresos hospitalarios, 561 mil más que los registrados en 1994, para fortalecer y mejorar los servicios institucionales de salud, durante el periodo de 1994-2000 se incorporaron 24 mil médicos y 27 mil enfermeras, quienes representan 16.4 por ciento de la plantilla en operación del Sistema Nacional de Salud, que cuenta con 310 mil profesionales.

Para ampliar la cobertura de los servicios de salud se busco reforzar durante el periodo 1994-2000 la infraestructura médica disponible en todas las entidades federativas, se construyeron 3,885 unidades médicas, de las cuales 735 entraron en operación el ultimo año, una de cada cinco unidades médicas públicas en el país fueron construidas en este periodo.

De 1994 al 2000 se construyeron 192 hospitales, de los cuales 82 por ciento atienden a la población abierta, estas unidades aumentaron en casi 9 mil el número de camas censables disponibles, que asciende a 75,611 en la actualidad.

Con la participación coordinada del Gobierno Federal y de los gobiernos de las entidades federativas y los municipios, se construyeron durante este periodo cerca de dos unidades de consulta externa cada día y casi tres hospitales cada mes.

Programa IMSS-Solidaridad

El IMSS, por su parte, mantiene un sistema separado para la población no cubierta, conocido como IMSS-Solidaridad, aunque este servicio es administrado por el IMSS, utiliza instalaciones separadas y tiene su propio presupuesto, cualquiera que no este cubierto por la seguridad social, puede usar los servicios IMSS-solidaridad, los cuales están ubicados normalmente en áreas rurales marginadas, de esta manera, la población recibe los servicios IMSS-Solidaridad que no parte del sistema de seguridad social regular

El IMSS Solidaridad no carga cuotas monetarias por sus servicios, pero fomenta a sus usuarios a participar en trabajo social a cambio de los servicios de salud que ofrece el IMSS.

Durante el periodo 1994-2000 el Programa IMSS-Solidaridad cumplió con el compromiso de atender la salud y mejorar las condiciones de vida de la población rural marginada, con apoyo en la estructura normativa y administrativa del IMSS, otorgó servicios básicos de salud a 11 millones de personas, en este periodo se logró aplicar más de 56 millones de dosis de vacunas y se efectuaron 67 millones de detecciones de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas, se logró dar atención odontológica preventiva a casi 24 millones de personas y se organizaron sesiones de educación para la salud en beneficio de 90 millones de personas, además, se han otorgaron 87 millones de consultas y se registraron más de 1.5 millones de egresos hospitalarios.

El Programa opera hasta el momento en 16 mil localidades marginadas y de difícil acceso en 17 entidades federativas; cuenta con 3,540 unidades médicas de primer nivel, 69 hospitales rurales y 225 micro regiones en las que se atiende a las familias beneficiarias del PROGRESA en su área de influencia.

Las acciones de IMSS-Solidaridad privilegian la atención preventiva sin desatender la curativa y de rehabilitación, con la participación de 247 mil voluntarios comprometidos en la realización de acciones comunitarias dirigidas a mejorar condiciones de salud y bienestar de sus familias y comunidades.

El Perfil Demográfico y Epidemiología en México

Las condiciones de salud en México son el resultado de un largo proceso de cambios económicos, sociales, demográficos y epidemiológicos, la industrialización del país produjo un proceso de urbanización y hoy el 70 por ciento de la población se concentra en las ciudades, el resto se distribuye en más de 11,000 localidades con menos de 2500 habitantes cada una. Esta distribución tiene un impacto indudable en la oferta de servicios que se caracteriza por la persistencia de demandas fundamentales insatisfechas y de problemas no resueltos, a pesar de los esfuerzos desplegados en los últimos años, estas carencias matizan los logros alcanzados y se significan como un problema más urgente de resolver.

Los cambios demográficos más importantes por su impacto en la salud de la población en la última década, han sido los siguientes: a) un descenso consistente en las tasas de mortalidad general, preescolar e infantil; b) una disminución en la tasa global de fecundidad que pasó de 4.8 a 3.4 hijos por mujer; c) un incremento en la esperanza de vida al nacer que paso de ser de 66 a 70 años en hombres y de 69 a 72 en mujeres y d) una modificación en la pirámide poblacional que acusa

una reducción en el número de menores de 15 años y un aumento en el de mayores de 65 años,⁵⁵ como se puede apreciar en el cuadro 3.3.

Cuadro 3.3
Indicadores de Salud Pública 1990-2000

Indicadores p/	1990	1995	2001	Tasa media de crecimiento anual		
				95/90	01/95	01/90
Mortalidad general 1/	5.1	4.7	3.9	(1.5)	(3.6)	(2.5)
Esperanza de vida 2/	70.8	73	74.4	0.6	0.4	0.5
Mortalidad materna 3/	5.4	5.3	3.4	(0.4)	(8.5)	(4.5)
Promedio de consultas por embarazadas 4/	2.3	2.7	3	2.9	2.5	2.7
Usuarías activas de planificación familiar 5/	57.7	66.65	70.2	2.9	1.1	2.0
Mortabilidad infantil 6/	23.9	17.5	15	(6.1)	(3.0)	(4.6)
Mortalidad por deficiencia nutricional 7/ (menores de 5 años)	34.8	19.6	16.8	(10.9)	(3.0)	(7.0)
Mortalidad por enfermedad del corazón 8/	63.5	69.4	74.5	1.8	1.4	1.6
Mortalidad por diabetes mellitus 9/	30.9	36.4	43	3.3	3.4	3.4

1/ Número de defunciones por 1,000 habitantes

2/ Años por vivir a partir del nacimiento

3/ Número de muertes por complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre número de nacidos vivos

4/ Consultas de control prenatales entre número de embarazadas

5/ Número de usuarias activas por cada 100 mujeres unidas en edad fértil

6/ Número de defunciones de menores de un año entre nacidos vivos por 1000

7/ Número de defunciones por esta causa entre menores de 5 años por 1000

8/ Número de defunciones por esta causa entre población total por 100,000

9/ Número de defunciones por esta causa entre población total por 100,000

P/ Preliminar

Estos cambios han producido una demanda de atención especializada de patologías crónico-degenerativas caracterizadas por el uso de una tecnología sofisticada, altos costos y estancias hospitalarias prolongadas.

Desde el punto de vista epidemiológico, existe en un franco proceso de transición; vienen disminuyendo las muertes por causas infecciosas y aumentando las relacionadas con los padecimientos crónico-degenerativos, los accidentes y los actos violentos, la diarrea y las infecciones respiratorias, que antes eran las principales causas de muerte, pasaron a ser la décima y la octava respectivamente, inversamente las enfermedades cardiovasculares, los tumores

⁵⁵ Salud y Seguridad Social Retos y Propuestas. Fundación mexicana siglo XXI Luis Donaldo Colosio México

malignos, las lesiones y la diabetes pasaron a ser las primeras cuatro causas de muerte, este panorama se caracteriza en el país en su conjunto, pero oculta importantes diferencias que aun persisten entre regiones, sexos y grupos socioeconómicos

Sin embargo el perfil demográfico y epidemiológico muestra un escenario que obliga a una mayor atención a las zonas marginadas tanto urbanas como rurales, por ello, la primera prioridad es extender la cobertura de los programas y servicios de atención primaria que ofrecen beneficios a un paquete básico de servicios de salud constituido por 13 medidas preventivas, de bajo costo y alta efectividad sin descuidar . el cólera, el SIDA, los problemas de salud mental, las adicciones y el deterioro del ambiente, son ejemplos de problemas emergentes que tienen un impacto directo sobre la economía, el bienestar familiar y de la comunidad.

Sin embargo dentro del contexto de la transición epidemiológica y social de México, es necesario que el IMSS satisfaga las nuevas demandas y necesidades de la población, al atender permanentemente a las familias y al trabajador, al incentivar la inversión y la expansión en regiones que han quedado marginadas del desarrollo y reforzar las acciones contra la pobreza extrema, estos grandes retos serán superados mejorando la atención a los riesgos de trabajo, los servicios y prestaciones para el trabajador jubilado e incapacitado, los servicios de desarrollo social y económico de la mujer, la efectividad de las prestaciones sociales y la atención a nuevos problemas derivados del desarrollo de la sociedad mexicana moderna.

Los Recursos Humanos para la Salud

Debido al papel tan importante que juega el recurso humano en la economía como en la salud y que es el elemento base del que dispone toda organización de salud, determina la calidad y eficiencia de los servicios, este recurso, concebido en una actividad individualizada, es incapaz de satisfacer todas las necesidades de salud

que hay en las comunidades, por lo que se requiere contar con un grupo multidisciplinario para dar respuesta eficiente en los distintos niveles de atención a la salud y en particular a la atención primaria.

Para formar e integrar adecuadamente estos grupos multidisciplinarios se deben tomar en cuenta las necesidades locales, en cuanto al número y función de los integrantes y poder así dar respuesta a la demanda en las diferentes zonas geográficas, los hechos demuestran que existe actualmente poca congruencia entre el recurso para la salud que se forma y las necesidades reales de la población.

La concentración de profesionistas de la salud en las grandes urbes y la falta de los mismos en las zonas rurales y marginadas han generado un problema de inequidad a nivel nacional, mientras que en algunos estados hay una tasa baja de estos profesionistas, en otros la saturación ha dado como resultado subempleo y desempleo.

Cabe señalar, que otro punto importante dentro de la creciente demanda de servicios de salud requiere, un marco legal y normativo que garantice a los usuarios, que los servicios que reciben cumplan con los requisitos mínimos de atención médica, el Programa de Certificación de Unidades Hospitalarias, en operación desde 1999, ha permitido otorgar certificación a 411 hospitales, de los cuales 300 se realizaron en el año 2000.

En congruencia con esta acción y para garantizar mayor calidad de los servicios a los usuarios, en 1999 comenzó la certificación de especialidades médicas, en la que participan la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y la SSA, a partir de ello, se han registrado que 24,463 médicos que representan 30.5 por ciento del universo de médicos especialistas en el país.

Así mismo en este periodo se crearon diferentes organismos los cuales tienen una autonomía plena en su marco legal, normativo y de supervisión de los servicios de salud, como es el caso de la *Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)* que permite agilizar a solución de controversias sobre actos médicos; su función contribuye a mejorar la calidad de los servicios y otorgar una mayor confianza a los usuarios y a promover el establecimiento de acciones preventivas y correctivas por parte de los prestadores de servicios de salud, en el 2000 la Comisión atendió 5,328 casos, lo que representó un crecimiento de 9.7 por ciento respecto a 1999.

Para atender los problemas en su lugar de origen, los gobiernos de las entidades federativas también crearon Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, que aumentan las posibilidades de dar una mejor atención a la problemática local, durante este periodo se publicaron 174 Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con el sector, destacando las relativas a pruebas para demostrar la intercambiabilidad de los medicamentos genéricos y garantizar su eficacia, seguridad y calidad, la oferta de medicamentos genéricos intercambiables se duplicó al pasar de 89, por ciento en el año de 1999 a 178 por ciento en el 2000.

Nuevo Federalismo y Descentralización.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND), se propuso un nuevo federalismo que genere las condiciones institucionales para atender la especificidad de los problemas locales, en el área de salud este nuevo federalismo significará una mayor participación de los Estados y Municipios en la elaboración, operación y evaluación de programas públicos, la descentralización de la administración y operación con el fin de acercarla a la ciudadanía es una de las líneas prioritarias del PND, en el caso de programas de salud para la población abierta, la descentralización se dio hacia los estados, siguiendo los lineamientos dictados por el Gobierno Federal, a través de los llamados (OPD) Organismos Públicos Descentralizados los cuales fueron creados para proveer los servicios de salud.

Recursos Públicos.

El IMSS es, presupuestalmente, el organismo federal más grande, además las tendencias internacionales, los diversos estudios que se han elaborado para México y el comportamiento en las demandas explícitas de la población señalan que la seguridad social es uno de los campos que tendrán un mayor crecimiento en el corto y en el largo plazo.

En respuesta a los objetivos planteados en el PND, las instituciones encargadas de proporcionar servicios de seguridad social se canalizaron a mejorar y fortalecer las prestaciones que otorgan, a través de diferentes esquemas de aseguramiento y servicios, entre los que destacan: la protección contra riesgos laborales, la garantía de una pensión digna para el trabajador retirado, el otorgamiento de servicios de guarderías para los hijos de madres aseguradas y el acceso a actividades culturales, deportivas y recreativas de la población derechohabiente.

En 1995 el Poder Legislativo aprobó la nueva Ley del Seguro Social, que entró en vigor a partir del 1º de julio de 1997, la modificación en el ordenamiento legal permitió: reemplazar el esquema tradicional de pensiones basado en el reparto, por uno de cuentas individualizadas, en el cual cada trabajador tiene plenamente identificados los recursos acumulados para su eventual retiro; ampliar las posibilidades para que la población no sujeta a una relación contractual tenga acceso a los servicios de seguridad social y alcanzar la estabilidad financiera a largo plazo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el costo de la reforma asumido por el Gobierno Federal se ha ubicado desde 1998 en alrededor de 1.1 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB)^{1/} y no sólo tiene efectos redistributivos, sino que también incide favorablemente en la generación de empleo y ahorro interno.

^{1/} En 1998 este costo fue de 1.07 por ciento del PIB; en 1999 alcanzó 1.1 por ciento y en el presente año 1.11 por ciento respecto al mismo indicador.

En el año 2000 el gasto destinado a la seguridad social ascendió a 98,053.1 millones de pesos, monto 9.5 por ciento superior en términos reales al del año anterior y 75.5 por ciento mayor al de 1994, el crecimiento observado durante la Administración se explica básicamente por el aumento en las nóminas de pensiones y jubilaciones y por el costo del nuevo sistema de pensiones, donde el Gobierno Federal realiza aportaciones importantes a las cuentas individuales de los trabajadores.

El presupuesto asignado en el año 2000 equivale a 1.9 por ciento del PIB, incluyendo tanto el componente institucional que comprende al IMSS, al ISSSTE y al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México, como el componente contractual de pensiones otorgadas por las empresas públicas Petróleos Mexicanos (PEMEX), Comisión Federal de Electricidad (CFE) y la Compañía de Luz y Fuerza del Centro (LFC).

Cuadro 3.4
Gasto Programable del Sector Público Presupuestario
en Seguridad Social, 1994-2000
(Millones de pesos)

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ^{ef}	Var. % real		
								2000/94	2000/95	2000/99
Total	17,823.5	23,592.9	31,436.9	42,721.5	64,230.3	81,082.2	98,053.1	75.5	82.8	9.5
Componente institucional	14,943.7	20,233.2	26,734.7	36,730.2	56,145.2	70,024.8	86,165.8	84.0	87.3	11.5
IMSS	10,802.2	13,959.2	18,241.4	23,508.7	35,880.7	43,855.7	51,331.7	51.6	61.8	6.0
ISSSTE	3,833.9	5,065.5	6,517.9	8,711.6	11,171.3	14,277.8	16,767.5	39.6	45.6	6.4
ISSFAM	307.6	414.0	876.6	678.9	838.1	1,054.5	1,213.1	25.8	28.9	4.2
Ramo 19		794.5	1,098.8	3,831.0	8,255.1	10,836.8	16,853.5		833.1	40.9
Componente contractual de pensiones	2,879.8	3,359.7	4,702.2	5,991.3	8,085.1	11,057.4	11,887.3	31.7	55.6	-2.6
PEMEX	1,637.5	2,069.5	3,181.9	3,712.1	4,780.1	6,361.7	6,426.4	25.2	36.6	-8.5
CFE	621.0	714.0	818.0	913.0	1,430.0	2,144.0	2,352.0	20.9	44.9	-0.6
LyFC	621.3	576.2	702.3	1,366.2	1,875.0	2,551.7	3,108.9	59.7	137.3	10.4

NOTA: Para el año de 1999 en el gasto del IMSS no se incluyen 3,566 millones de pesos, por concepto de pago de impuestos de años anteriores.

^{ef} Cifras estimadas.

Fuente: SHCP.

En 1995, el 47.9 por ciento de la población total del país tenía acceso a los servicios de seguridad social que establecen las leyes del IMSS y del ISSSTE. En febrero de 2000 se estima que ese porcentaje aumentó al 56.2 por ciento, correspondiendo 46.1 por ciento al IMSS y 10.1 por ciento al ISSSTE. Se estima que al incluir a la población atendida a través del Programa IMSS-Solidaridad, el IMSS cubrió a más del 57 por ciento de la población del país.

***EI INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL***

4.1 Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes

El IMSS se creó el 19 de enero 1943, cuando se publicó en el Diario Oficial de la federación, la Ley del Seguro Social, ahí se determinó, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social era garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esto se determina como respuesta a la necesidad de dar seguridad social a las familias de la clase trabajadora asalariada, garantizando el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los ingresos de subsistencia ante invalidez, vejez y cesantía, así como los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, aspecto en el que llegaría a tener un papel preponderante en el campo de la seguridad social nacional.

Su desarrollo se dio con un crecimiento y estabilidad desde el período 1946-1952, consolidándose en el Instituto un notable, equipo sociomédico, al mismo tiempo que ampliaban sus servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas, se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la institución mediante la reorganización administrativa, se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar, a finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar, con las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras, el Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres, para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50 por ciento en el período comprendido entre 1964 y 1970.

A partir de 1970 hay un giro importante en la manera de entender la realidad nacional; se percibe la necesidad de hacer extensivos a toda la población los frutos del desarrollo económico logrado por el país, el Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento, durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social que fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973, la nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

El rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "Seguridad Social Integral". estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna, así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado, se convirtió en 1979 en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y al desaparecer el organismo Coplamar, tomo el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

A pesar de los momentos difíciles de los años 1982 y siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de seguridad social, para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.⁵⁶

Las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado en gran medida la situación financiera y por consiguiente, la operatividad de la Institución, durante el año de 1995 se realizaron profundos estudios, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo.

Por tal motivo, se integró una comisión tripartita con la participación de los sectores obreros y empresarial, así como de la representación gubernamental, que concluyó con la presentación de una propuesta de Alianza para el fortalecimiento y modernización de la Seguridad Social, (ver organigrama)

De este proceso surge la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión en 1995 y que entró en vigor el 1 de julio de 1997, la Nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos, así como los aspectos financieros, presupuestales, administrativos y tecnológicos.

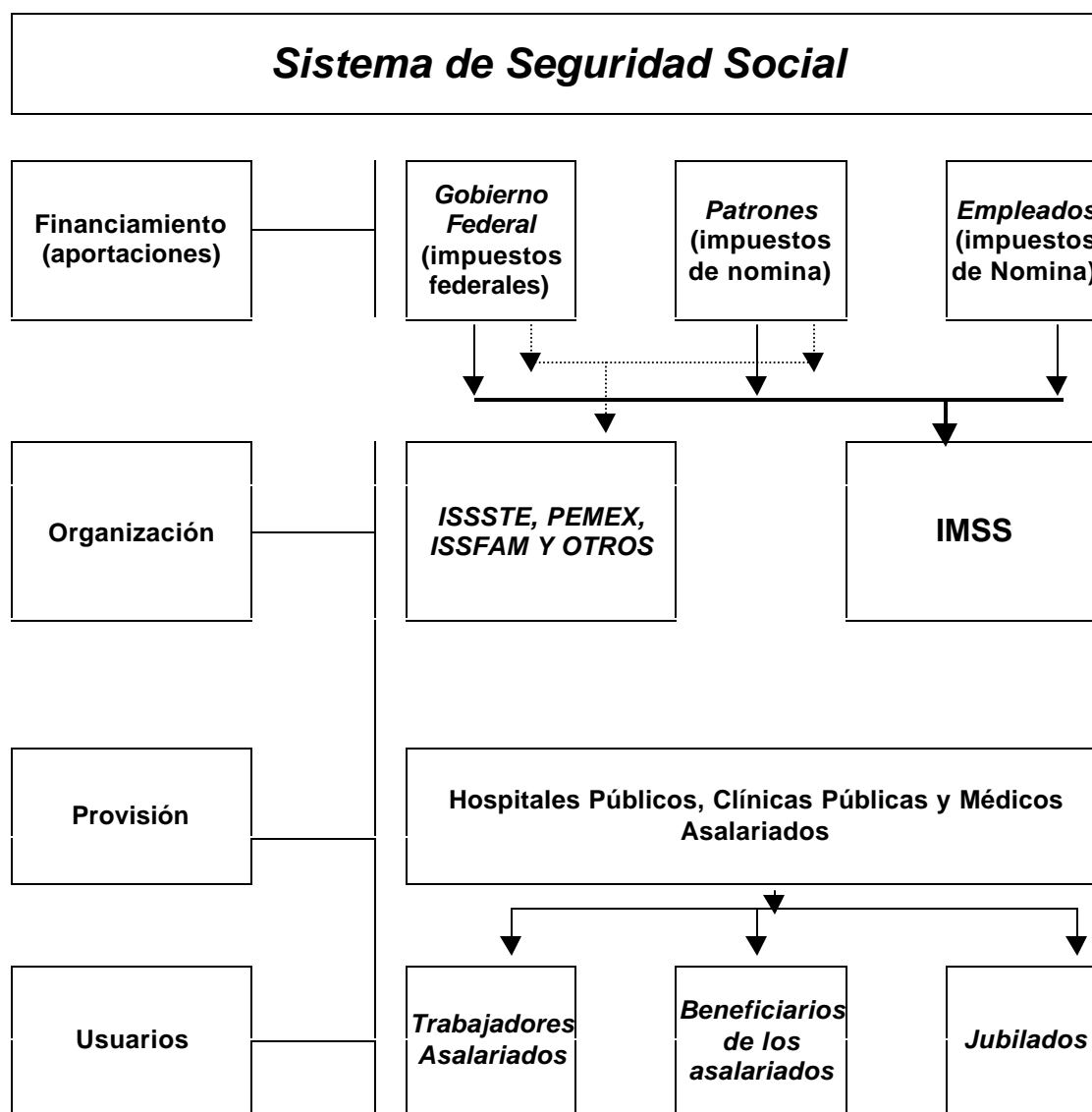
En resumen en este periodo de crecimiento y estabilidad, el IMSS pudo financiar sin problemas su operación, mostrando gran capacidad para extender poblacionalmente su cobertura; apoyado por un Estado que tendía a equilibrar tanto las necesidades de reproducción del capital como garantizar cierta estabilidad social de la población vía su fortalecimiento y creación de múltiples instituciones de seguridad social. Dentro de éstas, el IMSS, basado en la

⁵⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social (1995), Diagnóstico, marzo México: IMSS

distribución tripartita de su financiamiento, incluiría dentro de sus prestaciones la garantía a futuro de condiciones mínimas de bienestar a partir de un ingreso por cesantía, vejez e invalidez, mediante jubilaciones y atención médica, lo anterior, respondía a un concepto de seguridad social compuestas por un complejo de sistemas que, bajo la responsabilidad del Estado, influían en la mejoría de la calidad de vida y trabajo de la población asalariada.

Organigrama 4.1

Organización Actual del Sistema Mexicano de Seguridad Social



Fuente: Programa Nacional del Salud 2001-2006

Al finalizar el año 2000, -57 años después,- el IMSS cuenta con 1,523 unidades de medicina familiar, 218 hospitales de segundo nivel y 40 hospitales de tercer nivel, estructura que en su conjunto representa el 37 por ciento de las camas hospitalarias disponibles en México o en el país.

Al mismo tiempo en el año 2000, la atención médica mejoró en varios rubros: el tiempo de espera para recibir consulta en medicina familiar se redujo de 26 a 22 minutos promedio, en tanto que para recibir consulta de los servicios de urgencia, se redujo de 15 a 13 minutos.

La magnitud de los servicios equivale casi a 108 millones de consultas, 2 millones más que en el año inmediato anterior, lo que quiere decir que una de cada dos consultas medicas realizadas en el país fue proporcionada por médicos del Seguro Social, por tal motivo y debido a la gran cantidad de derechohabientes y servicios que brinda el instituto, se tuvo que dar a la revisión y hacer una aplicación, con la adecuación al marco legal bajo los sistemas operacionales sustantivos; la reorganización administrativa, acompañada de una amplia reestructuración financiera, presupuestaria y contable y la modernización institucional, actualización tecnológica e instrumentación del Plan Integral de Calidad.

Actualmente, en el ámbito internacional las instituciones de seguridad social se encuentran, en mayor o menor medida, sujetas a críticas severas sobre su funcionamiento debido a sus altos costos y relativa ineficiencia, planteándose como solución, nuevos conceptos sobre seguridad social con los que se pretende en ciertos países, transformarles de ser un gasto social a medios generadores de ahorro interno y por lo mismo, uno de los ejes dinamizadores de la economía nacional, lo anterior lleva en forma explícita la reestructuración de las instituciones de salud en la que por una parte los recursos financieros relativos a las pensiones

se conciben como una forma de valorización del capital y por la otra, su modernización y eficiencia como instituciones.⁵⁷

El análisis del IMSS debe ubicarse dentro de las condiciones en que se da la reinsertión del país en la economía mundial, las cuales están pautadas por una generalizada reestructuración del capital que obedece a la tendencia decreciente de la tasa general de ganancia los cambios en los métodos de trabajo, características de esta nueva fase son las políticas de desregulación comercial, la liberalización del papel Estado como motor y centro de la acumulación en el proceso que cuestionan los mecanismos de regulación económica y las concesiones sociales que se acusan como obstáculos para superar la crisis e incrementar las ganancias.

En este contexto se inserta la crisis del antiguo proceso que afecta hoy al IMSS al quedar éste enfrentado en el juego de esos cambios generales los cuales aceleraron la inevitable reestructuración que vive el capital y el trabajo, aun cuando con ello se altere su papel como factor importante en la regulación y estabilización de las relaciones sociales, las particularidades que le habían caracterizado,⁵⁸ ya no responden a las nuevas formas de acumulación de capital; en este sentido, como mecanismo de regulación económica y social se ha convertido, según se afirma, en un obstáculo dado sus altos costos, insuficiente e inadecuada captación de recursos; con su transformación se va adecuando a las necesidades creadas por las nuevas formas de acumulación y simultáneamente, se convierte en un elemento estratégico de superación de la crisis.

Los cambios acelerados que se observan en la política social del Estado responden a esta problemática y lo llevan adoptar una estrategia que se sintetiza en la privatización de ciertos servicios sujetándolo a las leyes del mercado, para ello se adoptan las recomendaciones de organismos internacionales como el

⁵⁷ Saúl Osorio y Berenice Ramírez, *Seguridad o Inseguridad Social: Los Riesgos de la Reforma* IIEC-UNAM-Triana, México 1997

⁵⁸ idem.

Banco Mundial (BM) y El Fondo Monetario Internacional (FMI), que segmentan los beneficios de la seguridad social y limitan la responsabilidad del Estado hacia aquellos aspectos considerados anteriormente como fundamentales de la seguridad social, tales como los sistemas de pensiones, jubilaciones, integrados dentro del IMSS y que proporcionaban al trabajador y su familia, la certidumbre al término de su vida productiva.

4.2 La Reforma del IMSS de 1995

Principales características y objetivos de la Reforma

Las reformas a la seguridad social se inscriben en el contexto de lo que ha sido a nivel mundial, la crítica del Estado benefactor y la adscripción a una política económica orientada a reestablecer los equilibrios macroeconómicos, principalmente para superar la crisis fiscal.

En el contexto de la aprobada Reforma del IMSS, se hace explícita una de las orientaciones básicas de la actual política económica, que es la de articular la política social con la fiscal y financiera.

El aspecto nodal que justifica la reforma realizada, es la insuficiencia financiera, al tenerse una relación de 7 a 1, entre cotizantes y pensionados, hizo que se calculara que para el año de 1999 los egresos del seguro de invalidez, vida, cesantía y muerte, serían superiores a los ingresos, ante ello se podría recurrir a una reserva que sólo alcanzaría para dos años.

La situación se manifestó más grave, ya que el rubro de enfermedades y maternidad se había financiado con recursos provenientes de las pensiones que desde 1973 provenían del pago para guarderías, ante esta debilidad financiera e inviabilidad a futuro, la reforma del IMSS, se orientó por mantener el carácter tripartito de las aportaciones para el seguro:

- De enfermedades y maternidad.
- De invalidez y vida.
- De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

De esta manera se mantuvo la cuota patronal de aportación para guarderías y prestaciones sociales, así como para los riesgos de trabajo, aunque ésta asume en realidad un carácter bipartito, ya que el otorgamiento de los beneficios de este seguro será dados por la institución privada que contrate el trabajador.

Dentro de este contexto se divide el seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, en el seguro de invalidez y vida (IV) y de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV), podemos decir que estos seguros son los que dan contenido al nuevo sistema de pensiones privado, de capitalización individual y de aportes definidos, la capitalización individual ya se estaba introduciendo con las reformas de 1992, cuando se crea el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), con la reforma que se inicio en enero de 1997, todas las formas posibles de fondos de pensiones de los inscritos en el IMSS adoptan esta figura.

En la ley vigente a julio de 1997 los aportes que se dan para los seguros, representan una prima de 26.5 por ciento del salario base de cotización, esta prima en Ley que rige a partir de 1997, es aproximadamente de 29.5 por ciento.

La prima para el seguro de enfermedades y maternidad que representaba 12.5 por ciento del salario base, sube a 13.9 por ciento, en la composición de ésta, llama la atención el incremento de las aportaciones del gobierno y desgravaciones para empleadores y trabajadores, la contribución bruta al seguro de salud, en el que participaba el patrón con el 70 por ciento de la prima, el trabajador con el 25 por ciento y el Estado con el 5 por ciento se modifica, el patrón le corresponderá el 59 por ciento de la aportación, al trabajador el 8 por ciento y al Estado el 33 por ciento, algunas de las razones de esta modificación se encuentran en la aportación que el Gobierno Federal cubrirá mensualmente, equivalentes al 13.9 por ciento de un salario mínimo y que se ajustará trimestralmente al índice

nacional de precios al consumidor, ya que la contribución de los trabajadores será a partir de los que ganan más de tres salarios mínimos.

Se establece también un seguro de salud familiar para quienes no estaban incorporados al régimen obligatorio, es decir, podrán acceder todos aquellos trabajadores que no tengan una relación contractual.

El seguro de retiro, cesantía y vejez, mediante la individualización de los fondos de pensiones pasa al régimen de capitalización individual y de gestión privada.

Se establece que tanto la pensión como las prestaciones médicas serán otorgadas al haber cumplido 65 años de edad o en caso de cesantía a los 60 años si se ha cotizado durante 1250 semanas, en la Ley anterior, se tenía derecho a la pensión de vejez o cesantía si se había cotizado por 500 semanas o 9.6 años, en la actual se requiere haber cotizado por 24 años, el aporte es tripartito, el Estado participa con una cuota social, la prima representa el 8.5 por ciento de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, con la reforma, la posibilidad de un retiro anticipado, sólo será posible si antes de los 60 o 65 años, el trabajador tiene en su cuenta individual, fondos superiores al 30 por ciento de su pensión garantizada, o la pensión garantizada será la que el Estado otorgara a aquellos trabajadores que no alcanzaron una renta vitalicia y el seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios que representa un salario mínimo actualizado por el índice de precios al Consumidor.

Si el trabajador no cotizó durante 1250 semanas, pero si logro acumular 750 semanas podrá retirar los fondos acumulados en su Cuenta Individual de Retiro (CIR) en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las 1250 semanas y tendrá derecho a las prestaciones médicas y a la pensión garantizada, si cotizó menos de 750 semanas, retirará su saldo en una sola exhibición y no tendrá derecho a las prestaciones médicas.

La prima del seguro de invalidez y vida, seguirá representando el 2.5 por ciento del salario base de cotización, tendrá una gestión pública y privada ya que la posible pensión, será con la administradora de fondos con la que haya contratado.

También aumentan las semanas de cotización para tener derecho a este seguro, si la invalidez es completa, el trabajador tendrá que haber cotizado durante 250 semanas, si es de 75 por ciento, se deberán haber completado 150 semanas de cotización, en la Ley anterior, se necesitaban como mínimo para ambas posibilidades, cotizar durante 150 semanas.

La Ley aprobada presenta dos características que puestas en práctica pudieran ser contradictorias: Una es la de mantener el compromiso de garantizar protección a los trabajadores y procurar bienestar y de alguna forma esto lo representa la disminución de las primas que los trabajadores aportan para el seguro de enfermedad y maternidad, aunque, una de las tendencias previsibles que se manifiesta es la carga fiscal que representará la transición de un modelo de seguridad social a otro y los compromisos que pueda representar para el Estado sostener dichos beneficios, pero frente a este hecho, se tiene la aceptación de la participación privada en la administración de las pensiones, lo que introduce los ahorros de los trabajadores a la incertidumbre, el riesgo y a la rentabilidad del mercado, los resultados además dependen del nivel de ingreso individual y por lo tanto de los esfuerzos y capacidades de cada individuo en un periodo de vida productiva mayor al pactado desde las primeras reglamentaciones en seguridad social y con un horizonte que en el corto plazo no parece modificar la precariedad laboral.

Las Acciones de la reforma

La reforma del IMSS ha tenido tres grandes líneas de acción: la nueva Ley y su debida aplicación, con las adecuaciones necesarias al marco reglamentario bajo el que se rigen los sistemas operacionales sustantivos; la reorganización administrativa, acompañada de una amplia reestructuración financiera, presupuestaria y contable; y la modernización institucional, actualización tecnológica e instrumentación del Plan Integral de Calidad.

Las Prestaciones Económicas Sociales

Con la nueva Ley disminuyeron las cuotas al IMSS de los trabajadores y de los patrones, aumentando significativamente las del Gobierno Federal. Mientras que con el anterior esquema las aportaciones federales eran del 4 por ciento del monto total de todos los seguros, con las modificaciones a la Ley, el porcentaje se elevó a 39 por ciento, por su parte, los trabajadores redujeron sus contribuciones de 20 a 9 por ciento y las empresas de 76 a 52 por ciento.

Del total de los recursos canalizados por el Gobierno Federal al IMSS y a las cuentas individuales de los trabajadores, alrededor de 62 por ciento se destina al esquema de prestaciones en dinero, que incluye la nómina de pensiones en curso de pago, correspondiente a las pensiones de los trabajadores jubilados bajo la Ley anterior, así como las aportaciones al sistema de cuentas individuales a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES),^{1/} relacionadas a las futuras pensiones de los trabajadores en activo bajo la nueva Ley, el 38 por ciento restante se destina a cubrir las obligaciones legales para los otros seguros, principalmente el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), la nueva Ley modificó la composición de las cuotas tripartitas del Seguro de Enfermedades y Maternidad, a partir de julio de 1997 la participación gubernamental se elevó de 5 por ciento aproximadamente a 33 por ciento, al tiempo que los trabajadores disminuyeron sus aportaciones de 25 por ciento aproximadamente a 8 por ciento y las empresas de 70 por ciento aproximadamente a 59 por ciento.

Durante este periodo las cuotas y aportaciones tripartitas para todos los ramos, sin incluir la cuota social, ascendieron a un monto global de 165,080.2 millones de pesos, que representa un 7.5 por ciento real más respecto al período anterior (137,209.3 millones de pesos), de los cuales el sector patronal participó con el

^{1/} La información sobre las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y de las Sociedades de Inversión Especializadas de Fondos para el Retiro (SIEFORES) se presenta en el apartado 5.1.1 Ahorro y seguridad social. Los porcentajes a que se refiere este párrafo se derivan de un gasto de 70,035 millones de pesos, compuestos de 29,069 millones para

56.5 por ciento (93,270.9 millones de pesos), 5.8 por ciento más en términos reales respecto al periodo anterior; el sector laboral con 10.6 por ciento (17,442.1 millones de pesos), 5.7 por ciento superior con relación al lapso previo y el Gobierno Federal con 32.9 por ciento (54,367.2 millones de pesos), superior en 11.2 por ciento real respecto al periodo anterior.

Dentro del nuevo esquema de aportaciones a la seguridad social, el Instituto destinó en el periodo de referencia 19.5 por ciento al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV); 45.2 por ciento al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM); 8.4 por ciento al Seguro de Invalidez y Vida (IV); 6.4 por ciento al Seguro de Riesgos de Trabajo (RT); 3.1 por ciento al Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (GYPS) y 17.4 por ciento a Pensiones en Curso de Pago.

A tres años de vigencia de la nueva Ley del Seguro Social, la afiliación al nuevo sistema de pensiones las expectativas y los recursos de los trabajadores lo que generan rendimientos muy por arriba de la inflación, lo cual les permite mejorar en forma sustancial sus ingresos para el retiro.^{2/}

Sin embargo de acuerdo a la ley, los trabajadores asegurados y en activo podrán optar por uno de los dos sistemas de pensiones: el vigente y el establecido en la nueva legislación, los nuevos trabajadores quedaran sujetos a esta última.

En esta forma los seguros sufren un cambio cualitativo, ya que pasan a ser de una responsabilidad social a una individual donde cada persona será responsable de la suficiencia de su propio retiro, rompiéndose con ello el concepto solidario de la seguridad social, hay que agregar que, el concepto llamado ahorro vital, presupone que cada individuo tiene clara conciencia de la necesidad de garantizarse una vejez digna, lo cual implica que debe estar al tanto de los cambios en el contexto socioeconómico, como son comportamiento del mercado,

pensiones en curso de pago, 14,153 millones para Ramo 19 y 26,813 millones de pesos para los ramos administrados directamente por el IMSS, principalmente Enfermedades y Maternidad.

tasas de interés y la inflación, además este esquema omite algunos aspectos fundamentales como son los ciclos económicos y la forma implícita que todos tendremos empleo y que éste será cuasi –vitalicio para poder recibir la pensión. Lo anterior, en un marco de desempleo creciente y fluctuaciones en el ingreso, vuelve por lo menos incierto el monto de la pensión a recibir.

En este nuevo esquema el Estado si bien por una parte se compromete a otorgar una pequeña aportación adicional para fortalecer la cuenta de cada uno de sus trabajadores, especialmente los de menor ingreso; como una forma de garantizar una pensión mínima como política tendiente a atenuar en cierta medida la crisis en materia de seguridad social; por otra parte, este esquema se presenta como uno de los principales ejes de formación al ahorro interno ya que garantiza el sector privado el manejo de un monto considerable de recursos, con ello concreta una estrategia que se espera conduzca a la formación de capital sujeto desde luego, a las leyes del mercado.

El nuevo sistema implicó dividir el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte en dos seguros: el de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y el de Invalidez y Vida, el primero se unificó con el anterior Sistema de Ahorro para el Retiro y es operado por las AFORES, mientras que el segundo se refiere al sistema de rentas vitalicias, el cual opera en la actualidad a través de las aseguradoras privadas.

Cada trabajador contará con una cuenta individual que podrá abrir en la Afore de su elección; en ella se depositarán las cuotas obrero – patronal – estatal y los rendimientos que genere, cada Afore operará una sociedad de inversión especializada de fondos para el retiro (Siefores) que será responsable de la inversión de los recursos de las cuentas individuales, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), será la responsable de la regulación

^{2/} Los rendimientos promedio de las SIEFORES, así como sus rendimientos de gestión (largo plazo), se encuentran entre 7 y 10 puntos porcentuales por arriba de la inflación.

del nuevo mercado, la cual está integrada en forma tripartita: gobierno, sector patronal y obrero.

**Instituciones que constituyeron Afores
y operan actualmente en el mercado**

<ul style="list-style-type: none">• Bancomer• Santander Mexicano• Profuturo GNP• ING• Banamex Aegon• Banorte Generali• Principal	<ul style="list-style-type: none">• Garante• Siglo XXI• Allianz Dresdner• Inbursa• Tepeyac• Zurich
--	---

Fuente: Consar informe diciembre 2000.

Al mes de agosto del 2000 se cuenta con 1'900,000 pensionados, de los cuales 1'822,484 corresponden a pensiones en curso de pago con cargo al Gobierno Federal y los 77,516 restantes son rentas vitalicias cuyo monto constitutivo se transfiere al Sector Asegurador Privado, de acuerdo al régimen de la Ley del Seguro Social de 1997, con relación al año anterior, se registró un incremento de 5.7 por ciento en el número de pensionados y el gasto ascendió a 40,248 millones de pesos, 22 por ciento superior en términos reales, para cubrir las indemnizaciones globales que sustituyen el pago recurrente de pensiones por incapacidad permanente parcial, se canalizaron 145 millones de pesos, con un incremento real de 3.3 por ciento respecto a agosto de 1999, en beneficio de 12,400 personas.

En el transcurso del año 2000, el IMSS protegió la incapacidad temporal para el trabajo derivada de los riesgos de trabajo, enfermedad general y maternidad, a través de la expedición de 8'422,182 certificados, de los cuales 60 por ciento, es decir, 5'086,998 cuyas incapacidades pasaron de los ocho meses produjeron subsidio, con un importe de 4,177 millones de pesos, lo que significa un incremento real de 2 por ciento respecto a lo erogado en el período precedente.

Con la entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social el 1º de julio de 1997, por primera vez se incorporaron los jornaleros agrícolas a la protección integral de la seguridad social, hasta antes de esta disposición de Ley, estaban afiliados al Seguro Social 61,500 jornaleros, lo que representaba tan sólo el 7 por ciento del total en el país, además de que únicamente tenían acceso al seguro de Enfermedades y Maternidad y a 50 por ciento de los subsidios del seguro de Riesgos de Trabajo, al mes de agosto del año 2000, se han incorporaron 809,604 trabajadores con sus respectivas familias y ya tienen acceso al esquema completo de prestaciones que otorga esta Institución.

Por otro lado, el *Seguro de Salud para la Familia* registro al mes de agosto del 2000 con 362,280 contratos, lo que implica haber rebasar en 3.5 por ciento la meta del Gobierno Federal de 350 mil contratos para fines del año 2000.

La Reorganización Administrativa

Desde 1995 se modificó la estructura orgánica del IMSS mediante la definición de cuatro diferentes niveles de operación: Central, Regional, Delegacional y la Unidad de Operación, la finalidad de esta estrategia fue adecuar la función administrativa a las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de los servicios, bajo el principio de autonomía de gestión, se dio inicio a un programa de desconcentración de procesos y facultades, cuyo eje fundamental fue la creación de siete Direcciones Regionales en torno a las cuales, se agruparon las 37 Delegaciones con base en criterios de capacidad de atención médica y otorgamiento de prestaciones económicas y sociales adecuados, eficiencia administrativa, logística regional y equilibrio en el número de usuarios entre las diferentes regiones.

Así las Direcciones Normativas del Nivel Central, tienen como principal objetivo, fungir como órganos de planeación, emisión de la normatividad y vigilancia de la operación; las Regionales supervisan, coordinan y controlan la operación regional; las Delegaciones dirigen programas, metas y recursos que a su vez operan las

Unidades Médicas, no Médicas y Subdelegaciones, la finalidad de estas estrategias fue hacer acorde la función administrativa con las necesidades y retos que se presentan para la eficiente prestación de servicios.

Dentro del área de hospitales, destaca la desconcentración de autoridad y capacidad de autogestión de los cuerpos de gobierno, la actualización de los indicadores del proceso de atención médica, la identificación de las necesidades de equipo y la adquisición en sus diversas modalidades de aprovisionamiento, la creación de las Unidades de Apoyo a la Operación en las unidades médicas desde el primer semestre de 1996, fue parte de las acciones para reforzar su capacidad de autogestión.

Asimismo, se integraron Unidades de Apoyo para servicios no médicos, cuyas acciones también estaban encaminadas a reforzar la autonomía y capacidad de gestión, así se reordenaron los servicios administrativos y financieros de las subdelegaciones, se desconcentraron las funciones de personal de contraloría, tesorería e informática a las unidades médicas y no médicas, es importante mencionar que la desconcentración operativa de las delegaciones hacia las unidades operativas, se realizó en congruencia con los programas prioritarios nacionales.

Esto evidencia la generación de mecanismos y procedimientos en el IMSS, a partir de unidades de organización con mayores facultades y mejores prácticas administrativas para cumplir su labor y resolver los problemas de forma más eficaz y expedita, es importante señalar que todas las acciones de modernización se han concebido para operar en un IMSS descentralizado y desconcentrado, por lo que desde el desarrollo mismo de los programas, éstos conllevan una base lógica, promotora de la autonomía de gestión y el pleno aprovechamiento de la capacidad resolutoria que otorga a las Direcciones Regionales, Delegaciones, Unidades Médicas y Subdelegaciones.

Como se mencionó, se ha puesto especial énfasis en el fortalecimiento del control interno por la importancia que significa manejar con transparencia y plena confiabilidad los recursos de alrededor de 14 millones de aportantes, para ello, se instrumentaron acciones entre las que destacan: las modificaciones al Reglamento de la Comisión de Vigilancia, que precisa sus facultades de supervisión de las inversiones de la Dirección de Finanzas; la elaboración y expedición por decreto presidencial del Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS; la creación de los Consejos Consultivos Regionales con participación tripartita; la regionalización de las actividades del auditor externo y la transformación del órgano interno de control desconcentrando su dependencia directamente a la SECODAM, funcionando así con plena autonomía en todos los niveles de operación, en este sentido, es importante mencionar que el IMSS fue la primera entidad que llevó a cabo dicha adecuación administrativa

Un aspecto a destacar es la eficacia del Instituto en la recaudación de las cuotas para todos los ramos de aseguramiento, incluyendo las cuotas, aportaciones y amortizaciones del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), así como el debido registro individual de los recursos, al nuevo Sistema Único de Autodeterminación de Cuotas Obrero Patronales, conocido como SUA y operado a partir del 1º de julio de 1997 ha permitido en promedio nacional, una recuperación de 97.7 por ciento y se espera llegar a 98.2 por ciento para finales del año 2000.

La Modernización Institucional, actualización tecnológica y el Plan Integral de Calidad

El número de unidades del Sistema Nacional de Guarderías del IMSS se incrementó de manera significativa a través del nuevo modelo Vecinal-Comunitario, el cual demostró tener una mayor viabilidad para el Instituto, al mes de agosto de 2000, el IMSS contaba con 935 unidades y atendiendo a más de 97 mil niños y niñas.

Por otra parte, se promovió la participación de la población derechohabiente en actividades educativas, culturales, deportivas, artísticas y recreativas orientadas al fomento y conservación de la salud, así como al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, la proyección de diciembre de 1994 a diciembre de 2000 indica una diferencia de 18'844,522 asistencias, que representan un incremento de 30.5 por ciento en estas actividades en dicho lapso.

Durante el periodo 1994-2000 a través de los cuatro Centros Vacacionales el IMSS atendió a un promedio anual de 1'531,414 usuarios, durante el periodo que cubre este Informe, dio atención a 1'854,607 vacacionistas, 21.1 por ciento más que en el año anterior, cabe señalar que en 1997 se puso en marcha el proyecto de modernización del Centro Vacacional IMSS Oaxtepec, que incluyó la concesión para la construcción y operación de un Parque Acuático considerado como el más grande y atractivo de América Latina, cuya operación sigue en manos de Instituto.

En cuanto a la infraestructura escénica utilizada para promover el desarrollo cultural, los teatros que antes operaba el IMSS, ahora son operados por empresas especializadas, mediante licitaciones abiertas convocadas junto con CONACULTA, cuyos fallos son emitidos en los términos de las convocatorias correspondientes por un comité integrado en su totalidad por destacadas personalidades de ese medio, designadas por la propia comunidad teatral, de esta manera, se sigue fomentando la cultura sin que represente una carga financiera inconveniente para el IMSS

Población derechohabiente

Entre diciembre de 1994 y agosto del 2000 el IMSS incrementó su población derechohabiente en aproximadamente 9.6 millones de personas, de las cuales 3.5 millones fueron asegurados permanentes y eventuales, 0.4 millones son pensionados y 5.7 millones corresponden a familiares de asegurados y pensionados, lo que represento incrementos de 30.6, 26.6 y 24.2 por ciento, respectivamente, respecto a 1994, al cierre del año 2000, la población

derechohabiente adscrita al régimen ordinario alcanzo 47.1 millones de personas, lo que significo un incremento de 28.9 por ciento, respecto a 1994.

Cuadro 4.1
Población derechohabiente del IMSS, 1994-2000

(Miles de personas)

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ^{e/}	Var. %	
								2000/94	2000/99
Total^{v/}	36,554	34,324	37,261	39,462	41,942	44,557	47,100	28.9	5.7
Asegurados permanentes									
Y eventuales	11,561	10,932	11,895	12,714	13,611	14,560	15,433	33.5	6.0
Familiares de asegurados	22,299	20,533	22,366	23,613	25,095	26,649	28,127	26.1	5.5
Pensionados	1,433	1,522	1,603	1,681	1,735	1,797	1,955	36.4	8.8
Familiares de pensionados	1,261	1,337	1,397	1,454	1,500	1,552	1,585	25.7	2.1

^{v/} Debido al redondeo de cifras la suma de los parciales puede no coincidir con el total.

^{e/} Cifras estimadas al mes de diciembre.

Fuente: IMSS.

Una de las principales estrategias del IMSS para elevar la calidad en la prestación de sus servicios es el **Plan Integral de Calidad**, que se aplica desde 1997 en ámbitos geográficos específicos de las diferentes delegaciones del sistema institucional, mediante la conformación de 37 equipos integrados por directivos del Instituto y representantes del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social; asimismo, se han formularon 37 planes en las delegaciones, con el fin de mejorar los procesos sustantivos de la institución, entre los que destacan los servicios de medicina familiar, consulta de especialidades, urgencias, cirugía y abasto de medicamentos.

Con ello se busco fortalecer los programas de atención medica integral, la finalidad fue poner en marcha la participación de liderazgos efectivos en cada unidad de trabajo, además de lo cual, como ya se menciono, este espacio recuperado revitaliza un modelo de atención institucional que viene de años atrás, mediante un esquema de regionalización con base en las zonas médicas.

Con este fin, el IMSS trabaja en la puesta en operación del Modelo Institucional de atención Integral a la Salud, para ello, el Instituto y su representación sindical trabajan en la elaboración de programas, sistemas y formas de operación que con la participación responsable de todos y la confianza en la capacidad de la Institución y su personal para enfrentar con éxito retos formidables, eventualmente habrán de resolver la problemática derivada del crecimiento constante de la derechohabencia.

En congruencia, los servicios de atención y orientación a los derechohabientes se emprendió un proceso de modernización de sus sistemas y método de investigación de las necesidades y de las expectativas de los usuarios, cuya fortaleza radica en la aportación de elementos útiles para dar respuesta oportuna a las legítimas exigencias de los usuarios y al mismo tiempo, de reaccionar ante los desafíos del futuro.

Por otra parte, en 1999 se instituyó el Premio IMSS de calidad como mecanismo para transformar la capacidad de gestión de las unidades operativas y desarrollar una cultura de calidad institucional, así como, para establecer una metodología basada en los valores, principios y los ocho criterios del premio nacional de calidad, a fin de evaluar los procesos de mejora generados y reconocer los esfuerzos y resultados de las diferentes unidades operativas.

El esfuerzo de calidad impulsado por el Instituto, permite asumir la queja como un valioso insumo para la mejora continua, por ello en el marco de la reorganización administrativa, se impulsa la desconcentración en la atención y la resolución de las quejas vinculadas con la presentación de servicios médicos, a la par del establecimiento de la red de comunicación y la modernización del equipo de computo para agilizar el tramite en la resolución, en 1994 realizaban esta función a nivel nacional 1 mil 040 personas con dos equipos de computo, un equipo por

cada 500 personas, actualmente laboran mil 380 empleados y se cuenta con un equipo por cada 2 personas.

En síntesis la reorganización administrativa tiene importantes logros que han disminuyen la distancia entre la ubicación de los problemas y su solución; reducir la intervención de múltiples instancias y niveles en diversas acciones; existe una definición clara de las responsabilidades de cada nivel; se desconcentra la gestión; el manejo de recursos se hace más eficaz y transparente y finalmente, como consecuencia de los anterior, se mejora la calidad y oportunidad de los servicios que presta el Instituto bajo un enfoque de atención integral a la salud de sus derechohabientes, totalmente independiente del nivel de sus aportaciones a la seguridad social.

Sin embargo a la fecha se están plantean nuevas reformas en donde el IMSS busca tener una mayor autonomía en el manejo de los recursos como la fiscalización de las cuotas, pero es importante tener siempre la firme la visión de que la seguridad social es un instrumento de justicia social que debe basarse en la universalidad, que debe ser disfrutado por todos los sectores.

4.3 La Nueva Reforma Complementaria 2001 del IMSS

Principales características y Adiciones de la Reforma

Bajo el nuevo paradigma de la seguridad social, la reforma de 1995 pretendió fortalecer la formación del ahorro interno y resolver el problema financiero del IMSS, referente a las pensiones de los afiliados actuales y futuros del apartado "A" del Art. 123 Constitucional, sin embargo, a siete años de la reforma se hace un diagnostico por parte de IMSS planteando el problema de la ineficiencia de reservas para el Régimen de Jubilados y Pensionados para los propios trabajadores del IMSS (RJP) y para los ramos de aseguramiento diferentes de las pensiones

Los principales objetivos anunciados por el gobierno federal se resumen en los siguientes puntos:

- El fortalecimiento del sistema financiero y presupuestario del IMSS,
- La permanencia de los Ramos de Aseguramiento,
- El Régimen Tripartita,
- El cumplimiento de las obligaciones y el pago de pensiones.

Los objetivos anteriores se ven reflejados en las siguientes adiciones a la ley del Seguro Social:

- a) Concepto de Patrimonio y Constitución de Reservas Técnicas,
- b) Fiscal,
- c) Presupuestario,
- d) Modernización Tecnológica,
- e) Administrativa y de Desarrollo de Recursos Humanos,
- f) Mejora de Pensiones.

a) El Concepto de Patrimonio y la Constitución de la Reservas Técnicas.

Anteriormente la Ley no especificaba entre el patrimonio del IMSS y las reservas del seguro; así como del Régimen de Jubilados y Pensionados (RJP), actualmente, se diferencia entre la pertenencia de los derechohabientes y sus trabajadores.

Antes de la Reforma, se consideraban como “recursos” todo activo del IMSS sin distinguir entre los que son del Instituto y de aquellos que pertenecen a los trabajadores y sus derechohabientes o bien, que son parte de la garantía de presentación de servicios futuros.

La iniciativa propuso dotar de mayor precisión a la administración de las reservas. estableciendo primero, la diferencia entre el concepto de **Patrimonio** y el de **Reservas**; y segundo, estableciendo en el texto de la ley la manera en que debe administrarse el régimen de reservas.

Se modificó:

Patrimonio: Bienes muebles e inmuebles y otros bienes y derechos destinados directamente a la prestación de servicios.

Reservas: Son las que garantizan el cumplimiento de los seguros que administra el IMSS y el RJP, por tanto, no se deben considerar parte del patrimonio, bienes muebles e inmuebles provenientes de dación o adjudicación en pago de cuotas obrero patronales.

Constitución de reservas.

De carácter técnico para los ramos de aseguramiento que administra el IMSS, son recursos dedicados al servicio y beneficio de los derechohabientes.

IV: Invalidez y vida.

EM: Enfermedades y Maternidad.

1. **GMA:** Gastos Médicos de Asegurados y Beneficiarios.
2. **GMP:** Gastos Médicos de Pensionados.

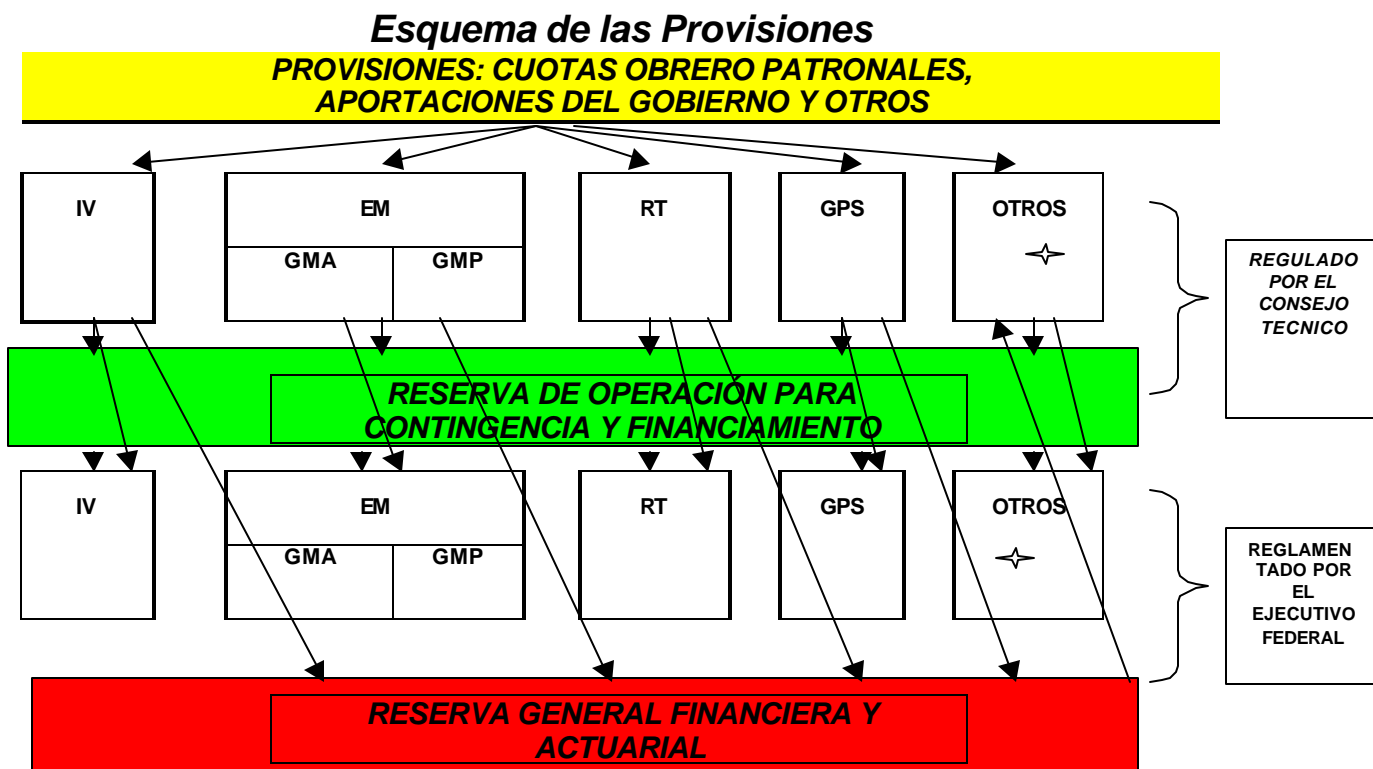
GPS: Guardería y prestaciones sociales

RT: Riesgos de Trabajo.

OTROS: Otras Coberturas.

Por cada ramo de aseguramiento, se propone constituir y diferenciar una reserva, en cuatro niveles, actualmente las cuotas obrero patronales, las aportaciones gubernamentales y otros ingresos, se constituirán de inmediato en provisiones que se dedicarán a financiar los gastos derivados de la administración de los ramos de seguro, lo cual se podrá disponer de las reservas para cumplir los fines previstos en la propia ley, cada tres meses, se realizarán aportaciones para su incremento o reconstitución.

En beneficio de la transparencia, probidad y certidumbre en el manejo de las reservas, se propuso la elaboración de un Programa anual de administración y constitución de reservas; así como, de una unidad administrativa especializada en la administración financiera de las reservas, (ver esquema).



TIPOS DE RESERVA:

- NIVEL I:** OPERATIVAS (FINANCIAN EL GASTO COTIDIANO)
- NIVEL II:** OPERACIÓN PARA CONTINGENCIAS Y FINANCIAMIENTO
- NIVEL III:** FINANCIERAS Y ACTUARIALES
- NIVEL IV:** GENERAL FINANCIERA Y ACTUARIAL.
- INCLUYE GASTOS DE SALUD PARA LA FAMILIA

b) Fiscal

El objetivo: es la definición y claridad en el texto de la ley, de todas las características de la singular naturaleza jurídica del IMSS:

- Organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios.

- Carácter tripartita: en su integración patrimonial y administrativa.
- Organismo fiscal autónomo.
- Definición de facultades recaudatorias.
- Régimen presupuestario autónomo.

Organismo Fiscal Autónomo

Desde 1944 el IMSS tiene carácter de organismo fiscal autónomo, sin embargo, con la reforma se da certidumbre sobre el régimen fiscal aplicable y sus facultades coactivas.

Se legisló con la finalidad de que el IMSS ejerza todas las atribuciones que implica su carácter de Organismo Fiscal Autónomo, definiendo su marco legal y vinculando los ingresos con los egresos, considerando su especificidad tripartita incorporando en un nuevo capítulo de la Ley, disposiciones congruentes con el Código Fiscal de la Federación y con otros 13 reglamentos.

Se reformó en lo fiscal para que el IMSS tuviera las siguientes facultades:

- Dar certidumbre a las características propias de la actividad del IMSS,
- Establecer en la Ley que el Instituto formule directamente las querellas,
- Tipificar cada uno de los actos u omisiones en que incurren los sujetos obligados y que entrañan una defraudación al organismo,
- Establecer las sanciones respectivas donde los delitos contemplados no sean calificados como graves y permitan la libertad bajo caución,
- Incluir un capítulo de infracciones por actos u omisiones en que incurren los sujetos obligados.

c) Dimensión Presupuestaria

Actualmente el régimen presupuestario del IMSS se regula conjuntamente con el ingreso y el gasto dado; en materia de gasto, la regulación operativa hace muy lento el ejercicio de los recursos ante el dinamismo de las necesidades de los derechohabientes, con las nuevas reglas el Congreso y el Ejecutivo Federal (la

SHCP) controlaran el flujo de efectivo del IMSS y obligan a la constitución de reservas.

Si bien se le otorga flexibilidad al control detallado del gasto del IMSS, se mantendrá la aplicación de la legislación de adquisiciones, obras y responsabilidades.

En lo referente a la rendición de cuentas se presentará al Congreso y al Ejecutivo Federal un informe a más tardar el 30 de junio de cada año, que incluya cuando menos:

1. Situación financiera de cada ramo de aseguramiento,
2. Posibles riesgos, contingencias y pasivos, y.
3. Capacidad financiera del IMSS.

La Dirección General del IMSS pondrá a consideración del Consejo Técnico, 45 días naturales antes del envío del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación al Congreso, un anteproyecto de Presupuesto de Ingreso y Egreso del IMSS, contando con la autorización del Consejo Técnico y la opinión favorable de la SHCP y se envía al Congreso de la Unión como parte del paquete financiero anual.

Consejo Técnico del IMSS: Propone Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos, incluyendo metas de reservas y aportaciones al Fondo Laboral.

SHCP: Aprueba metas de reservas y contribuciones al IMSS.

Consejo Técnico del IMSS Y SHCP: Adecua su presupuesto y lo remite a la SHCP, quien lo incorpora en el proyecto de Egresos de la Federación (**PEF**).

Congreso de la Unión: Aprueba Presupuesto del IMSS en la Ley de Ingresos y Proyecto de Egresos de la Federación (**PEF**).

Consejo Técnico del IMSS: Ejerce el presupuesto y practica evaluación trimestral.

SHCP: Vigila.

Consejo Técnico del IMSS: Ajusta gasto (alza/ baja) para cumplir con metas de reservas.

Durante el ejercicio, sólo la SHCP puede modificar las metas de reservas a la baja, y la SECODAM y la Auditoría Superior de la Federación ejercerán todas sus atribuciones de vigilancia en el IMSS.

d) Modernización Tecnológica

En lo que se refiere a la modernización tecnológica se dió la facultad al IMSS, de poder hacer uso de los medios electrónicos, digitales, magnéticos y tecnológicos para realizar acciones como las siguientes:

- Realizar las acciones de afiliación y cobranza vía Internet, medios magnéticos, electrónicos, digitales y de cualquier otra naturaleza,
- Certificar la vigencia de los derechos al proporcionar un medio único de identificación,
- Incorporar la firma electrónica, de carácter personal, confidencial e intransferible, con validez legal como firma autógrafa, garantizando un uso apropiado,
- Establecer el expediente clínico electrónico, certificable por el IMSS para efectos legales, garantizando un uso apropiado y con disposiciones de confidencialidad.

e) Administrativa y de Desarrollo de Recursos Humanos.

En lo referente a la reforma en la administración y desarrollo de los recursos humanos, se busca impulsar una cultura de responsabilidad, servicio y buen desempeño a través de las siguientes acciones:

- Regulación de la relación laboral con el personal de confianza mediante la Ley Federal del Trabajo, mediante las disposiciones del Reglamento Interior del IMSS y del Estatuto que al efecto emita el Consejo Técnico,
- Conformación de una estructura orgánica y ocupacional conforme a las necesidades del servicio, diseñando y estableciendo un sistema de compensación basado en mérito (Estatuto Especial aprobado por el Consejo Técnico).
- Flexibilidad de la estructura administrativa y su cobertura geográfica, estableciendo la estructura de organización interna en el Reglamento Interior emitido por el Ejecutivo Federal,
- En toda medida inherente a modificar la cobertura administrativa geográfica, se respetara la creación de órganos tripartitas, conforme a la estructura del IMSS.

f) Pensiones

En relación a las pensiones otorgadas con fundamentos en el Título Segundo, Capítulo V, Secciones terceras y cuarta de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de marzo de 1973 y el Título Segundo, Capítulo VI, Secciones segunda y tercera de la Ley del Seguro Social vigente, Se determino que se llevarán al cabo las siguientes acciones a través de un esquema de factores y modalidades.

- a) Los pensionados cuyo monto de pensión sea menor a un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, ésta se incrementará hasta igualar dicho salario mínimo,
- b) Los pensionados de 60 años o más, con pensión igual o mayor a un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, el monto de su pensión será el resultado de multiplicar la pensión que reciban al 31 de marzo del 2002, por el factor 1.1. para todas las viudas cuya pensión sea igual o menor a

1.5 salarios mínimos vigentes en el Distrito Federal, el monto de su pensión será el que resulte de multiplicar la pensión que reciban al 31 de marzo del 2002, por un factor de 1.1111. éste supuesto se aplicará a aquellas viudas con pensiones otorgadas hasta el inicio de vigencia del presente Decreto, que entra en vigor a partir del 1° de abril de 2002.

Las Acciones de la Reforma 2001

Con las Acciones de las Reformas 2001 del IMSS, se busca que los actores tengan los siguientes beneficios estableciendo mayor transparencia, certidumbre y certeza jurídica para el quehacer institucional y fortalecimiento del carácter público, tripartita y solidario del IMSS.

1. Los trabajadores y derechohabientes

- Un marco jurídico que contribuya a que el IMSS cuente progresivamente con reservas para los diferentes ramos de aseguramiento y que éstas sean manejadas de manera profesional y transparente,
- Acceso oportuno a los servicios del Instituto en cualquier parte del país, ya que se sientan las bases para contar con un documento único de identificación que aunado a una base actualizada de datos, permitirá en el futuro una ágil certificación de vigencia de derechos,
- Agilidad en su atención médica con la creación en los próximos años, del expediente clínico electrónico,
- La posibilidad de que, en caso de ser necesario se les pueda atender en otras instituciones públicas de salud y de seguridad social, con ellos se aprovecharán mejor los recursos públicos y se evitarán traslados y otras molestias para los derechohabientes,

- Que los niños bajo la custodia o patria protestad de un trabajador varón puedan disfrutar de los servicios de guardería,
- Pensiones y subsidios más acordes al ingreso real de cada quien,
- La posibilidad de que se amplíe el plazo de cobertura de servicios médicos para los trabajadores que hayan perdido su empleo, por el tiempo que determine el Gobierno Federal quien en su caso aportará los recursos económicos que se requieran para ello,
- Las bases jurídicas para un servicio más oportuno y de mayor calidad gracias a una mejor captación de recursos y a una administración más moderna, ágil y eficiente.

2. Los pensionados y jubilados

- Un incremento de 10 por ciento para todos los pensionados por cesantía o vejez; esto es con 60 años o más de edad,
- Que ningún pensionado por cesantía o vejez reciba menos del equivalente a un salario mínimo vigente en el Distrito Federal,
- Que a las viudas con pensión de hasta 1.5 salarios mínimos se les incremente su percepción del 90 al 100 por ciento de la pensión que gozaba el asegurado,
- El reconocimiento de su calidad de pensionados a los ferrocarrileros jubilados antes de 1982, a los cuales se les garantiza el pago de su pensión,
- Que todas las pensiones se actualicen en lo sucesivo conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.

3. Los patrones

- Un programa de regularización de sus adeudos de carácter general,

- Mayores facilidades de pago: plazos de hasta 48 meses; diferimiento de pago para los patrones cumplidos con problemas temporales de liquidez y simplificación de trámites con el IMSS,
- Disminución del rango mínimo del porcentaje sobre el que se calculan las multas,
- Una mayor certeza jurídica y procesal al precisarse sus derechos y la forma de ejercerlos, se elimina además la discrecionalidad en atribuciones fiscales de los servicios públicos del Instituto,
- El establecimiento de proporcionalidad y diferencia entre infracciones administrativas y delitos fiscales,
- Reducción de costos de administración y trámite al tener a su alcance medios modernos para la afiliación, determinación de cuotas y entero de las mismas,
- Facilidades para el pago de las cuotas mediante transferencias electrónicas, portal IMSS, portales bancarios y cargo automático en cuenta,
- Cuotas más equitativas del Seguro de Riesgos del Trabajo para las empresas que acrediten una disminución de sus siniestros.

4. Los trabajadores del IMSS

- La integración de manera clara y con certeza jurídica de un fondo para el cumplimiento de las obligaciones legales, laborales y contractuales del Instituto para con ellos,
- Mejores condiciones para el desarrollo de su trabajo al fortalecerse gradualmente la recaudación, modernizarse la administración y agilizarse la operación del IMSS.

5. La sociedad

- La ventaja de contar con una Institución que progresivamente fortalezca su situación financiera y que por lo tanto contribuya a la estabilidad macroeconómica del país,
- La seguridad jurídica de que seguirá contando con el auxilio del IMSS en situaciones de contingencia o catástrofe,
- Certeza jurídica para que aun no siendo derechohabiente, pueda acceder a las instalaciones deportivas, recreativas y culturales del IMSS,
- Mayor confianza de que las aportaciones a la seguridad social serán utilizadas con plena transparencia.
- El compromiso de que el IMSS presentará a partir del 2002, estudios al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión para determinar posibles modificaciones a la legislación a fin de mejorar la Seguridad Social,
- El fortalecimiento de la rendición de cuentas al obligarse el Instituto a presentar cada año al Congreso de la Unión información completa y detallada de su situación financiera, revelando con toda transparencia sus pasivos y obligaciones contingentes, permitiendo una actualización anual en función de la dinámica demográfica y epidemiológica, a fin de conocer posibles dificultades, evaluar las alternativas de solución y servir de base para la toma de decisiones por parte del Congreso de la Unión y del Ejecutivo Federal,
- Se fortalecen también los principios de disciplina presupuestal, productividad, austeridad y transparencia en el gasto, el Instituto publicará para conocimiento de toda la sociedad, entre otros aspectos: los montos de sus reservas, inversiones y todos sus pasivos; el régimen de remuneraciones y prestaciones al personal, incluyendo el número de plazas y su costo,

- La certeza de que seguirá contando con la principal institución de salud y seguridad social del país, redistribuidora del ingreso y factor fundamental para el mantenimiento de la paz social.

6. El IMSS

- Su definición clara y precisa como Organismo Fiscal Autónomo.
- Flexibilidad presupuestaria en su operación, mayor capacidad de respuesta y mejores condiciones para cumplir con sus obligaciones ante los derechohabientes y los patrones al fortalecer, entre otras medidas, las atribuciones de su Consejo Técnico,
- La modernización de sus procesos administrativos, clínicos y de desarrollo de recursos humanos,
- Mayor precisión, transparencia y seguridad en la administración de sus reservas,
- Su fortalecimiento como organismo público, tripartita y socialmente solidario.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS:

Al término del presente trabajo nos encontramos que la seguridad social es un concepto tan amplio que desde el momento que el hombre tiene la suerte de nacer tendrá que ser sujeto a un sistema de seguridad social, el cual le otorgue los servicios de salud necesarios para su existencia.

Posteriormente, tendrá que hacer uso de las diferentes prestaciones sociales, para su pleno desarrollo, así como también de las prestaciones económicas para enfrentar las distintas acechanzas y riesgos que pudiera tener en el pleno gocé de su vida.

En el artículo 4° de la Constitución Mexicana se establece que todo individuo por el solo hecho de haber nacido en suelo mexicano le garantiza el derecho a la salud y el 123 de la Carta Magna dice que el trabajador tiene derecho a recibir a cambio de su trabajo un salario suficiente para obtener y proveer a su familia de alimento, casa digna, educación, ropa y recreo.

No obstante lo humano de nuestra Constitución, existen millones de mexicanos que no cuentan con los beneficios de los mandatos constitucionales, por lo cual es conveniente que la seguridad social tenga una revisión profunda en el carácter de justicia social, sin embargo no podemos pasar por alto que la seguridad social ha tenido periodos de desarrollo y crecimiento que han cumplido con los objetivos, fijados en su oportunidad mismos que han sido rebasados y que aun existen deficiencias que muestran insuficiencia y lagunas en diferentes aspectos como la administración, la fiscalización y la autonomía de las instituciones.

Los conceptos desarrollados en el primer capítulo de este trabajo, reafirma que el origen de la seguridad social se ubica desde el mismo momento que el hombre reconoce la necesidad de integrarse con otros, procurando en el desarrollo de las primeras comunidades, proveerse de manera rudimentaria, apoyo mutuo, solidarizándose en la búsqueda de alimentación; seguridad y la consolidación en

diversos aspectos que le permitan mecanismos de seguridad y asistencia, por lo cual busca siempre constituir clanes, tribus y familias para llegar a una sociedad organizada como es el Estado, base y principio de la solidaridad de la cual emana la Seguridad Social.

A partir del tránsito histórico que se vive en Europa a lo largo del siglo XIX, surgen los primeros estados, siendo Alemania el precursor de los primeros programas de seguridad social, trascendiendo en su aplicación en otros países como el Reino Unido y logrando incorporarse a otros países.

En esta dinámica, México recoge estas experiencias que muestran el espíritu de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, que no logra aterrizar en un corto plazo dadas las condiciones de parálisis económica que se enfrenta como resultado de la lucha armada que concluye a principio de los años veinte.

Sin embargo inicia un proceso mediante el cual se da como resultado un pacto político que aglutina a los diversos sectores del país; a través de sus líderes, sindicatos, empresarios, industriales, inversionistas y el ejército. Quedan lugar al surgimiento de un partido político que los incorpora, permitiendo transitar en forma acelerada y firme a la consolidación de un Estado de Derecho.

En el plano internacional como ya se hizo referencia; es a partir de la segunda guerra mundial, que deja al descubierto los niveles de miseria en los que viven millones de seres humanos y es entonces cuando se toman medidas para analizar los Sistemas de Seguridad Social, que dan lugar a las bases y principios emanados de la Convención de Beveridge en 1941, que sustentan gran parte de los sistemas actuales de seguridad social.

Bajo esta óptica, conceptualizar la seguridad social como un derecho Humano resulta inaudible, de tal grado que la Declaración Universal de Derechos Humanos

lo incorpore en su Artículo 22; así como, el Protocolo de San Salvador; el Informe Beveridge y los preceptos que la Organización Internacional del Trabajo que enarbolan desde 1919, en donde se plasman en diversos convenios, recomendaciones que consolidan y dan lugar a la incorporación de nuevas modificaciones a favor de la solidaridad de la seguridad social.

Por ultimo se abordan principios y normas internacionales; sus objetivos; la responsabilidad del estado; su carácter equitativo y colectivo; la igualdad; la solidaridad y el trato a trabajadores emigrantes en este campo sin omitir su conceptualización en el desarrollo económico.

Como parte sustantiva en el segundo capitulo, se estimo prudente abordar los antecedentes de la seguridad social en México y la consolidación de los programas de seguridad en el país, que son seriamente obstaculizados por el proceso económico o político que se ha dado; de ahí que se describan los avances obtenidos en cada época, en particular en lo que respecta al Marco legal que sustenta la actuación de los poderes Legislativo y Ejecutivo.

Es por ello que resulta importante detallar la evolución observada a partir de 1917, con la promulgación de la Carta Magna y los articulados que dan sustento a la Ley de Seguridad Social de 1938 y 1942; las modificaciones en 1959, 1963 y 1973; que son fundamentales para crear al IMSS y al ISSSTE que son las instituciones más representativas de la seguridad social en México.

Así mismo se enuncia la importancia de artículos constitucionales como el 25 que tiene un impacto directo en las políticas gubernamentales en materia de la planeación, conducción y coordinación en el desarrollo económico de la Nación.

Para interpretar los avances organizacionales de la seguridad social; se presenta en forma clara la estructura del sistema en sus tres grandes rubros: Salud,

Seguro Social y Vivienda, los cuales son los activos del país que sirven para atender la creciente demanda de servicios.

También se muestra como está estructurado el Estado en sus diversos componentes encargados de brindar salud y seguridad social como son: DIF, SSA, ISSSTE, IMSS, SEDESOL, SM, SEDENA y PEMEX, en sus diversos ámbitos de competencia y atención; así como una breve descripción de las estructuras de organización interna; niveles de mando; ramos de seguro; prestaciones sociales y prestaciones económicas de las instituciones más grandes de seguridad social en México.

No se puede evitar en este mismo sentido una breve reseña de la sucesión de las políticas de Seguridad Social dentro de los modelos económicos que han prevalecido en el país que han influido en sus avances y retrocesos, sobre todo en los últimos gobiernos que se ven plenamente cuestionados a partir de la aparición de crisis recientes que han impactado los programas sociales severamente.

Más adelante el capítulo tercero muestra contenidos que se dirigen a cuestionar la racionalidad económica en la seguridad social y la salud en particular los que representan la productividad y el potencial del país en su conjunto.

Soslayándose que en los últimos 20 años la economía Mexicana transita en una severa crisis estructural, con los ajustes en la aplicación de los paquetes económicos que lejos de resolver la han profundizado y los saldos arrojados, propician una creciente desigualdad en la población; determinándose los niveles de vida y la prestación de los servicios sociales que brinda el gobierno a través de las instituciones.

Confirmándose que la contracción del crecimiento económico repercute en las instituciones de seguridad social ostensiblemente estimándose prudente observar el comportamiento en el gasto social en el país en los últimos años.

Los compromisos formulados por el gobierno federal en el periodo 1995-2000 y la ausencia de coordinación en algunos programas comprendidos. No obstante en ello se enuncian los programas emprendidos; como es el de la ampliación de cobertura (PAC); de educación, salud y alimentación (PROGRESA); de cirugía extramuros y de atención de zonas indígenas (PAZI) y la aplicación del paquete básico de salud (PABS) que han logrado resultados muy alentadores que coadyuvan a mejorar la calidad de la salud en México, que refieren los componentes del Sistema Nacional de Salud; los esfuerzos del gobierno por ampliar la cobertura de servicios; destacándose que entre 1994 a 2000, se construyeron tres mil ochocientos ochenta y cinco unidades medicas; que en numero de consultas a la población derechohabiente se incrementara 25.8 por ciento y el de la abierta a 82.3 por ciento.

Adicionalmente se aplica desde 1999 el programa de certificación de unidades hospitalarias que coadyuvan a la especialización medica; se creo la CONAMED; se aplico una nueva estrategia en la descentralización en los servicios de salud que genero condiciones de simplificación y atención directa en problemas locales.

Por ultimo se estimo prudente bosquejar la cuantía de los recursos públicos que se han destinado en este rubro, su impacto en el PIB y el gasto programable en la materia en el periodo de 1994-2000 y el panorama de atención previsto para los años.

Incluyéndose una radiografía del IMSS su inspección dentro del Sistema de Seguridad Social, la evolución que presenta y las últimas reformas que permiten precisar conceptos nuevos sobre los fondos de activo, las modificaciones que se dan en el nuevo esquema de aportaciones, la división de las ramas y su aplicación actual, el universo de pensionados y los beneficios alcanzados; sin dejar de lado la profunda reorganización administrativa que se impulsa; su modernización y actualización tecnológica, que refleja el crecimiento de la población

derechohabiente en el periodo; agregándose un resumen de las principales características y adhesiones a la reforma complementaria del 2001, que aun se encuentran en proceso de aplicación y de cuestionamientos.

Por tal motivo la seguridad social debe ser dinámica y con posibilidad de dar respuesta a la realidad nacional, por ello las reformas no deben estar constituidas por un momento en el tiempo que modifiquen la legislación y después de la cual todo queda solucionado supuestamente, se requiere establecer un proceso de revisión permanente en el que se observen los desvíos ya sea en materia económica, social, política o demográfica en donde se realicen observaciones que planteen los ajustes, correcciones o cambios innovadores, según sean las necesidades para el óptimo desarrollo de la seguridad social.

Este proceso continuo tiene que estar basado en una estrategia diseñada con miras a conseguir los objetivos que serán entre otros, los siguientes:

- **Extensión de cobertura a la mayoría de la población.** Los convenios de la OIT prevén que las personas protegidas deberán comprender a todos los asalariados, al 75% de la Población Económicamente Activa o a todos los residentes. Por otra parte las regulaciones jurídicas nacionales consagran el derecho a la seguridad para todos los ciudadanos lo que sin duda constituye una obligación a cumplir no sólo por razones éticas – políticas.
- **Otorgar prestaciones que respondan a las necesidades del trabajador y su familia** en caso de necesidad de sustituir sus ingresos por invalidez, vejez o muerte o hacer frente a gastos extraordinarios con motivo de crianza de hijos o enfermedades. Los Convenios de la OIT establecen que los pagos anteriores, serán revisados como consecuencia de variaciones notables en el nivel general de ganancias o del costo de la vida. Esta norma es la que justifica las propuestas de diseñar un nivel básico de cobertura que al menos llegue a estos porcentajes.

- **Contar con un régimen económico-financiero con equilibrio permanente**, que no afecte negativamente a la economía nacional ni a las unidades productivas. La importancia de una rigurosa administración financiera es indiscutible. Desde la creación de los primeros regímenes de jubilaciones y pensiones, así como a lo largo de su desarrollo, la OIT insistió permanentemente en la importancia del rigor administrativo y financiero, pero no siempre fue escuchada. La acumulación de fondos colectivos de pensiones en los primeros años de funcionamiento, generó la tentación de su uso directo para otros fines a la afectación para otros regímenes de seguridad social, distorsionando la estructura de las prestaciones. La seguridad social moderna tiene que lograr la meta de equilibrio sin distorsiones, tiene que tener efectos positivos o al menos neutros sobre el ahorro, la inversión y el consumo, también corresponde revisar el peso de la carga social sobre la nómina de salarios, si es soportable por las empresas y si afecta o no la creación del empleo, el uso intensivo de mano de obra o la incorporación de tecnología y automatización.
- **Adaptar los regímenes vigentes a las condiciones cambiantes de la vida en sociedad** y muy especialmente utilizarlos como herramientas para lograr metas de cohesión y desarrollo social, en una región donde la integración social y el desarrollo sostenido son un imperativo, se reconoce la importancia de considerar estos cambios en los estilos de vida y en las conductas tradicionales. Asimismo, dentro de estos cambios se destaca la reducción del apoyo familiar con que pueden contar las personas de edad, por la diferentes situaciones de la mujer en la vida profesional que entre otros factores, obligan a contar con regímenes de protección social que “atiendan” sus problemas que no son solamente monetarios, poco hay que agregar sobre la necesidad de instrumentos que tengan efectos positivos sobre la pobreza y la exclusión social y sin duda la seguridad social puede

ser uno o más que no puede dejarse de lado por razones ideológicas aunque las mismas sean muy atendibles.

- **Adoptar los regímenes de jubilaciones y pensiones al mercado de trabajo**, sus métodos de contratación, relaciones laborales, condiciones de trabajo y remuneraciones. El cambiante mercado de trabajo con los fenómenos de tercerización, movilidad, flexibilidad, modalidades de trabajo a tiempo parcial, a domicilio, entre otros fenómenos, obliga a adaptar los regímenes de jubilaciones y pensiones, agregando además las medidas transitorias que podrían adoptarse para atender el proceso de reconversión que forma parte del modelo económico en vigencia en su larga transición. Se puede esperar que gran parte de los afiliados experimenten, durante su vida, períodos de desempleo, entre un puesto de trabajo y otro en los que gozarán de prestaciones de desempleo y a la vez se beneficiarán de capacitación o se trasladarán al mercado no estructurado.
- **Efectuar los cambios en la función del Estado** que se está redefiniendo, con atribuciones, obligaciones y recursos totalmente diferentes que en el pasado y en general con menor tamaño, la llamada modernización ha traído discusiones y muchas veces confusiones al comparar “Mercado” que se relaciona con la manera de organizar la producción y distribución de bienes y servicios, con el “Estado” que es una organización institucional, donde se desarrolla la actividad económica, junto con la actividad política, social y cultural. Son distintos aunque muchas veces se invaden recíprocamente sus terrenos y de lo que se trata es de encontrar los mejores niveles de complementación en cada momento y etapa del desarrollo económico – social.
- **Asumir el desafío que presenta la transición demográfica nacional**, con mayor impacto en algunos países que en otros, pero avizorándose claramente en el futuro de la región, este desafío, que debe asumirse como

una realidad y no como un problema, no sólo tiene relación con el equilibrio demográfico y su proyección al futuro, variable con incidencia siempre directa, ya sea con regímenes colectivos o individuales, sino que se relaciona con la situación del mercado de trabajo y el empleo que condicionan reformas en las edades de retiro de la fuerza laboral. Otro fenómeno a analizar es el de la “metodología para el pase a retiro”, obligatorio o con opciones obligatorias y voluntarias, con reducciones y estímulos actuariales, o sin ellos, bruscamente o en forma progresiva, con preparación previa o sin apoyo, con programas para la integración de los ancianos en lo social o sin ellos, estos administrados y financiados dentro de los regímenes de prestaciones sociales o como asistencia del Estado.

- **Lograr niveles de eficiencia compatibles con las aspiraciones y necesidades de los afiliados** y concretar respuestas integrales y oportunas a las necesidades cubiertas, la eficiencia tiene que buscarse en tres elementos centrales como son la participación de los interesados, la viabilidad financiera, económica y actuarial de corto, mediano y largo plazo y la descentralización. La seguridad social y en particular los regímenes de jubilación y pensiones, tiene que fortalecer las entidades de la comunidad que pueden constituirse en el mejor punto de apoyo para llegar con las prestaciones y muchas veces complementarlas, es decir, tienen que jugar un papel fundamental en el proceso de afiliación a los regímenes (más aún cuando la capacidad contributiva de los ciudadanos tiene que ser complementada con fondos de diferentes origen) y en otra función tan importante como la del acceso a la cobertura, facilitando la entrega de prestaciones y apoyando estrategias institucionales para que las mismas cumplan su objetivo con el menor costo posible.
- **Vincular y armonizar las reformas de los regímenes de jubilación y pensiones a las reformas de otros regímenes.** como el de salud, riesgos del trabajo, desempleo y asignaciones familiares, es evidente que no

pueden plantearse soluciones a los riesgos de vejez, invalidez y muerte, sin mirar al hombre y a la familia como el centro del problema., es fundamental considerar integralmente, sus requerimiento económicos o de sustitución de ingresos, así como aquellos requerimientos de carácter diferentes como por ejemplo: las necesidades sociales de la personas de edad, su integración, en la sociedad, el uso de su tiempo libre, la atención de su salud y las acciones de bienestar no sólo en edades cercanas al momento del retiro, sino en los más ancianos o de mayor edad que constituyen un contingente que adquiere mayor importancia y magnitud en el proceso de transición demográfica, es decir, en las reformas de los regímenes de jubilaciones y pensiones no puede dejar de revisarse la relación de éstas con los programas de los demás regímenes de prestaciones sociales, los que tendrán incidencia en la eficacia y en los costos globales.

Todo lo anterior son algunos de los principales objetivos que se deben considerar antes de aplicar las reformas a los sistemas de seguridad social, sin embargo la concepción que se tiene de la seguridad social es de un sistema de pensiones y no de justicia social, mas allá de los impactos que tiene dentro del desarrollo económico, político, social, demográfico y cultural de los seres humanos y las Naciones.

BIBLIOGRAFIA:

1. Álvarez Amezquita, J., *Historia de la Salubridad*, desde 1910 hasta 1960, Tomo 11 México: Secretaria de Salubridad y Asistencia.
2. Ayala Espino José Luis. *Estado y Desarrollo*, la Formación de la Economía Mixta Mexicana (1920-1982) México, Fondo de Cultura Económica, Secretaria de Energía, Minas e Industria Paraestatales.
3. Ayala Espino José, *Economía Publica*, Una Guía para Aprender al Estado, Facultad de Economía UNAM. México 1997.
4. Ayala, José y José Blanco (1981), "El Nuevo Estado y la Expansión de la Manufacturas: México, 1877-1930 "Rolando Cordera (compilación), Desarrollo de la Crisis de la Economía. (1920-1982) México, Fondo de Cultura Económica.
5. Dr. Ignacio Morones Prieto, *Tesis Mexicanas de la Seguridad Social Mexicana*, México IMSS, 1970 pp. 23-28.
6. Eibenschutz, Catalina y otros (1990), *Política Sanitaria Mexicana en los Ochenta*, Fin de Siglo Editores-CES, México.
7. Fernando Clavijo, (compilador) *Reformas Económicas en México (1982-1999)*, México, Fondo de Cultura Económica, (El Trimestre Económico Num. 92).
8. Frenk, J, (1993) *Desigualdad, Pobreza y Salud en México*, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad.
9. Frenk, J, (1997) *Reformar sin Deformar: La Necesidad de una Visión Integral en la Transformación del Sistema de Salud Mexicano*, J, Frenk (compilación), Observatorio de la Salud: Necesidades, Servicios Políticas, México: Fundación Mexicana para la Salud.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social (1995), *Diagnostico*, marzo México: IMSS.

11. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999, *Informe de Gestión*, México: IMSS.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2000, *Informe de Gestión* México: IMSS.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social, *Lineamientos Estratégicos 1996-2000*, México: IMSS.
14. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno N° 15 INEGI, México, 1999.
15. Jesús Maria Refingo. *La Seguridad Social en Colombia*. Segunda Edición. Editorial Temis. Bogotá 1992.
16. Martinez , Gabriel. Determinantes de la Participación en la Seguridad Social y el Impacto de la Seguridad Sobre el Gasto en Servicios Médicos, 1994.
17. La Salud y Seguridad Social En América Latina, Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1990, pp. 135-153.
18. Stiglitz Joseph. La Economía del Sector Público.- Antoni Bosh. – Edición. España 1994 – Capítulo 3
19. Salud y Seguridad Social Retos y Propuestas, Fundación Mexicana Siglo XXI, Luis Donald Colosio, México.
20. Laurell Asa Cristina, *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social, Como Garantizar y Ampliar tus Conquistas Históricas*, Planeta Mexicana, México 2001.
21. Leonardo Lomeli, Vanegas, *Tesis La Economía de la Seguridad Social en México. Antecedentes y Reforma de los Sistemas de Seguro Social y Salud Publica*, UNAM, México 1997, PP.83-85.

22. Ma. Luisa Mussot L. *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social (Coordinadora)*, Universidad Autónoma de Xochimilco y Fundación Friedrich Ebert, México, 1º Edición, 1996.
23. Mesa Lago, Carmelo, *La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud: Experiencias y Lecciones Latinoamericanas*, México: Fondo de Cultura Económica, (lecturas del Trimestre Económico Num.58).
24. Mexicano esta es tu Constitución. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión, Instituto de Investigaciones Legislativas, Octava Edición, Edit. Miguel Ángel Porrúa. México 2001.
25. Narro Robles, J., *La Seguridad Social en México en los Albores del Siglo XXI*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994, pp. 59.
26. Poder Ejecutivo Federal , 1994 a 2000 Informe de Gobierno. Anexo Estadístico, México: Poder Ejecutivo Federal.
27. Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo _1994 México.
28. Ramírez, López Berenice (Coordinadora), *La Seguridad Social, Reforma y Retos*, Instituto de Investigaciones Económicas-UNAM-Triana, México 1999.
29. Salinas de Gortari, Carlos, *México Un Paso Difícil a la Modernidad*, Edit. Plaza & Janes, Barcelona España, 2000.
30. Saúl Osorio y Berenice Ramírez, *Seguridad o Inseguridad Social: Los Riesgos de la Reforma* IIEC-UNAM-Triana, México 1997.
31. Solís Soberón, Fernando y Alejandro Villagomez (1999) *La Seguridad Social en México*, Fondo de Cultura Económica (El Trimestre Económico Num. 88).
32. Soria, Víctor M *Crecimiento Económico y Desarrollo de la Seguridad Social en Brasil y México*. Profesor Investigador del Departamento de Economía, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

33. Un año por la Salud de México. Coordinación General, Mario Melgar Adalid, Porrúa-SSA., México, 2000.
34. Víctor Ruiz Naufal, *Constitución, Seguridad Social y Solidaridad*, Instituto Mexicano del Seguro Social.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

1. 26a. Reunión Conferencia Internacional del Trabajo. Primer punto de las recomendaciones. Filadelfia, USA 1944 y Convenio No. 102 de 1952).
2. Diario Oficial de la Federación 19 de enero de 1943.
3. Diario Oficial de la Federación 31 de Diciembre de 1959.
4. Nueva Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995, Capitulo VII.
5. Internet : <http://www.issste.gob.mx>
6. Internet : <http://www.oit.org>
7. Internet : <http://www.presidencia.gob.mx>
8. Internet : <http://www.imss.gob.mx>
9. Internet : <http://www.inegi.gob.mx>
10. Internet : <http://www.cepal.org>

11. Internet: <http://www.redsegsoc.org.uy>

12. Internet : <http://www.ssa.gob.mx>

13. Internet: <http://www.unam.mx>

14. Internet: <http://www.presidencia.gob.mx>

15. Internet: <http://www.Google.com>