

63 *Cajal*



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ECONOMIA**

**LA SEGURIDAD SOCIAL  
ESTUDIO COMPARATIVO SEXENAL  
1952-1976.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ECONOMIA  
P R E S E N T A  
JOSE LUCIO D. GUTIERREZ TOVAR

**MEXICO, D. F.**

**1981**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Indice.

	Página.
Introducción.	1
I Concepto de Seguridad Social.	3
II Incidencia de la Seguridad Social.	10
III La Seguridad Social y su Relación con los Niveles de Vida.	16
IV Influencia de la Seguridad Social en la Distribución del Ingreso.	21
V Sexenio 1952-1958.	
Población total y económicamente activa.	27
Población asegurada.	28
Ingresos y egresos.	29
Servicios médicos.	30
Prestaciones.	31
Construcciones.	31
Médicos en servicio.	32
VI Sexenio 1958-1964.	
Población total y económicamente activa.	40
Población asegurada.	41
Ingresos y egresos.	43
Servicios médicos.	43
Prestaciones.	45
Construcciones.	45
Médicos en servicio.	46
VII Sexenio 1964-1970.	
Población total y económicamente activa.	56
Población asegurada.	56

	Página.
Ingresos y egresos.	57
Servicios médicos.	58
Prestaciones.	58
Construcciones.	59
Médicos en servicio.	59
VIII Sexenio 1970-1976.	
Población total y económicamente activa.	67
Población asegurada.	67
Ingresos y egresos.	68
Servicios médicos.	69
Prestaciones.	69
Construcciones.	69
Médicos en servicio.	70
Conclusiones.	78
Recomendaciones.	80
Bibliografía.	82

## Introducción.

Los programas de Política Social nacieron del deseo de la sociedad de conservar a sus miembros dentro de condiciones humanas, preservándolos de la enfermedad, la ignorancia y la insalubridad.

La Seguridad Social tiende a mejorar las condiciones de vida de los sectores mayoritarios que reciben ingresos insuficientes -- para su previsión personal; proporcionándoles servicio o ingresos complementarios en forma de prestaciones.

La población es la principal riqueza de las naciones, por lo tanto hay que evitar su desgaste y destrucción. El Estado procederá por todos los medios posibles para destruir o debilitar el círculo de la pobreza y de la enfermedad; pues si los hombres son pobres, estarán mas propensos a enfermarse y si se enferman serán -- mas pobres.

La salud es un bien económico, primordial e imprescindible en el proceso de producción, ya que permite al hombre desarrollar todas sus facultades físicas y mentales promoviendo una mayor productividad; no se establece comparación entre la eficiencia del -- obrero sano con el rendimiento del trabajador enfermo o agobiado -- por la inseguridad que le crea la incertidumbre en el futuro de él y de su familia.

Las elevadas tasas de crecimiento demográfico y la constante concentración del ingreso, comunes en las áreas subdesarrolladas, ocasionan que las clases mayoritarias se empobrezcan sistemática--

mente, haciendolas vulnerables a las enfermedades, lo cual las incapacita, haciendo disminuir su eficiencia productiva.

El objetivo final de la Seguridad Social es el de mejorar el nivel de vida de la clase trabajadora, por medio de una redistribución en el ingreso; tal es el resultado que se genera por la forma de financiamiento tripartita en el cual los tres sectores promotores, Estado, Empresa y Trabajador, aportan de acuerdo con sus posibilidades.

## Capitulo 1.

### Concepto de Seguridad Social.

La Temática de la seguridad social ha sido interpretada por los especialistas de la materia de diversas maneras, presentando en el campo del estudio, definiciones en las que se encuentran puntos homogéneos, así como heterogéneos predominando como es natural, los primeros. Estos mismos, según la forma como conceptúan el tema los autores, pueden ser vistos de acuerdo a las siguientes consideraciones: de una política social; de aspectos legales; o bien desde un punto de vista económico. Todas estas consideraciones se hacen quizá, con un tanto de elasticidad, y desde luego, sin menoscabo alguno de la estrecha correlación existente entre los mismos.

El Profesor e Ingeniero, Miguel García Cruz I/, cita la definición que sobre seguridad social expone el profesor Emilio Schöenbaum, quien dice "...es una parte de la política social que se dirige a la protección contra las consecuencias económicas sociales y de salud de fenómenos más o menos casuales que no pueden ser cubiertos por los ingresos regulares dentro del presupuesto ordinario de un trabajador o de todo ciudadano, fenómeno que, con base en los datos de la estadística, pueden ser valuados para una colección

La Seguridad Social es Ciencia. 40 años de adelantos científicos. Inv. Econ. No. 94 UNAM. Pag. 237. 1964.

tividad amenazada por los riesgos, siempre que esa colectividad -- sea lo suficientemente numerosa y obligada por la ley ".

En la obra " Lineamientos de Derecho del Trabajo ", el profesor Mario L. Deveali 2/, menciona el pensamiento de Garcia Oviedo, en los términos siguientes: " en su sentido más amplio, la seguridad social es configurada como la política del bienestar social, -- generadora de la paz social, basada -- frente al angosto concepto de la solidaridad laboral o industrial -- en el -- más amplio de -- la solidaridad humana ". Y agrega a continuación, " en su sentido más restringido, como el que figura en la declaración de Filadelfia, la seguridad social se propone asegurar a cada trabajador y -- personas a su cargo, por lo menos, medios de subsistencia que les permita hacer frente a cada contingencia que ocasione la pérdida involuntaria de los ingresos del trabajador o que las reduzca de -- manera que no pueda cubrir las necesidades de su familia y puede, pues, ser concebida como la interpretación moderna de los seguros sociales ".

El Dr. Marco Flores Alvarez 3/, hace referencia del concepto expresado por Carlos Gonzalez Posada en su obra " Los Seguros Sociales en España ", en la siguiente forma: " Es el conjunto de disposiciones legales de caracter asistencial, que inspirándose, más o menos en la institución del seguro privado, han sido dictadas --

2/ Citado por Rogelio E. Anquizado, en Derecho de la S.S. Rev. Seg. Social. No. 23. 1963. Página 44. Ed. AISS y CISS.

3/ Citado por el Dr. Fidel A. Zarate en Segurologia Social. Rev. Seguridad Social No. 9 1961. Ed. AISS y CISS. Página 54.



para procurar a los trabajadores económicamente débiles y a su familia, una protección, una seguridad contra los trastornos que suponen la pérdida o la disminución sensible de la capacidad laboral o el aumento de sus necesidades, debido a las vicisitudes de la vida humana ".

Con el mismo criterio establecido, puede reseñarse el pensamiento de José Pérez Leñero 4/, quien nos dice: " La seguridad social es la parte de la Ciencia Política, que, mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, previsión, asistencia, tiene por fin defender y propulsar la paz y prosperidad general de la sociedad a través del bienestar individual de sus miembros ".

El Profesor Luis Jordana de Posas 5/, piensa en los diferentes términos: " La seguridad social es el conjunto de normas y de instituciones que se propone asegurar el bienestar de la población, principalmente de los que viven de su trabajo mediante la prevención o la reparación de los riesgos que amenazan su normalidad económica o biológica ".

Sir. William Beveridge 6/, señala que la seguridad social se puede entender como la acción de " ...asegurar, un ingreso que sustituya a las retribuciones normales de trabajo cuando éstas queden interrumpidas por paro, enfermedad o accidente, que permita reti--

4/ Fundamentos de la Seguridad Social. Ed. Aguilar. 1956.

5/ Orientaciones de la Seguridad Social en España. Rev. Seg. Soc. No. 6. 1953. Pág. 11. Ed. AISS y CISS.

6/ Citado por Joaquín Friego Romo, en " La Seguridad Social, sus relaciones con los niveles de vida y la productividad " 1962. Página 44.

rarse del trabajo al llegar a determinada edad; que supla la pérdida de recursos para vivir motivada por el fallecimiento de la persona que trabaja para proporcionarlos y que atienda a los gastos extraordinarios, tales como boda, parto y defunción."

En la revista publicada por la Oficina Internacional del Trabajo de Ginebra 7/ , en 1958, en la página 12, aparece la declaración siguiente: " La seguridad social es el fruto de numerosas medidas que han dado buenos resultados para proteger a la población del estado económico angustioso en que puede hallarse, de no existir tales medidas, cuando dejan de percibirse salarios por razón de enfermedad, desempleo o vejes, o como resultado de un fallecimiento; para suministrar a dichas categorías de la población la asistencia médica necesaria, y para ayudar a las familias con hijos de corta edad ", y agrega " es ésta la definición que se halla implícita en el convenio sobre la seguridad social, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1952 ".

El Ing. Miguel García Cruz 8/, define a la seguridad social como: " Una técnica aceptada universalmente como medio para disminuir las consecuencias económicas derivadas de los siniestros y evitar en parte, la pobreza y el desamparo general de la población", y agrega, " Un sistema colectivo de protección, establecido por el Estado para atender las necesidades originadas por la pérdida, disminución o insuficiencia de salario de ciertas clases sociales ".

7/ Rogelio E. Anquizala, Op. Cit. Pág. 44.

8/ La Seguridad Social, Bases, Evolución, Importancia Económica Social y Política. México. 1955. Pág. 34.

La definición más completa en cuanto a su contenido, alcances y objetivos, fue adoptada por la Octava Conferencia de los Estados de América miembros de la OIT., e incluida en el Programa de Ottawa de Seguridad Social para las Américas 9/, está redactada en los términos siguientes: " La seguridad social debe ser un instrumento de auténtica política social, para garantizar un equilibrado desarrollo social y económico y una distribución equitativa de la renta nacional. En consecuencia los programas de seguridad social deben ser integrados en la planificación económica general del Estado -- con el fin de destinar a estos programas el máximo de recursos financieros compatibles con la capacidad económica del país " .

Los sistemas de seguridad social nacen como resultado de las -- necesidades del hombre de protegerse de toda amenaza que ponga en peligro el alimento, vestido, casa, educación y enfermedad.

Si el trabajador asalariado se procura los recursos para su -- subsistencia y la de sus familiares, del ejercicio regular de una actividad profesional al servicio de un patrón; pero cualquier cesación o interrupción del trabajo, ya sea provocada por accidente, enfermedad, vejes, invalidez, muerte prematura, o por paro, se destruye la base económica de la familia obrera y provoca privaciones caracterizadas por el hambre y la miseria.

Un sistema de trabajo humano, que tenga como principio la justicia social, exige la organización de un sistema de previsión eficaz para los trabajadores, que disminuyan las consecuencias derivadas de la realización de los riesgos profesionales y sociales mas

9/ La Seguridad Social en las Américas. Ginebra 1967. Pág. 191.

importantes.

Seguridad social, es una ambición universal de todos los seres humanos por una vida mejor libre de zozobras y preocupaciones que lo envuelven durante su existencia.

Seguridad social, es ante todo un conjunto de medidas que arbitran las naciones, y que tienden a garantizar a los individuos y a sus familiares, la salud y el bienestar; la primera entendida no sólo como la ausencia de enfermedades, sino también como el -- equilibrio psíquico, moral y económico y social del hombre; y la segunda, como resultado de sentirse protegido de cualquier contingencia que le llegare a aquejar.

El objeto de la seguridad social, es tratar de prevenir y controlar los riesgos comunes de la vida y de cubrir las necesidades, cuya satisfacción vital para el individuo es al mismo tiempo esencial a la estructura de la colectividad.

Los instrumentos de que se vale la seguridad social, la evolucionan día a día y las perfeccionan a cada momento a través de -- nuevas técnicas, metodos más eficientes tendientes siempre a que sea un producto del hombre; esto es, humano. En base a todo esto, es que se habla en todos los términos y en forma indistinta de una seguridad social en constante desarrollo y actividad, sean cuales fueren las nominaciones utilizadas.

El concenso general coincide en aspectos claves, como son el de otorgar a toda la población una serie de medidas tendientes a protegerla contra toda clase de riesgos dando por resultado todos, que es al Estado a quien corresponde velar por sus habitantes, y deber suyo proporcionar la seguridad social a su población.

Por otra parte y no obstante reconocer la estrecha correlación existente entre las diversas concepciones en cuanto a coincidir objetivos por alcanzar, así como medios utilizados puede aceptarse que difieren en los aspectos reseñados.

La realización de la seguridad social ésta sujeta a la eliminación de las causas que producen inseguridad en el individuo, es decir satisfaciendo las necesidades de éste, lo cual solo se logrará si se protege a la sociedad de los riesgos presentes y futuros que la vida lleva implícitos.

De todo lo anterior podemos señalar que la Seguridad Social es un derecho universal, netamente positivo, que tiende a proteger a toda la población contra todo tipo de contingencias, pugnan, mediante técnicas adecuadas, para una justa redistribución del ingreso nacional, que permita a dicha población, una subsistencia decorosa.

## Capitulo II.

### Incidencia de la Seguridad Social en el Plano Social.

La política de seguridad social se puede dividir en dos grandes rubros, según el origen de los fondos con que se hacen los servicios:

- a) Asistencia Social.
- b) Previsión Social.

El primer rubro: Asistencia Social, es coeteado completamente por el Estado, se propone satisfacer las exigencias minimas de los necesitados, siempre y cuando éstos no tengan otros recursos con -- que satisfacer sus necesidades, tal es el caso de los comedores -- públicos, dormitorios, dispensarios, asilos y orfanatorios, centros de salud en todo el pais y otras ramas de asistencia. Al hacer esto, el Estado cumple con la obligación de conservar a la comunidad dentro de una situación minima de bienestar.

En ocasiones el sector privado también organiza este tipo de instituciones, fundadas con recursos obtenidos a través de donaciounes filantrópicas; estas instituciones generalmente se encuentran en las grandes urbes, en donde residen los sectores patrocinadores, pero dificilmente se encuentran dentro de las áreas rurales.

El segundo rubro; Previsión Social, se otorga únicamente a -- quienes han aportado sus cuotas correspondientes, es decir, es conutributiva y no necesariamente los beneficios que otorga son el ---

equivalente monetario de las aportaciones del afiliado; puede haber grandes diferencias entre lo aportado y lo recibido.

La cuota es aportada en forma tripartita o bipartita. En el primer caso, interviene en el financiamiento: el trabajador, el patrón y el Estado; y, en el segundo, solo dos elementos de los antes mencionados, trabajador y Estado, pero siempre buscando el beneficio del trabajador.

Existe una verdadera solidaridad y equidad entre los afiliados, hay afiliados que aportan considerables sumas y no utilizan los servicios y viceversa, o sea que cada uno recibe los beneficios de acuerdo con sus necesidades y no con su cuota aportada, principio de solidaridad en la seguridad social, pero nunca se debiera caer en el error de crearle al trabajador la idea de que esta recibiendo una dádiva, sino que esto es resultado de una nivelación de ingresos provenientes de una de las obligaciones propias del Estado Moderno: la de conservar dentro de niveles de bienestar y salud a la población; por lo que no debe existir la confusión entre la previsión social y la asistencia social, ya que son dos cosas diferentes, aunque con el mismo fin: protección a las clases mayoritarias.

Teniendo en cuenta las altas tasas de crecimiento demográfico de las regiones subdesarrolladas, y la constante concentración de la riqueza, se origina que, en las mayorías se acentúe la pobreza y, por ende, la enfermedad que incapacita y disminuye la eficiencia productiva efectiva de la población económicamente activa.

La incidencia de la seguridad social sobre los sectores promotores, se puede analizar de la siguiente manera:

Sector Estado. Los programas que desarrolle el Gobierno con miras de alcanzar una mayor justicia social, serán siempre aprobados por los núcleos mayoritarios de la población que directamente se benefician. Todo pueblo cuyo gobierno no realice trabajos encaminados a satisfacer sus necesidades elementales básicas, será un pueblo propenso a los movimientos de carácter violento, en busca de nuevas soluciones.

El Estado no debe usar a la seguridad social como instrumento para alcanzar fines puramente políticos, pues esto sólo agudizará el estado de tensión y agitación que de por sí es grave en los países de escaso desarrollo. Es por ello que se puede afirmar que un buen sistema de servicios sociales coadyuvará a la formación de un ambiente de paz social, aumentando con ello, la posibilidad de un mayor control político por parte del Estado.

Sector Empresa. La incidencia, en el sector privado, es múltiple y se puede sintetizar de la manera siguiente:

Toda prestación social produce un estado de bienestar en el individuo, que hace que el trabajador esté en mejor disposición de usar su fuerza de trabajo y habrá una mayor capacidad productiva, pues al librarse de toda contingencia que incide en su capacidad de trabajo, se propicia una mayor eficiencia y por lo tanto, una mayor productividad por individuo.

El efecto consecuente será la estabilidad del beneficiario respecto a su empleo, ya que al encontrarse dentro de un régimen de seguridad social, la idea de buscar un nuevo empleo se postergará en virtud de que los servicios sociales que le otorgan servirán de estímulo para seguir laborando en el mismo sitio.



Esto, obviamente constituye un ahorro de recursos para la empresa, pues de no suceder así, la preparación técnica del nuevo personal significará gastos continuos y además una menor productividad.

Se puede afirmar que un régimen de seguridad social aplicado en forma efectiva puede producir por una parte, una mayor estabilidad del mercado de trabajo, y por otra parte un aumento en la capacidad productiva del trabajador y en consecuencia mayores beneficios a la empresa.

Un sistema de seguridad social mantiene un aumento en el consumo por el aumento en el ingreso debido a toda prestación social, por lo que aumenta su capacidad para demandar bienes que necesita. Este aumento en su poder adquisitivo ocasionará una mayor demanda de bienes y servicios, lo que será un fuerte incentivo para que las empresas aumenten la producción de los artículos que se demandan, efectuándose un aumento en el consumo de materias primas, es decir se puede iniciar un proceso expansionista de la producción con el efecto correspondiente en el comercio y otros servicios.

Las empresas son afectadas en forma favorable por las inversiones que hacen los organismos encargados de impartir la seguridad social, los recursos se destinan a la construcción de hospitales, escuelas, casa habitación, etc., y se aumentará la demanda de bienes y servicios que serán utilizados en la construcción e instalaciones.

Sector Trabajo. La incidencia sobre los trabajadores es que les permite satisfacer mejor sus necesidades, a la vez que les da una mayor estabilidad al evitar en cierto modo las fluctuaciones

que se originan en la actividad económica.

Las posibilidades de que el trabajador pueda lograr pequeños montos de ahorro, resultado de la diferencia entre el salario directo y el social, es otro de los factores que se derivan de un sistema de seguridad social; pero hay que señalar que estos volúmenes de ahorro no serán destinados en su totalidad a la inversión, sino que probablemente se aplicarán a la adquisición de bienes que condicionan un mejor nivel de vida, como son los de carácter cultural, recreativo y artístico, esto no evita que en algunas ocasiones persista el afán de separar parte del ingreso obtenido, con fines de previsión. Esto sucede cuando el individuo considera que la seguridad social no es lo suficientemente amplia y que aún se encuentra expuesto al riesgo.

La incidencia de la seguridad social en el sector trabajo es directa, opera un mecanismo que se valúa en aumentos significativos de su ingreso disponible, lo que repercute en una mayor posibilidad de adquirir los bienes y servicios que le permitan satisfacer ampliamente sus necesidades básicas, produciéndole con esto un estado psicofisiológico de bienestar que le permitirá aumentar su desenvolvura como miembro de la sociedad.

La observación que resulta del estudio de la incidencia de la economía sobre la seguridad social y viceversa es que hoy los mecanismos de la seguridad social se han transformado en un elemento esencial de la vida económica, y no representan principalmente como se entiende cargas que pesan sobre las industrias y empresas; sino las consecuencias que resultan de las transferencias de ingresos sobre la estructura del consumo y la producción.

La seguridad social consolida las relaciones armónicas entre el capital y el trabajo, disminuye las fricciones entre el patronato y el trabajo, disminuye las fricciones entre el patronato y la clase trabajadora, que tanto afectan la productividad y el curso normal del proceso de producción.

### Capítulo III

#### La Seguridad Social y su Relación con los Niveles de Vida.

El objetivo que persigue la seguridad social, es: Elévar los niveles de vida de la población. Ante la complejidad del término - niveles de vida, se intenta definirlo como: " La expresión cuantitativa resultante de la concurrencia de componentes cualitativos - que integran las principales condiciones reales de subsistencia -- usados como indicadores comunes, comparándolas en diferentes regiones o periodos de tiempo ".

Los llamados componentes cualitativos que integran este concepto fueron resultados de una serie de estudios llevados a cabo - por la ONU., teniendo en consideración los siguientes factores como base de medición 10/.

- 1) Salud.
- 2) Alimentación y nutrición.
- 3) Educación.
- 4) Condiciones de trabajo.
- 5) Situación en materia de empleo.
- 6) Consumo y ahorro globales.
- 7) Transporte.

10/ Naciones Unidas, Informe sobre la definición y medición internacional del nivel de vida. New York. 1954.

- 8) Vivienda e instalaciones domésticas.
- 9) Vestido.
- 10) Esparcimiento y recreo.
- 11) Seguridad Social.
- 12) Libertades Humanas.

Todos y cada uno de estos elementos, se cuantifican según las diferentes regiones, los periodos de tiempo y los sectores de la población, en los cuales se pretende hacer la medición, la resultante de esa integración de rangos promediados, indica el rango general de cada unidad que se estudia; se establece la jerarquización comparativa de los diferentes niveles de vida de las esferas estudiadas.

Los componentes base del análisis, se consideraron como los mas importantes o representativos y, también, por su relativa facilidad para medirlos, ya que se excluyo a otros que, por ser de caracter subjetivo, no hacian posible su medición.

Hecha esta explicación, se pueden analizar los efectos que la seguridad social tendrá sobre los niveles de vida.

La seguridad social es uno de los componentes analiticos para la medición del nivel de vida, lo cual indica que todo incremento en los servicios sociales prestados a la colectividad, se traducira en un aumento en el nivel de vida.

En los sectores de la población de bajos ingresos, el destinar parte de su salario a contingencias que afectan la salud familiar, significa una disminución de su poder de compra, y crea en dichos sectores una incertidumbre y, por ende, un deseo de previsión que motiva que cambien sus proyectos.

Cuando el trabajador recibe las prestaciones sociales, está a salvo de esos factores accidentales; su efecto se considera similar a un incremento en sus ingresos, es decir, significa que a pesar de las enfermedades, accidentes, o cesantía, el obrero seguirá demandando los mismos bienes que antes, o por lo menos en su gran mayoría.

Esta certidumbre provocará en el trabajador mucho mayor confianza en su trabajo, pues no tendrá problemas anímicos que mermen su productividad pues él, a pesar de su enfermedad o la de algún miembro de su familia, tendrá la seguridad de que contará con los recursos suficientes para subsanar el daño ocurrido.

El hecho de sentirse asegurado, implicará un verdadero estado de satisfacción, al no sentirse psicológicamente expuesto a cualquier contingencia fortuita. Este equilibrio psicofisiológico ocasiona un aumento en su nivel de vida como efecto del incremento relativo de su ingreso y esto trae como consecuencia una mayor productividad.

Lógicamente, no se puede comparar el producto del trabajo de un hombre que se alimenta satisfactoriamente, viste de acuerdo con sus necesidades, reside en una vivienda que reúne las condiciones de funcionalidad y sanidad, con el de otro que está fuera del marco de las prestaciones de la seguridad social, que está sujeto a contingencias imprevistas - mayores en número e intensidad -, necesariamente tiene una deficiencia alimenticia, mal vestido y soporta condiciones insanas en su habitación; esto trae como consecuencia una mayor propensión a las enfermedades y redundante en una menor capacidad productiva.

El contenido económico que posee la seguridad social se marca claramente en la protección que realiza en beneficio del trabajador, pues al liberarle de muchas cargas, como son principalmente - las que a la conservación de la salud, y al sustento y educación - de los hijos se refiere no solamente mantenerlas y robustecer su - capacidad para el trabajo, sino directamente incrementa las posi- - bilidades de consumo, tanto de los bienes de goce y disfrute, lo - cual es un incentivo para el aumento de la producción. Las presta- ciones que se otorgan al trabajador forman en sí un salario adicio- - nal que le permite colocarse en un periodo de tiempo, en un nivel de vida mas representativo.

Aquí se columbra, para su tiempo, la relación imprescindible que debe haber entre desarrollo económico y social, donde un desa- - rrollo económico equilibrado se concibe como la ponderación óptima de factores sociales y económicas, que permitan el máximo crecimi- - ento sostenido en el desarrollo general, hecho que implica, dar -- atención adecuada a cada factor del desarrollo; precisando la for- - ma de distribuir el gasto público y privado, en la forma más ade- - cuada, económica y social, pues el desarrollo económico establece las bases materiales para elevar el nivel de vida e impulsar con - prioridad las actividades de seguridad social en su concepción in- - tegral.

Es un hecho ampliamente conocido; la población fabril ejerce una fuerte presión en la oferta de los productos agrícolas, donde hace ceder en precios al campesino con infinitas desventajas, ha- - ciendo que de hecho absorba los bajos costos que se mantienen en - la producción industrial y de servicios.

Resulta evidente que la acción de la seguridad social a través de sus prestaciones económicas, es un factor que auxilia en la elevación de los niveles de vida; coopera en la mejor distribución de la renta nacional; incrementa el consumo y estimula la producción económica.



#### Capítulo IV.

#### Influencia de la Seguridad Social en la Distribución del Ingreso.

La redistribución del ingreso a través del sistema de seguridad social; encuentra grandes limitaciones para lograrse ya que -- gran parte de su financiamiento ha recaído sobre la gran masa de -- la población trabajadora y, sus beneficios han sido reducidos, con pocas intenciones de favorecer a los sectores de bajos ingresos, -- ya que debe ser un instrumento de auténtica política social, para garantizar un equilibrado desarrollo social y económico y una distribución equitativa de la renta nacional.

Es incuestionable que de acuerdo con el volumen de los ingresos y gastos de la seguridad social en relación con el producto -- nacional, será la importancia cuantitativa de la misma, y conforme a la redistribución de dicho producto, y la amplitud del sector de la población que se beneficia de la misma es como se cataloga la -- importancia cualitativa de la seguridad social en nuestro país.

En la actualidad, las instituciones de seguridad social comprenden un sector financiero de suma importancia; las cuantiosas -- sumas que reúnen a través de las contribuciones obligatorias y las cada vez mayores cantidades que erogan en beneficio de los parti-- cipantes, le han permitido intervenir cada vez más en el gasto na-

cional. Asimismo, a través de la inversión de sus reservas, han --  
cedido en propiedad a los beneficiarios, parte de la riqueza nacio--  
nal.

La seguridad social al llevar a efecto transferencias de dine--  
ro entre los diversos sectores económicos, sociales y territoria--  
les, efectúa una redistribución del ingreso; las transferencias --  
más destacadas que lleva a cabo, son:

a) De la población activa a la población pasiva. Actualmente  
las prestaciones en la seguridad social son financiadas, preponde--  
rantemente, por las contribuciones por o en nombre de los asegu--  
rados activos. Dichas prestaciones crean importantes sectores consu--  
midores de bienes y servicios. Las asignaciones familiares repre--  
sentan también transferencias de la población activa a la pasiva -  
que son los beneficiarios.

b) De categorías de asegurados de alto a bajo nivel de ingre--  
sos. Este fenómeno se deriva de la relación existente entre las --  
contribuciones que paga el asegurado y/o que pagan los empleadores  
en su nombre, y el valor de las prestaciones que recibe. Los segu--  
ros de enfermedad maternidad-accidentes, prestaciones familiares y  
prestaciones funerarias en especial y debido a los elevados costos  
de otorgamiento, generan una redistribución de los altos hacia los  
bajos niveles de salario.

c) De empleadores y Estado a beneficiarios. Si se considera -  
que las aportaciones de los más altos salarios se constituyen, ge--  
neralmente, en sólo contribuciones como es el caso de los proveni--  
entes de los empleadores, estaremos ante transferencias de estos -  
últimos a beneficiarios. Los aportes del Estado, ya a través de --

ciertos impuestos específicos, o en sumas extraídas de su presupuesto, significan transferencias del Estado a beneficiarios. En el primer caso los empleadores transfieren sus contribuciones al renglón del mecanismo de los precios o bien a la política de los salarios. En el segundo caso corresponde a los contribuyentes, en forma directa o indirecta, ser los encargados de costear la aportación del Estado; en este caso el asunto será positivo o negativo según el sistema impositivo imperante; esto es ya sea que se grave de preferencia a los detentadores del capital, o a los grupos de menores ingresos que constituyen el grueso de la población.

d) De zonas desarrolladas a zonas menos desarrolladas. En consideración a la política de extensión geográfica de la seguridad social y sobre todo al principio de solidaridad social en todos los trabajadores, es posible transferir grandes cantidades de dinero o bienes, desde zonas más desarrolladas a zonas menos desarrolladas, contribuyendo en esta forma al desarrollo más equilibrado de las distintas regiones del país.

Las instituciones de seguridad social, se han constituido en fuentes de gran importancia para financiar parte de la inversión interna. Las reservas que han acumulado son de considerable cuantía y la forma de invertir las, comprende un factor positivo o negativo del desarrollo económico del país.

El ahorro colectivo que representan las reservas puede, en determinado momento, dedicarse íntegramente al fortalecimiento de la economía del país. Asimismo, la mayor cuantía de aquellas, se han constituido en base a los seguros de pensión ( invalidez, vejez y sobrevivientes ) y en mínima al seguro a corto plazo.

Las instituciones de la seguridad social han invertido sus -- reservas en bienes raíces evitando con esto el tener que pagar alquileres gravosos o elevados cargos resultantes de contratar con -- otros organismos los servicios médicos. En este tipo de inversión, las viviendas que se construyen para alquiler, benefician especial -- mente a los grupos de ingresos superiores de la clase media, ad -- más de no ser siempre posible ajustar las rentas con el alza de -- precios, ya sea por políticas gubernamentales o por presiones de -- los arrendadores.

Las inversiones de la seguridad social, han tendido siempre a ser diferentes a las emprendidas por el Estado, éste, eroga gran -- des sumas en obras de infraestructura y proyectos que tienen como fin incrementar la capacidad productiva del país. En cambio la se -- guridad social invierte directamente con miras al beneficio social.

Como parte importante de la política del Estado, está el cú -- mulo de declaraciones en donde utilizando conceptos como justicia social, desarrollo equilibrado etc., pretende dar a entender a las masas la gran preocupación que tiene por sus malas condiciones de vida, y su deseo de mejorarlo, elevando su nivel de ingreso. Un -- elemento que comunmente se utilizó como parte de esa política es -- la seguridad social.

Sin embargo la realidad es que su eficiencia como tal deja -- mucho que desear ya que según el objetivo de la seguridad social -- es, evitar una disminución del ingreso del trabajador que es su -- salario, es decir lo importante es proteger al menos su salario -- con el objeto de estabilizar el tipo de vida de la capa económica -- mente débil de la población, que es obviamente el proletariado; lo

cual también es cosa poco probable que realice.

Su operación actual limita en gran medida tal pretensión, tomando en cuenta las deficiencias que se tienen para realizar un estudio con rigor que permita conocer la realidad de la función redistribuidora con que se pretende revestir a la seguridad social, debido a la carencia de datos y cifras estadísticas que pudiesen servir para cuantificar o estimar los efectos de la seguridad entre las diferentes capas sociales de la población total del país y afiliados a ella.

Las aportaciones de los trabajadores, casi siempre constituyen descuentos obligatorios al ingreso del trabajo, adoptando así una apariencia de impuesto al ingreso, pero con destino concreto. No obstante de que los trabajadores están divididos por grupos de cotización, según sus niveles de ingreso, su contribución de ninguna manera es progresiva ya que la parte proporcional de su aportación con respecto a su nivel de ingresos es constante para todos los niveles de salario o grupos de cotización.

Consideramos que efectivamente los grupos de bajos ingresos son los que más utilizan los servicios médicos; en forma proporcional debido al financiamiento de la seguridad social que se hace principalmente a costa de ellos mismos.

Las prestaciones en dinero en la forma en que están concebidas, no tienen ninguna intención de redistribuir el ingreso ya que cualquiera de las prestaciones están en relación directa al grupo de salario, es decir, a los grupos de bajos ingresos les corresponden bajas prestaciones y a los de altos ingresos altas prestaciones.

## Capítulo V.

Sexenio 1952-1958.

En la década del 40, madura con plenitud la conciencia de una teoría de la seguridad social. Y en los diez años que le suceden, a que se refiere principalmente este capítulo, deja de ser un problema de política social, y se transforma en temática apasionada de estudio e investigación de sus premisas o principios.

La estructura y naturaleza de la seguridad social; no obstante su unidad y equilibrio como teoría científica especializada, -- abre nuevo campo de investigación a la sociología, en su propósito de estudiar las características generales de todos los fenómenos sociales de las clases y las relaciones entre éstas.

La estructura de la seguridad social, se integra con: Estado, patron, asegurado, familia, y otros sujetos más complejos, como -- las organizaciones patronales, en sus diversas especialidades, jurisdicciones y categorías regionales. Y por las organizaciones --- obreras también en sus distintas especialidades y denominaciones.

Esas serán las unidades de interacción para el estudio sociológico. El análisis de las relaciones de estas clases, y los fenómenos sociales que suscitan, es materia o temática obligada de la sociología.

### Población Total y Económicamente Activa.

En la población económicamente activa, la experiencia que comprende este sexenio, revela los cambios estructurales con respecto a la población total y a la económicamente activa.

En el cuadro 1, se enmarca el aumento en un 17% de población en el sexenio y de 16% de la población activa, se observa la concurrencia en las principales ciudades de la república, principalmente en el Distrito Federal. Así mismo la gran insuficiencia de generación de empleos para la población, como un indicador observamos que del total de la población al final del sexenio solo un 31% se enmarcaba activamente.

Al iniciarse el periodo de administración en el sexenio, se promovieron en la organización del instituto una serie de medidas tendientes a reestructurarlo. Se suprimio la Sub-dirección Técnica y sus funciones se concentraron en la Sub-dirección Administrativa y la Contraloría General; se agregaron al Departamento Jurídico todos los asuntos relativos a trabajo y se creó un departamento especial para atenderlos, se organizó una comisión Bipartita Obrero Patronal para gestionar el pago de los patrones morosos y su obra ha sido muy importante, pues ha llegado a celebrar convenios para el pago de los adeudos atrazados como de 40 millones en el sexenio.

Se dedicó especial interés a reestructurar los sistemas de ingresos y egresos del Instituto, para lo cual se procuró establecer un control más exacto de las operaciones desde su gestación y fuente de origen hasta su pago final, procurando formular previamente un Presupuesto General de Egresos, donde se define el concepto, el objeto, y su estructura, hasta cubrir todos los campos de:

prestaciones al personal, compras, obras, servicios e inversiones de reservas, etc.

Las metas de la seguridad social no pueden ser obra de un periodo administrativo; su plan debe ser cuidadosamente estudiado -- para encauzar soluciones, donde se reduzcan al minimo los problemas, pensando siempre que los problemas de los esfuerzos actuales y futuros deben encadenarse, completándose desde su origen hasta sus metas finales, en un objetivo incesante de progreso y superación.

#### Población Asegurada.

Se extendió la Seguridad Social a 29 Estados de la república, alcanzando la población asegurada al final del sexenio un total de 2 468 992 personas, de las cuales corresponden 899 504 asegurados y 1 569 488 beneficiarios. El crecimiento de la población asegurada durante el periodo fué de 201%, en comparación del 52% que aumento en el periodo anterior.

En los 17 años de vida que tenía el Instituto, correspondió al periodo administrativo 1952-1958 el mayor incremento que se ha registrado en población asegurada. Si se considera como 100 la población asegurada en el año de 1953, para 1958 esta cifra asciende a 201%, cuadro 2. Es decir, la población asegurada aumentó a más del doble en los últimos 6 años, contra un incremento de apenas 53% que se obtuvo en el periodo 1946-1952 y de 77% en el periodo de 1943-1946.

Pero comparando la población trabajadora asegurada con la población económicamente activa apenas si representó el 11.7%.



La población asegurada se encuentra muy irregularmente distribuida en los distintos Estados de la república, pues solo en 9 Entidades se localiza el 83% de la población total amparada en el año de 1958.

La escasa población asegurada tan dispersa en 19 entidades de la república suscita lógicamente una elevación en los gastos de administración, en las prestaciones en dinero y de servicios médicos. Esta situación tiende a agravarse mientras no se acelere en esos Estados la extensión del seguro social a mayor número de población, no sólo para ampliar la esfera de la protección humana que es el propósito principal, sino también para detener y aun poder rebajar los costos unitarios o por cabeza de asegurado.

#### Ingresos y Egresos.

Los ingresos del Instituto se incrementaron en 786.2 millones, lo cual significó un 34% de aumento con relación a los ingresos del año de 1953, cuadro 3. Las causas de este aumento obedecen:

A la extensión del Régimen del Seguro Social a nuevas circunscripciones.

A la nueva situación económica del país, que condujo a la creación de nuevos empleos.

Al aumento general de los salarios.

A la mayor comprensión de los patrones y trabajadores que aceleraron su inscripción para cumplir con la ley.

Y especialmente a la atingencia de la Comisión Bipartita que maneja con diligencia el rezago de cuentas de los patrones morosos para formular las liquidaciones correspondientes.

### Servicios Médicos.

Durante este periodo administrativo, los aumentos registrados en el volumen de los servicios médicos es muy elocuente, cuadro 4. El 15 de agosto de 1955 se inauguró en el Distrito Federal el sistema del médico familiar y durante este periodo se implantaron los servicios concesionados a través de las Uniones Médicas del Seguro Social.

Los servicios médicos son un medio para asegurar la integridad biológica de la población, desde la cuna hasta el máximo de expectativa de vida posible, que de 1940 a 1958 paso de 39 a 60 años, más de 21 años ganados como esperanza de vida para el recién nacido en solo 18 años.

La salud como un bien económico ha demostrado en todas las latitudes que los pueblos donde se han alcanzado los mayores rendimientos en la producción, ha sido precisamente aquellos donde se registraban los índices más bajos de incidencia de enfermedades o de morbilidad.

Si la salud es un derecho del hombre que siempre debe garantizar el Estado, es preciso crear las condiciones adecuadas y propicias para que la asistencia médica esté permanentemente al alcance de toda la población, donde ésta pueda disponer de esos servicios con la oportunidad, calidad y cantidad requeridas, sin limitaciones de tiempo ni de otras restricciones.

La asistencia médica debe ser accesible al hombre, en la misma forma en que éste dispone de alimentos, habitación, abrigo, luz, aire, agua y de otros bienes y satisfactores indispensables para --

la existencia.

El volumen de servicios no ha sido constante, pues año con -- año se ha venido incrementando en la medida en que el Instituto -- amplía su esfera de influencia, incorporando nuevos centros de población y extendiéndoles su red de clínicas y hospitales.

Si se toman en cuenta como base los servicios otorgados en el año de 1952, el crecimiento registrado en el sexenio es muy elocuente:

Las consultas aumentaron 60%, los laboratorios clínicos 90%, en hospitalización 117% y las intervenciones quirúrgicas 42%.

Las razones de este incremento, tan acelerado, obedecen a una obra paralela que se ha desarrollado en la extensión de la red de unidades médicas.

#### Prestaciones.

El Instituto efectuó erogaciones en especie y en dinero al -- final del sexenio por 652 751 millones, correspondiendo al primer concepto 542 741 millones y al segundo 110 010 millones. Estas --- erogaciones representan el 77.6% del total de los egresos.

Correspondió al concepto por prestaciones en especie un incremento del 31.9% en el sexenio y del 23.9% el de prestaciones en -- dinero, cuadro 5.

#### Construcciones.

Durante este periodo, una red de oficinas y de unidades de -- servicios médicos, se distribuye en los Estados, aunque en muchos casos sólo se opere en la capital de cada entidad o en algunos de

sus municipios más industrializados o con mayor número de población trabajadora, cuadro 6.

Corresponde al final del sexenio prestar servicio a un promedio de 34 774 asegurados en relación con la población total asegurada y las unidades en servicio. Solo en el Distrito Federal corresponden 47 953 asegurados por cada unidad.

#### Médicos en Servicio.

El movimiento de personal médico registrado en el Instituto durante el sexenio 1952-1958, mostró un incremento leve, que es correlativo al desarrollo que se tuvo durante este periodo.

Considerando el total de la población asegurada corresponde a cada médico prestar servicio a 691 pacientes aproximadamente. En el Distrito Federal esta proporción se enmarcaba en 949 asegurados por cada médico ( cuadro 7 ).

## POBLACION TOTAL Y ECONOMICAMENTE ACTIVA.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
1953	28 264 704	9 030 391
1954	29 140 910	9 310 333
1955	30 044 278	9 598 953
1956	30 975 651	9 896 520
1957	31 935 896	10 203 312
1958	33 096 707	10 519 615

## POBLACION POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
AGUASCALIENTES	232 307	70 238
BAJA CALIFORNIA NORTE	461 525	95 850
BAJA CALIFORNIA SUR	77 448	23 479
CAMPECHE	158 995	49 424
COAHUILA	870 312	284 206
COLIMA	154 026	47 155
CHIAPAS	1 150 102	318 251
CHIHUAHUA	1 150 719	328 597
DISTRITO FEDERAL	4 506 790	1 412 008
DURANGO	734 644	246 589
GUANAJUATO	1 654 136	530 635
GUERRERO	1 133 250	367 539
HIDALGO	965 758	345 196
JALISCO	2 303 965	703 654
ESTADO DE MEXICO	1 796 807	550 595
MICHOACAN	1 752 046	555 052
MORELOS	363 580	115 292
NAYARIT	369 969	119 416
NUEVO LEON	1 011 118	303 989
OAXACA	1 666 076	586 373
PUEBLA	1 904 237	690 854
QUERETARO	341 285	115 489
QUINTANA ROO	45 529	10 917
SAN LUIS POTOSI	1 009 851	344 878
SINALOA	797 860	248 646
SONORA	728 824	209 360
TABASCO	469 616	134 504
TAMAULIPAS	962 980	296 856
TLAXCALA	334 271	115 349
VERACRUZ	2 590 367	830 409
YUCATAN	594 619	213 944
ZACATECAS	787 371	254 871

Cifras estimadas.

POBLACION ASEGURADA.		
<u>AÑO</u>	<u>ASEGURADOS DIRECTOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
1953	464 669	764 667
1954	499 651	825 237
1955	582 570	965 367
1956	669 694	1 109 273
1957	758 774	1 300 812
1958	899 504	1 569 488

  

POBLACION ASEGURADA POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.		
<u>ESTADO</u>	<u>ASEGURADOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
AGUASCALIENTES	5 691	10 037
BAJA CALIFORNIA NORTE	4 569	8 667
BAJA CALIFORNIA SUR	1 020	1 630
CAMPECHE	2 790	3 524
COAHUILA	16 315	30 669
COLIMA	2 038	2 191
CHIAPAS	11 087	24 548
CHIHUAHUA	28 923	52 317
DISTRITO FEDERAL	437 938	665 002
DURANGO	9 554	19 709
GUANAJUATO	9 140	22 101
GUERRERO	6 670	12 059
HIDALGO	1 639	3 063
JALISCO	45 086	88 118
ESTADO DE MEXICO	49 611	100 462
MICHOACAN	5 220	10 471
MORELOS	11 381	31 809
NAYARIT	2 454	2 942
NUEVO LEON	98 728	190 584
OAXACA	4 182	5 478
PUEBLA Y TLAXCALA	36 172	82 568
QUERETARO	4 115	9 135
QUINTANA ROO	504	924
SAN LUIS POTOSI	7 659	14 552
SINALOA	20 596	36 267
SINORA	31 826	54 741
TABASCO	2 897	6 121
TAMAULIPAS	12 184	20 596
VERACRUZ	18 296	38 363
YUCATAN	9 082	17 238
ZACATECAS	2 137	3 302

Fuente: Memoria Anual de Labores, IXSS.

CUADRO 3

INGRESOS Y EGRESOS (MILES DE PESOS).			
<u>AÑO</u>	<u>INGRESOS</u>	<u>EGRESOS</u>	<u>RESERVAS</u>
1953	324 477	252 614	71 863
1954	384 280	316 892	67 388
1955	492 482	375 615	116 867
1956	605 948	470 155	135 793
1957	855 626	642 289	213 337
1958	1 110 677	841 211	269 466

  

INGRESOS Y EGRESOS TOTALES DEL SEXENIO POR RAMOS.		
	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>INGRESOS</u>	3 773 490	100.0
CUOTAS	3 603 526	95.5
PRODUCTOS DE INVERSION	169 964	4.5
<u>EGRESOS</u>	2 898 776	100.0
PRESTACIONES EN ESPECIE	1 891 407	65.2
PRESTACIONES EN DINERO	347 840	12.0
GASTOS DE ADMINISTRACION	659 529	22.8
INCOBRABILIDADES, DEPRECIACIONES E INTERESES ACTUARIALES	--- ---	---
<u>RESULTADO DEL EJERCICIO</u>	874 714	23.2

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

CUADRO 4

## SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS.

<u>AÑO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLINICOS</u>	<u>HOSPITALIZACION</u>	<u>CIRUGIA</u>
1953	7 555 575	328 905	61 536	34 947
1954	8 128 756	401 493	70 829	32 635
1955	8 793 347	444 208	89 642	27 909
1956	9 224 563	481 279	86 645	32 889
1957	11 119 422	554 973	117 671	39 239
1958	12 113 414	625 974	133 636	49 579

## SERVICIOS MEDICOS AL FINAL DEL SEXENIO POR ESTADOS.

<u>ESTADO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLINICOS</u>	<u>HOSP.</u>	<u>CIRUGIA</u>
AGUASCALIENTES	76 659	1 209	957	541
BAJA CALIFORNIA NORTE	296 517	21 337	5 136	1 872
BAJA CALIFORNIA SUR	12 359	610	170	55
CAMPECHE	49 010	1 455	280	85
COAHUILA	574 547	32 494	6 749	2 567
COLIMA	26 799	1 139	442	48
CHIAPAS	142 057	5 765	1 304	374
CHIHUAHUA	425 290	24 482	5 840	1 546
DISTRITO FEDERAL	3 357 108	263 002	46 857	18 165
DURANGO	215 428	4 895	2 068	418
GUANAJUATO	327 461	5 706	2 564	838
GUERRERO	144 314	4 167	632	304
HIDALGO	122 800	3 989	1 287	323
JALISCO	572 037	28 963	7 282	2 389
ESTADO DE MEXICO	515 125	18 774	1 299	798
MICHOACAN	223 308	3 958	2 154	626
MORELOS	222 621	6 762	1 841	484
NAYARIT	34 559	1 622	293	90
NUEVO LEON	1 341 256	64 002	12 630	6 014
OAXACA	58 088	1 480	505	165
PUEBLA	403 666	16 146	5 795	1 923
QUERETARO	81 724	2 175	688	191
QUINTANA ROO	9 563	579	78	33
SAN LUIS POTOSI	303 308	7 128	2 695	841
SINALOA	531 697	16 126	3 825	1 077
SONORA	548 395	19 671	4 997	1 652
TABASCO	27 967	921	250	102
TAMAULIPAS	556 778	25 355	6 842	2 858
TLAXCALA	65 016	---	122	3
VERACRUZ	612 230	31 830	6 030	2 163
YUCATAN	202 554	9 313	1 687	857
ZACATECAS	33 173	919	337	177

Cifras estimadas.



## PRESTACIONES EN ESPECIE Y DINERO (MILES DE PESOS).

<u>AÑO</u>	<u>ESPECIE</u>	<u>DINERO</u>
1953	173 402	26 320
1954	212 900	33 522
1955	245 471	40 905
1956	299 918	52 212
1957	416 975	84 871
1958	542 741	110 010

## PRESTACIONES POR RAMO AL FINAL DEL SEXENIO.

	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>	542 741	100.0
ASISTENCIA MEDICA	264 772	48.8
SERVICIO DE FARMACIA Y LAB.	197 099	36.3
SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y TRANSP.	53 277	9.8
SERVICIO DE PREVISION GENERAL	27 593	5.1
SERVICIO DE GUARDERIAS	---	--
SERVICIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL	---	--
<u>PRESTACIONES EN DINERO</u>	110 010	100.0
SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL	17 590	16.0
SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD	17 814	16.2
SUBSIDIOS POR MATERNIDAD	6 260	5.7
FUNERALES	1 106	1.0
INDEMNIZACIONES POR INCAP. PERMANENTE	371	0.3
PENSIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE	4 829	4.4
PENSIONES POR VIUDEZ	10 588	9.6
FINIQUITOS POR MATRIMONIO A VIUDAS PENS.	73	0.1
PENSIONES DE ORFANDAD	6 616	6.0
FINIQUITOS POR PENSIONES DE ORFANDAD	69	0.1
DOTES MATRIMONIALES A LOS ASEGURADOS	8 176	7.4
PENSIONES DE INVALIDEZ	10 179	9.2
PENSIONES DE VEJEZ	25 878	23.5
PENSIONES A LOS ASCENDIENTES	425	0.4
FINIQUITOS A PENSIONADOS POR CAMBIO DE RESIDENCIA AL EXTRANJERO	36	0.1

Cifras estimadas.

CONSTRUCCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL AL FINAL  
DEL SEXENIO 1952-1958.

<u>ESTADO</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>CLINICA</u>	<u>CLINICA HOSPITAL</u>	<u>CLINICA AUXILIAR</u>
AGUASCALIENTES				
BAJA CALIFORNIA NORTE				
BAJA CALIFORNIA SUR				
CAMPECHE				
COAHUILA				
COLIMA				
CHIAPAS				
CHIHUAHUA	2	7		
DISTRITO FEDERAL	9	14		
DURANGO				
GUANAJUATO				
GUERRERO				
HIDALGO				
JALISCO	1	3		
ESTADO DE MEXICO	1	5		
MICHOACAN				
MORELOS				
NAYARIT				
NUEVO LEON	1	5		
OAXACA	1	1		
PUEBLA	2			6
QUERETARO				
QUINTANA ROO				
SAN LUIS POTOSI				
SINALOA				
SONORA	4	1		
TAEASCO				
TAMAULIPAS				
TLAXCALA				7
VERACRUZ	1			
YUCATAN				
ZACATECAS				

Fuente: La Seguridad Social en México, IMSS.

## MEDICOS EN SERVICIO 1952-1958.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>
1953	2 048
1954	2 354
1955	2 706
1956	3 011
1957	3 258
1958	3 576

## MEDICOS EN SERVICIO POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADOS</u>	<u>TOTAL</u>
AGUASCALIENTES	28
BAJA CALIFORNIA NORTE	79
BAJA CALIFORNIA SUR	6
CAMPECHE	17
COAHUILA	146
COLIMA	16
CHIAPAS	36
CHIHUAHUA	98
DISTRITO FEDERAL	1 162
DURANGO	49
GUANAJUATO	103
GUERRERO	34
HIDALGO	40
JALISCO	223
ESTADO DE MEXICO	280
MICHOACAN	68
MORELOS	48
NAYARIT	29
NUEVO LEON	227
OAXACA	32
PUEBLA Y TLAXCALA	119
QUERETARO	30
QUINTANA ROO	8
SAN LUIS POTOSI	56
SINALOA	96
SONORA	110
TABASCO	21
TAMAULIPAS	115
VERACRUZ	198
YUCATAN	74
ZACATECAS	28

Cifras estimadas.

## Capítulo VI

Sexenio 1958-1964.

Con objetivos y metas precisas, se estuvo insistiendo con énfasis, que se realizarán estudios para superar las funciones de la Institución; Técnico administrativas; planeación y organización de los servicios; ampliación del régimen; acrecentar el Seguro Social Campesino; impulsar las prestaciones sociales; construir con apremio las obras, y consolidar el principio de solidaridad que inspira la Institución.

Durante este periodo se ha puesto de manifiesto, el gran interés por establecer un régimen auténtico de Economía Médica, debe pensarse en el aprovechamiento adecuado, racional y sin derroche de los recursos económicos y técnicos, tanto en diagnóstico, como en tratamientos y utilización de materiales de curación.

Durante esta administración se vino madurando la premisa de que: la explosión demográfica se combate con altos niveles de vida, donde alcancen sus mayores expresiones la salud, la educación, el vestido, la alimentación, la vivienda y la satisfacción por conquistar y conservar sus mayores expresiones.

### Población Total y Económicamente Activa.

La demografía enseña, que la seguridad social, es un factor de arraigo, de crecimiento y mejoría cualitativa y cuantitativa de

la población. Su influencia demográfica se acrecienta de continuo, y muy pronto se hará sentir como factor determinante para neutralizar en parte la migración; adaptando más al hombre a su medio geográfico y a su ambiente social. Las condiciones que se crean en el lugar nativo y los derechos que generan tienden a esterilizar los propósitos inciertos de emigración y de aventura.

En el cuadro 8, se observa que a pesar de ser continuo el crecimiento demográfico, la población total aumentó al final del sexenio en un 21.3%, un poco más que en el sexenio anterior y en forma decreciente la población activa, en un 15% se incrementó pero menor al sexenio anterior e igualmente la población activa disminuyó, ya que el 30.1% del total de la población se coloca activamente.

La esencia de la seguridad social, como un servicio organizado, evidente y efectivo, para conseguir la mutua adaptación de los individuos entre sí y su medio ambiente, es una premisa insoslayable de acción positiva.

Continua el flujo del interior del país hacia las zonas industriales y lo observamos en el incremento de la población en las principales ciudades del país, principalmente en el Distrito Federal que representa un 14% del total de la población.

#### Población Asegurada.

Es característica del Instituto en desarrollo, la continua y creciente población amparada; no sólo por la inclusión de nuevas clases de trabajadores, como temporales, eventuales y cafieros, sino por la extensión de nuevas circunscripciones territoriales.

La divisa primordial es incorporar a los beneficios del Seguro Social a todos los mexicanos en el plazo más breve posible.

La extensión del Seguro Social a mayor número de beneficiarios suscita toda una serie compleja de problemas técnico-administrativos que es preciso estudiar y resolver previamente. Se procuran recursos financieros para hacer las construcciones e instalaciones adecuadas; preparar los equipos técnicos y humanos indispensables, para conceder en forma conveniente los servicios y las prestaciones de la seguridad social.

Para dar una idea más precisa del incremento de la población derechohabiente durante los últimos 6 años se exponen cifras en el cuadro 9.

El ritmo de crecimiento de la población derechohabiente ha sido importante, y al término del año de 1964 se tenía una población amparada equivalente a 2.6 veces mayor que la que existía en 1958.

En 1958 la población protegida por el Seguro Social era de 2 468 992 y en 1964 esa cifra había ascendido a 6 511 000.

Se presenta una situación desfavorable con las nuevas generaciones de asegurados, pues de 3 311 000 personas en edad de 17 a 24 años que registro el censo en la población urbana, solamente estaban asegurados 347 000, o sea solamente el 10.5% de la población de esa edad existente en el país.

Para 1960 existían 2.2 millones de jóvenes en los centros urbanos del país, no protegidos por el Seguro Social. Tal vez esto obedezca a la desocupación y la subocupación. La edad promedio de los asegurados del Instituto era para 1960 de 30.6 años. Cifra que

no bajará como fuera de desearse por la limitada proporción de jóvenes, que ingresan a las actividades productivas remuneradas.

#### Ingresos y Egresos.

Durante el sexenio, los ingresos totales ascendieron a 14 645 millones; los egresos 11 359 millones. La reserva pasó de 243 millones al principio del sexenio a 694 millones en 1964, cuadro 10.

La experiencia es magnífica y sus resultados deben ser debidamente equilibrados para acelerar la marcha de este fenómeno social en beneficio de todos los trabajadores y de las instalaciones industriales y comerciales que no sólo han visto conservar en condiciones óptimas su fuerza de trabajo; sino superar con creces sus índices de Higiene y Seguridad, al observar la baja de sus indicadores de frecuencia y de gravedad de sus riesgos.

#### Servicios Médicos.

La prestación en servicio y en especie, alcanza volúmenes más altos, se destaca en forma ostensible la mejoría de calidad y cantidad de estas prestaciones.

El mexicano vivió en promedio 43 años en el periodo de 1929 a 1931, 60 años en el periodo de 1955 a 1957 y para 1958-1964 ya rebasaba la edad de 64 años. Y sin duda que éste aumento de la esperanza de vida, ha sido decisivo en la acción de la seguridad social.

Este es el testimonio de que los recursos económicos invertidos en esta obra, han rebasado las esperanzas y llegado a límites superiores de lo esperado, pues si la población es la primera ri-

queza de la nación y la salud la primera riqueza de la población, esto quiere decir que con el 50% de años; de aumento de expectativa de vida que se ha conquistado en los últimos 20 años, constituyen un bien portentoso para la nación, que no puede medir con ningún volumen monetario. La única conclusión que podría derivar de esta situación es: la medicina se supera con la seguridad social.

Para alcanzar la meta de que el mayor número de asegurados pueda recibir los servicios en horarios diferentes a sus jornadas de trabajo, se da atención preferente a los niños en la mañana y a los asegurados por la tarde.

El volumen de los servicios administrados en el periodo de 1959 a 1964 en los diferentes servicios médicos proporcionados, puede analizarse en el cuadro 11.

Cabe hacer el comentario de que, antes del año 40, en que empezó a operar el régimen de seguridad social, la atención médica concentraba exclusivamente sus esfuerzos en las grandes urbes o poblados más importantes y estaba dedicada a personas que por su situación económica y social podían pagar sus servicios; pero la mayoría de los habitantes de la república carecían de estas atenciones vitales y es a la seguridad social a quien corresponde el mérito de haber llevado los servicios médicos a un sector importantísimo de la población del país.

El 30% de la población remunerada en la nación ganaba salarios mínimos y no recibía servicios médicos. En cambio ahora, mediante el Seguro Social, la medicina está al alcance de esta fuerza vital de la nación.



### Prestaciones.

Durante el año de 1964 los principales conceptos de egresos - en prestaciones en especie y en dinero se enmarcan en el cuadro 12.

Las medidas que se han implantado para el control general de gastos en prestaciones en especie, tienen el propósito de ir ajustando estos gastos a las necesidades reales del servicio. No obstante, los obstáculos naturales que se presentan por la estructura inicial de la organización; los cuadros administrativos y los procedimientos de trabajo, que teniendo varios años de funcionar, presentan un arraigo que en muchos casos se traducen en serios problemas y obstáculos para superar la organización y administración.

Las prestaciones en dinero han venido aumentando gradualmente; pero a un ritmo muy lento, en relación con el porcentaje que estos significan en los ingresos totales, pues apenas han pasado de 10.1% sobre el total de ingresos de 1958 a 8.6% en 1964.

Los servicios de prestaciones en dinero que concede el Instituto tienen vital importancia económica y social, porque con gran realidad objetiva, siegan en parte los manantiales de miseria que podrían afectar a la población trabajadora en los casos de invalidez, vejez, viudedad y orfandad.

### Construcciones.

La ampliación de la red de clínicas, hospitales, puestos de enfermería, tanto en la construcción de unidades adecuadas, como por el equipo e instrumental más moderno, ha permitido promover el aprovechamiento científico de la medicina.

En este sexenio se presenta una gran inversión para la construcción, la obra realizada durante este sexenio es muy amplia, -- hasta el año de 1958 se habían invertido en estos servicios 338 -- millones y para 1964 esta cifra ascendía a 4 566 millones o sea -- casi 13 veces más.

Según datos preliminares durante el sexenio se construyeron -- 206 unidades, correspondiendo a cada unidad 31 606 asegurados en -- relación con el total y las unidades en servicio. Solo en el Dis-- trito Federal corresponden 196 519 asegurados por unidad en 1964 -- ( cuadro 13 ).

El 30 de Enero de 1961, el Instituto compro a la Secretaria -- de Salubridad y Asistencia Pública, el Centro Médico Nacional, --- adquisición que coloca a la seguridad social como la Institución -- más importante de México por su equipo médico-social, y por el por-- tentoso volumen y calidad de servicios médicos que está en posibi-- lidad de suministrar a la población derechohabiente.

#### **Médicos en Servicio.**

Durante los 6 años del régimen se superaron los servicios mé-- dicos en todas las unidades acabando con las colas y captándose -- para su corrección inmediata cuanta queja se presentó.

Se reconoce que ya resulta inapazable reorganizar la esencia de la enseñanza de médicos y paramédicos para adaptarla a las nue-- vas condiciones establecidas por la medicina institucional.

La seguridad social debe contar con un cuerpo médico dedicado exclusivamente a su servicio, donde el facultativo encontrará am-- plias posibilidades para lograr su superación profesional.

En el cuadro 14 se determina el personal médico en el Distrito Federal que le corresponde para la misma zona 1 078 asegurados y en forma total le corresponden 7 799 asegurados en 1964.

## POBLACION TOTAL Y ECONOMICAMENTE ACTIVA.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
1959	33 979 538	10 845 723
1960	35 066 883	11 181 940
1961	36 189 023	11 405 579
1962	37 347 072	11 633 691
1963	38 542 178	11 866 365
1964	40 150 480	12 103 692

## POBLACION POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
AGUASCALIENTES	281 275	83 676
BAJA CALIFORNIA NORTE	660 267	175 998
BAJA CALIFORNIA SUR	100 164	28 346
CAMPECHE	201 553	62 214
COAHUILA	990 622	314 126
COLIMA	195 131	54 449
CHIAPAS	1 354 143	430 335
CHIHUAHUA	1 381 085	408 300
DISTRITO FEDERAL	5 672 191	1 878 623
DURANGO	832 184	252 028
GUANAJUATO	1 949 442	572 911
GUERRERO	1 350 973	410 060
HIDALGO	1 074 296	345 575
JALISCO	2 784 591	818 900
ESTADO DE MEXICO	2 671 984	641 067
MICHOCAN	2 040 816	624 862
MORELOS	478 206	135 590
NAYARIT	451 569	138 663
NUEVO LEON	1 325 184	397 302
OAXACA	1 842 529	683 420
PUEBLA	2 187 502	724 729
QUERETARO	407 236	123 255
QUINTANA ROO	65 361	18 057
SAN LUIS POTOSI	1 048 297	351 804
SINALOA	1 009 653	59 325
SONORA	909 514	271 999
TAMASCO	605 134	155 891
TAMAULIPAS	1 197 252	364 986
TLAXCALA	376 274	120 025
VERACRUZ	3 162 908	972 067
YUCATAN	671 771	217 744
ZACATECAS	871 283	267 365

Cifras estimadas.

POBLACION ASEGURADA.		
<u>AÑO</u>	<u>ASEGURADOS DIRECTOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
1959	1 003 779	1 763 435
1960	1 180 708	2 076 359
1961	1 347 129	2 498 740
1962	1 518 780	3 015 768
1963	1 990 450	3 902 162
1964	2 199 576	4 311 424

  

POBLACION ASEGURADA POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.		
<u>ESTADO</u>	<u>ASEGURADOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
AGUASCALIENTES	15 770	27 321
BAJA CALIFORNIA NORTE	45 844	93 754
BAJA CALIFORNIA SUR	1 743	3 482
CAMPECHE	4 868	9 867
COAHUILA	68 523	133 170
COLIMA	6 662	13 715
CHIAPAS	37 533	62 838
CHIHUAHUA	62 162	113 477
DISTRITO FEDERAL	818 704	1 539 526
DURANGO	22 355	43 750
GUANAJUATO	38 311	76 554
GUERRERO	17 270	34 509
HIDALGO	13 687	27 350
JALISCO	103 558	213 868
ESTADO DE MEXICO	126 119	252 410
NICHOACAN	45 863	94 928
MORELOS	45 257	97 361
NAYARIT	7 875	16 696
NUEVO LEON	160 560	312 799
CAXACA	16 476	33 660
PUEBLA Y TLAXCALA	63 560	130 436
QUERETARO	10 417	20 815
QUINTANA ROO	844	1 688
SAN LUIS POTOSI	30 433	59 430
SINALOA	64 094	133 591
SONORA	92 531	170 858
TABASCO	5 663	11 684
TAMAULIPAS	88 606	181 715
VERACRUZ	160 534	352 725
YUCATAN	20 348	40 641
ZACATECAS	3 406	6 806

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

CUADRO 10

## INGRESOS Y EGRESOS (MILES DE PESOS).

<u>AÑO</u>	<u>INGRESOS</u>	<u>EGRESOS</u>	<u>RESERVAS</u>
1959	1 289 724	1 046 188	243 536
1960	1 772 138	1 317 261	454 877
1961	2 173 460	1 580 864	592 596
1962	2 568 633	1 960 193	608 440
1963	3 125 749	2 433 821	691 928
1964	3 715 411	3 020 799	694 612

## INGRESOS Y EGRESOS TOTALES DEL SEXENIO POR RAMOS.

	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>INGRESOS</u>	14 645 115	100.0
CUOTAS	14 050 759	95.9
PRODUCTOS DE INVERSION	594 356	4.1
<u>EGRESOS</u>	11 359 126	100.0
PRESTACIONES EN ESPECIE	7 425 344	65.4
PRESTACIONES EN DINERO	1 621 311	14.3
GASTOS DE ADMINISTRACION	2 312 471	20.3
INCOBRABILIDADES, DEPRECIACIONES E INTERESES ACTUARIALES	-----	----
<u>RESULTADO DEL EJERCICIO</u>	3 285 989	22.4

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

CUADRO 11

## SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS.

<u>AÑO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLINICOS</u>	<u>HOSPITALIZACION</u>	<u>CIRUGIA</u>
1959	14 282 893	776 009	187 693	66 627
1960	15 748 755	964 197	221 333	80 325
1961	17 559 025	1 024 597	248 418	85 756
1962	19 810 300	1 296 173	309 899	107 632
1963	21 585 531	1 711 908	364 732	125 745
1964	24 447 811	2 172 194	468 992	160 525

## SERVICIOS MEDICOS AL FINAL DEL SEXENIO POR ESTADOS.

<u>ESTADO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLIN.</u>	<u>HOSP.</u>	<u>CIRUGIA</u>
AGUASCALIENTES	154 623	4 229	3 365	1 759
BAJA CALIFORNIA NORTE	595 492	74 014	18 046	6 068
BAJA CALIFORNIA SUR	24 809	2 262	600	181
CAMPECHE	98 802	5 100	985	278
COAHUILA	1 159 806	112 697	23 715	8 320
COLIMA	53 961	4 003	1 554	157
CHIAPAS	286 655	19 994	4 582	1 214
CHIHUAHUA	858 472	84 939	20 523	5 010
DISTRITO FEDERAL	6 777 505	912 128	164 417	58 926
DURANGO	434 782	17 024	7 268	1 354
GUANAJUATO	660 967	19 837	9 009	2 716
GUERRERO	291 211	14 502	2 222	985
HIDALGO	247 777	13 885	4 522	1 049
JALISCO	1 154 739	100 453	25 403	7 745
ESTADO DE MEXICO	1 039 841	65 151	4 565	2 588
MICHOACAN	450 693	13 776	7 569	2 030
MORELOS	449 304	23 500	6 471	1 569
NAYARIT	69 627	5 678	1 030	293
NUEVO LEON	2 707 712	221 940	44 194	19 508
OAXACA	117 130	5 186	1 775	535
PUEBLA	814 816	56 015	20 363	6 235
QUERETARO	164 849	7 593	2 418	619
QUINTANA ROO	19 164	2 059	275	107
SAN LUIS POTOSI	612 204	24 769	9 471	2 728
SINALOA	1 072 989	56 055	13 439	3 491
SONORA	1 107 007	68 236	17 559	5 355
TABASCO	56 319	3 247	879	333
TAMAULIPAS	1 123 932	87 944	24 040	9 264
TLAXCALA	131 116	---	430	11
VERACRUZ	1 235 883	110 394	21 190	7 010
YUCATAN	408 792	32 343	5 929	2 778
ZACATECAS	66 832	3 241	1 184	381

Cifras estimadas.

## PRESTACIONES EN ESPECIE Y DINERO (MILES DE PESOS).

<u>AÑO</u>	<u>ESPECIE</u>	<u>DINERO</u>
1959	676 105	140 893
1960	829 935	182 981
1961	987 021	229 711
1962	1 228 212	284 887
1963	1 626 692	350 909
1964	2 077 379	431 930

## PRESTACIONES POR RAMO AL FINAL DEL SEXENIO.

	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>	2 077 379	100.0
ASISTENCIA MEDICA	1 012 465	48.7
SERVICIO DE FARMACIA Y LAB.	753 950	36.3
SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y TRANSP.	204 538	9.8
SERVICIO DE PREVISION GENERAL	106 426	5.2
SERVICIO DE GUARDERIAS	-----	---
SERVICIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL	-----	---
<u>PRESTACIONES EN DINERO</u>	431 930	100.0
SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL	69 098	16.0
SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD	69 968	16.2
SUBSIDIOS POR MATERNIDAD	24 576	5.7
FUNERALES	4 324	1.0
INDENIZACIONES POR INCAP. PERMANENTE	1 437	0.3
PENSIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE	18 948	4.4
PENSIONES POR VIUDEZ	41 580	9.6
FINIQUITOS POR MATRIMONIO A VIUDAS PENS.	265	0.1
PENSIONES DE ORFANDAD	25 978	6.0
FINIQUITOS POR PENSIONES DE ORFANDAD	248	0.1
DOTES MATRIMONIALES A LOS ASEGURADOS	32 107	7.4
PENSIONES DE INVALIDEZ	39 968	9.3
PENSIONES DE VEJEZ	101 665	23.4
PENSIONES A LOS ASCENDIENTES	1 650	0.4
FINIQUITOS A PENSIONADOS POR CAMBIO DE RESIDENCIA AL EXTRANJERO	117	0.1

Cifras estimadas.



CONSTRUCCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL AL FINAL  
DEL SEXENIO 1958-1964.

<u>ESTADO</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>CLINICA</u>	<u>CLINICA HOSPITAL</u>	<u>CLINICA AUXILIAR</u>
AGUASCALIENTES				
BAJA CALIFORNIA NORTE	3	3	2	8
BAJA CALIFORNIA SUR			1	
CAMPECHE			2	1
COAHUILA	3	3		
COLIMA			2	1
CHIAPAS				
CHIHUAHUA	1	1	1	4
DISTRITO FEDERAL	2	6	4	
DURANGO				
GUANAJUATO	1	1	1	2
GUERRERO	1	1	2	1
HIDALGO			1	2
JALISCO		1	3	10
ESTADO DE MEXICO		2	5	1
MICHOCAN			3	3
MORELOS			2	9
NAYARIT			1	2
NUEVO LEON			4	7
OAXACA				2
PUEBLA		1		5
QUERETARO			1	
QUINTANA ROO			1	
SAN LUIS POTOSI	1	1		4
SINALOA	3	3		12
SONORA			4	1
TABASCO			1	3
TAMAULIPAS				
TLAXCALA				
VERACRUZ	3	5	2	32
YUCATAN			1	6
ZACATECAS				

Fuente: La Seguridad Social en México, IMSS.

## MEDICOS EN SERVICIO 1958-1964.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>
1959	4 110
1960	4 725
1961	5 345
1962	5 775
1963	6 548
1964	6 700

## MEDICOS EN SERVICIO POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>
AGUASCALIENTES	52
BAJA CALIFORNIA NORTE	148
BAJA CALIFORNIA SUR	9
CAMPECHE	32
COAHUILA	274
COLIMA	28
CHIAPAS	68
CHIHUAHUA	184
DISTRITO FEDERAL	2 186
DURANGO	88
GUANAJUATO	194
GUERRERO	64
HIDALGO	75
JALISCO	416
ESTADO DE MEXICO	527
NICHUACAN	128
MORELOS	91
NAYARIT	55
NUEVO LEON	428
OAXACA	54
PUEBLA Y TLAXCALA	224
QUEZETARO	55
QUINTANA ROO	14
SAN LUIS POTOSI	106
SINALOA	180
SONORA	207
TABASCO	35
TAMAULIPAS	217
VERACRUZ	373
YUCATAN	140
ZACATECAS	48

Cifras estimadas.

## Capitulo VII.

Sexenio 1964-1970.

La administración se inició reorganizando las dependencias -- centrales del Instituto. Se crearon de inmediato siete majestuosas subdirecciones; dirigidas por personalidades, maduras, de prestigio; pero que desconocían la teoría y la práctica de la seguridad social, y no estaban dispuestas a volver a empezar. Y lo que aún -- fué más de lamentar es que se insensibilizaron las ideas y sentimientos que animaban a la Institución, tan reciamente engarzada en las premisas de la justicia social.

Así se dió la espalda a las teorías y prácticas de la seguridad social y se generó un clima hiperbólico de sabiduría donde todas las cosas se pintaban con los colores más vivos que su expresión real o se minimizaban más allá de sus dimensiones objetivas.

Y por primera vez en 21 años se cerraron al grueso público de derechohabientes las puertas de la Dirección General, Subdirecciones y las de Jefes de Departamento. A poco tiempo las salas de espera estaban vacías y ni la presión política incesante de la CTM, ni la de la CROC, fueron capaces de impulsar la reforma que todos anhelaban.

El propósito era promover una reforma substancial a la Ley -- del Seguro Social, que mejorara tanto las prestaciones, ya obsoletas a través de 25 años sin movimiento, como nuevas ramas de ries-

gos, y esencialmente cubrir el pasivo que se había generado. Esto mismo se había hecho en las siete reformas anteriores que había -- experimentado la Ley del Seguro Social.

El 1° de Febrero de 1966 se realizó el cambio de Dirección en el Instituto, esto origino una sensación colectiva de esperanza en las perspectivas del Instituto.

El Departamento de Inspección y Vigilancia fue sustituido por una Comisión Asesora de empresarios y trabajadores. Se ha llegado a la conclusión de que las violaciones a la Ley del Seguro Social y su Reglamento por parte de los empresarios y trabajadores, obedece más a la ignorancia o al inadecuado conocimiento de la misma, -- que al deliberado propósito de no cumplir sus preceptos. Esta oficina orientará a los trabajadores y empresarios para que mediante el conocimiento de la ley y su observancia, obtengan las ventajas implícitas, en una actitud de mutua comprensión en problemas de -- positivo interés paratodos.

#### Población Total y Económicamente Activa.

En el cuadro 15, observamos el continuo crecimiento de la población, aumento en un 20%, más que en el periodo anterior, observandose un decreciente porcentaje de población activa, solo un 6%, disminuyendo el porcentaje del total de la población que se coloca activamente en un 27%.

#### Población Asegurada.

La población beneficiada alcanzó al final del sexenio la cifra de 9 495 396 personas, de las cuales 3 120 766 son asegurados

directos y 6 375 633 beneficiarios ( cuadro 16 ). Esta cifra significa una población beneficiaria que apenas alcanzó el 19.7% de la población total del país, y durante este sexenio la población beneficiaria alcanzó un crecimiento natural de 68.6% respecto al año de 1964.

#### Ingresos y Egresos.

Los ingresos del Instituto al final del sexenio ascendieron a 8 277 millones superando en 2.2 veces más que los registrados en 1964; pero los egresos que en el sexenio anterior habían ascendido a 3 020 millones, pasaron a 7 862 millones en 1970; es decir, su aumento fué de 2.6 veces más, quedando solo un remanente de 5% que equivale a 414 millones, o sea una cifra inferior 59.7% respecto a la registrada en 1964 que fué de 694 millones, que se enmarcan en el cuadro 17.

Durante sus primeros 25 años de vida institucional, el Instituto ha venido conquistándose paso a paso solidez financiera. Excepto en el trienio 1965-1967 en que sufrió una crisis de crecimiento por el tremendo desarrollo del sexenio 1958-1964.

Este incremento en el sobre giro de las operaciones del Instituto, se debió a los altos salarios que se fijó la nueva administración; al aumento en la remuneración al personal médico, a partir del 16 de Abril de 1965, y en general al aumento de salarios del personal y otras prestaciones que se otorgaron por la revisión anticipada del Contrato Colectivo de Trabajo. Hecho que generó una elevación en los salarios de aproximadamente 40%.

A su vez las realizaciones en los 14 meses de la primera ad--

ministración a través de los indicadores más representativos del crecimiento del Instituto, respecto a sus dimensiones de años anteriores, hechos de grave estancamiento. El crecimiento de la Institución casi se paro en seco. Y si sus indicadores se movieron algo, bajando el ritmo de su velocidad, más bien fué por el impulso que traían de administraciones anteriores.

El Concejo Técnico aprobó un periodo de gracia para la regularización de los empresarios que no tuvieron sus cuentas en orden. Al mismo tiempo fortaleció el departamento de auditoria, para disponer de un medio que permitiera establecer responsabilidades contra aquellos patronos que se resistieran al cumplimiento de sus obligaciones, defraudando al Instituto y a los trabajadores de sus empresas.

#### Servicios Médicos.

Las prestaciones médicas se suministraron a través de nuevas unidades proyectadas en el sexenio anterior y otras con la nueva administración que desarrolló un amplio esfuerzo al final del sexenio.

Los principales servicios médicos proporcionados por el Instituto se analizan en el cuadro 18, y se observa que el incremento es aproximadamente del 70%, con excepción del ramo de consultas -- que se aproximó solo al 60% más que en el sexenio anterior.

#### Prestaciones.

En el cuadro 19 se presentan los conceptos por ramo en 1970, desarrollándose el total año por año.

Prestaciones en especie. Este rubro originó una erogación de 2 877 millones más que en 1964, que representa un 63% del total de los egresos en 1970.

Los servicios de prestaciones en dinero que concede el Instituto registró una erogación de 1 162 millones en 1970 que representa el 15% del total de los egresos del mismo año, que representa el 37.1% respecto a 1964 de incremento.

#### Construcciones.

Se describe la ubicación de las construcciones en este sexenio en el cuadro 20, tomando en cuenta que se iniciaron en el periodo anterior y por discontinuidad en este, se pierde el control exacto de cada uno de los Estados, se obtiene información por datos separados que se efectuaron en forma simple.

De acuerdo al cuadro citado se construyeron 117 unidades para dar servicio al incremento de asegurados que se adhirieron al Instituto.

#### Médicos en Servicio.

Se realizó una estimación de los médicos en servicio tomando como base los informes que se obtuvieron a partir de 1968. En el cuadro 21, se observa el incremento en un 100%, comparando 1964 y 1965. A su vez el incremento en cada uno de los Estados se encuentra en la misma proporción.

CUADRO 15

POBLACION TOTAL Y ECONOMICAMENTE ACTIVA.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
1965	41 048 344	12 236 832
1966	42 361 891	12 371 437
1967	43 717 471	12 507 492
1968	45 116 430	12 645 074
1969	46 560 156	12 794 169
1970	48 225 238	12 909 540

POBLACION POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
AGUASCALIENTES	338 142	86 332
BAJA CALIFORNIA NORTE	870 421	221 779
BAJA CALIFORNIA SUR	128 019	34 292
CAMPECHE	251 556	71 681
COAHUILA	1 114 956	283 351
COLIMA	241 153	68 122
CHIAPAS	1 569 053	413 294
CHIHUAHUA	1 612 525	416 852
DISTRITO FEDERAL	6 874 162	2 189 521
DURANGO	939 208	227 241
GUANAJUATO	2 270 370	567 774
GUERRERO	1 597 360	372 477
HIDALGO	1 193 845	307 810
JALISCO	3 296 586	888 468
ESTADO DE MEXICO	3 833 185	965 625
MICHOCAN	2 324 226	553 778
MORELOS	616 119	166 251
NAYARIT	544 031	144 914
NUEVO LEON	1 694 699	483 269
OAXACA	2 015 424	528 135
PUEBLA	2 508 226	676 770
QUERETARO	485 523	127 216
QUINTANA ROO	88 150	25 262
SAN LUIS POTOSI	1 281 996	331 888
SINALCA	1 266 528	343 947
SONORA	1 098 720	289 799
TABASCO	768 327	200 232
TAMAULIPAS	1 456 858	383 380
TLAXCALA	420 632	104 455
VERACRUZ	3 215 422	1 004 809
YUCATAN	758 355	207 538
ZACATECAS	951 462	223 278

Fuente: Censo General de Población 1970.



POBLACION ASEGURADA.		
<u>AÑO</u>	<u>ASEGURADOS DIRECTOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
1965	2 209 915	4 470 312
1966	2 315 103	4 702 393
1967	2 447 398	4 981 426
1968	2 633 054	5 342 292
1969	2 901 907	5 939 037
1970	3 120 763	6 375 633

  

POBLACION ASEGURADA POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.		
<u>ESTADO</u>	<u>ASEGURADOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
AGUASCALIENTES	22 174	42 233
BAJA CALIFORNIA NORTE	100 883	212 814
BAJA CALIFORNIA SUR	3 598	5 858
CAMPECHE	14 513	30 723
COAHUILA	89 660	196 129
COLIMA	11 212	20 473
CHIAPAS	28 298	52 031
CHIHUAHUA	79 765	173 570
DISTRITO FEDERAL	1 256 113	2 322 553
DURANGO	35 581	76 126
GUANAJUATO	90 713	218 677
GUERRERO	40 857	76 053
HIDALGO	22 619	49 965
JALISCO	183 896	509 239
ESTADO DE MEXICO	31 064	63 712
MICHOCAN	44 341	107 733
MORELOS	45 076	109 456
NAVARRIT	13 212	25 995
HUEVO LEON	217 491	431 733
OAXACA	21 891	42 151
PUEBLA Y TLAXCALA	100 346	233 291
QUERETARO	21 596	40 808
QUINTANA ROO	1 266	2 548
SAN LUIS POTOSI	47 014	105 329
SINALOA	103 772	209 919
SONORA	123 808	219 674
TABASCO	12 876	28 214
TAMAULIPAS	111 955	235 026
VERACRUZ	203 010	439 050
YUCATAN	30 452	63 664
ZACATECAS	11 711	22 801

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

CUADRO 17

INGRESOS Y EGRESOS (MILES DE PESOS).			
<u>AÑO</u>	<u>INGRESOS</u>	<u>EGRESOS</u>	<u>RESERVAS</u>
1965	4 350 263	4 121 662	228 601
1966	5 122 104	4 650 403	471 701
1967	5 641 277	5 045 359	595 918
1968	6 384 855	5 914 689	470 166
1969	6 978 888	6 509 507	469 381
1970	8 277 357	7 862 636	414 721

  

INGRESOS Y EGRESOS TOTALES DEL SEXENIO POR RAMOS.		
	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>INGRESOS</u>	36 754 744	100.0
CUOTAS	35 241 788	95.9
PRODUCTOS DE INVERSION	1 512 956	4.1
<u>EGRESOS</u>	34 104 256	100.0
PRESTACIONES EN ESPECIE	22 162 888	65.0
PRESTACIONES EN DINERO	4 786 476	14.0
GASTOS DE ADMINISTRACION	4 465 245	13.1
INCOBRABILIDADES, DEPRECIACIONES E INTERESES ACTUARIALES	2 689 647	7.9
<u>RESULTADO DEL EJERCICIO</u>	2 650 488	7.2

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

## SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS.

<u>AÑO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLINICOS</u>	<u>HOSPITALIZACION</u>	<u>CIRUGIA</u>
1965	27 046 321	2 589 835	511 245	185 007
1966	29 370 616	2 905 080	578 802	204 010
1967	30 586 079	3 139 264	635 562	223 882
1968	32 168 080	3 233 256	691 774	234 507
1969	35 014 699	3 503 809	774 827	264 424
1970	37 428 240	3 867 645	837 525	275 058

## SERVICIOS MEDICOS AL FINAL DEL SEXENIO POR ESTADOS.

<u>ESTADO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLIN.</u>	<u>HOSP.</u>	<u>CIRUGIA</u>
AGUASCALIENTES	236 685	7 488	6 005	3 010
BAJA CALIFORNIA NORTE	911 655	131 811	32 226	10 400
BAJA CALIFORNIA SUR	37 655	3 985	1 067	302
CAMPECHE	151 223	9 040	1 755	472
COAHUILA	1 775 620	200 705	42 350	14 256
COLIMA	82 571	7 086	2 771	265
CHIAPAS	438 826	35 566	8 179	2 086
CHIHUAHUA	1 314 277	151 233	36 650	8 583
DISTRITO FEDERAL	10 376 371	1 624 452	293 706	100 952
DURANGO	665 608	30 276	12 976	2 316
GUANAJUATO	1 011 897	35 286	16 086	4 651
GUERRERO	445 801	25 785	3 964	1 684
HIDALGO	379 303	24 686	8 072	1 793
JALISCO	1 767 862	178 899	45 361	13 270
ESTADO DE MEXICO	1 591 953	115 990	8 149	4 431
MICHOACAN	689 968	24 492	13 514	3 475
MORELOS	687 841	41 810	11 553	2 685
NAYARIT	106 556	10 069	1 835	500
NUEVO LEON	4 145 464	395 267	78 922	33 403
OAXACA	179 283	9 193	3 166	912
PUEBLA	1 247 440	99 755	36 364	10 682
QUERETARO	252 341	13 480	4 314	1 056
QUINTANA ROO	29 297	3 624	487	179
SAN LUIS POTOSI	937 240	44 070	16 911	4 671
SINALOA	1 642 703	99 826	24 000	5 979
SONORA	1 694 755	121 520	31 356	9 174
TABASCO	86 181	5 739	1 565	566
TAMAULIPAS	1 720 697	156 620	42 926	15 874
TLAXCALA	200 695	-- --	763	14
VERACRUZ	1 892 094	196 604	37 837	12 011
YUCATAN	625 817	57 559	10 585	4 757
ZACATECAS	102 277	5 729	2 110	649

Cifras estimadas.

## PRESTACIONES EN ESPECIE Y DINERO (MILES DE PESCS).

<u>AÑO</u>	<u>ESPECIE</u>	<u>DINERO</u>
1965	2 932 204	510 931
1966	3 001 221	610 784
1967	3 301 954	704 416
1968	3 897 221	812 005
1969	4 075 647	985 690
1970	4 954 641	1 162 646

## PRESTACIONES POR RAMO AL FINAL DEL SEXENIO.

	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>	4 954 641	100.0
ASISTENCIA MEDICA	2 417 217	48.8
SERVICIO DE FARMACIA Y LAB.	1 799 367	36.3
SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y TRANSP.	486 272	9.8
SERVICIO DE PREVISION GENERAL	251 785	5.1
SERVICIO DE GUARDERIA	---	--
SERVICIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL	---	--
 <u>PRESTACIONES EN DINERO</u>	 1 162 646	 100.0
SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL	185 924	16.0
SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD	188 266	16.2
SUBSIDIOS POR MATERNIDAD	66 161	5.7
FUNERALES	11 683	1.0
INDEMNIZACIONES POR INCAP. PERMANENTE	3 916	0.3
PENSIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE	51 023	4.4
PENSIONES POR VIUDEZ	111 901	9.6
FINIQUITOS POR MATRIMONIO A VIUDAS PENS.	765	0.1
PENSIONES POR ORFANDAD	69 927	6.0
FINIQUITOS POR PENSIONES DE ORFANDAD	720	0.1
DOTES MATRIMONIALES A LOS ASEGURADOS	86 420	7.4
PENSIONES DE INVALIDEZ	107 559	9.3
PENSIONES DE VEJEZ	273 525	23.4
PENSIONES A LOS ASCENDIENTES	4 491	0.4
FINIQUITOS A PENSIONADOS POR CAMBIO DE RESIDENCIA AL EXTRANJERO	366	0.1

Cifras estimadas.

CUADRO 20

CONSTRUCCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL AL FINAL DEL SEXENIO 1964-1970.				
<u>ESTADO</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>CLINICA</u>	<u>CLINICA HOSPITAL</u>	<u>CLINICA AUXILIAR</u>
AGUASCALIENTES	1	2	1	
BAJA CALIFORNIA NORTE		1	1	3
BAJA CALIFORNIA SUR	1		1	2
CAMPECHE		2	1	
COAHUILA	1		1	5
COLIMA		1	1	2
CHIAPAS			3	
CHIHUAHUA			2	
DISTRITO FEDERAL		4	1	
DURANGO		2	1	1
GUANAJUATO	1		1	3
GUERRERO		4	5	3
HIDALGO			3	
JALISCO	2	1	2	
ESTADO DE MEXICO			4	2
MICHOACAN	1		2	
MORELOS			3	
NAYARIT			2	1
NUEVO LEON			3	
OAXACA		1	2	3
PUEBLA			2	
QUERETARO			2	
QUINTANA ROO			1	
SAN LUIS POTOSI			2	2
SINALOA	1	1		
SONORA		1	1	
TABASCO		1	1	
TAMAULIPAS	1		1	
TLAXCALA			2	
VERACRUZ		2		3
YUCATAN	1			
ZACATECAS			1	2

Cifras estimadas.

## MEDICOS EN SERVICIO 1954-1970

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>
1965	13 638
1966	20 576
1967	27 514
1968	34 452
1969	41 390
1970	48 329

## MEDICOS EN SERVICIO POR ESTADO AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>
AGUASCALIENTES	373
BAJA CALIFORNIA NORTE	1 069
BAJA CALIFORNIA SUR	62
CAMPECHE	230
COAHUILA	1 982
COLIMA	206
CHIAPAS	499
CHIHUAHUA	1 325
DISTRITO FEDERAL	15 766
DURANGO	634
GUANAJUATO	1 400
GUERRERO	461
HIDALGO	540
JALISCO	2 994
ESTADO DE MEXICO	3 794
MICHOACAN	930
MORELOS	658
NAYARIT	396
NUEVO LEON	3 092
OAXACA	392
PUEBLA Y TLAXCALA	1 625
QUERETARO	398
QUINTANA ROO	98
SAN LUIS POTOSI	763
SINALCA	1 302
SONORA	1 491
TABASCO	253
TAMAULIPAS	1 559
VERACRUZ	2 684
YUCATAN	1 010
ZACATECAS	343

Cifras estimadas.

## Capitulo VIII

Sexenio 1970-1976.

### Población Total y Económicamente Activa.

En el cuadro 22, observamos el incremento que continúa paso a paso en la población total, aumento que para 1976 representa 26% -- comparado con el año 1970, así como el aumento muy leve de la población económicamente activa en un 7% representando solo el 21% -- de la población total que observando al final de 1970, continua -- disminuyendo.

### Población Asegurada.

De acuerdo con la política presidencial dictada en materia de seguridad social, uno de los objetivos básicos del Instituto durante la administración que inicia este periodo, fué la de extender -- el Régimen al mayor número posible de mexicanos.

Al cumplimiento de tales finalidades han contribuído en forma decisiva Decretos presidenciales para llevar el Seguro Social a -- grupos específicos.

De los Decretos merece especial mención el del mes de Febrero de 1972, por el cual se incorporaron al Régimen los ejidatarios -- dedicados al cultivo del henequén del Estado de Yucatán. Asimismo, el de Enero de 1973, que incorporó a los ejidatarios comuneros y -- pequeños propietarios dedicados al cultivo del tabaco, del Estado

de Nayarit.

Acorde con tales objetivos, la nueva ley incorporó al Régimen a los trabajadores a domicilio; estableció las bases para acelerar la extensión del Régimen al Sector Rural; creó la nueva figura jurídica de la incorporación Voluntaria, como domésticos, los no --- asalariados, trabajadores al servicio de los Gobiernos de los Es--- tados y aun los patrones personas físicas con trabajadores asegu--- rados a su servicio.

Por lo que respecta a los datos comparativos entre 1971 y --- 1976, se presentan formulados en el cuadro 23, la población dere--- chohabiente aumentó en más de 7 millones, es decir se registro un incremento del 57%.

Este cuadro nos muestra que la zona centro sigue siendo la --- que alcanza una mayor proporción de asegurados directos, sin em--- bargo ha decrecido en forma relativa a comparación de 1970.

#### Ingresos y Egresos.

El cuadro 24 nos permite conocer la tendencia ascendente tan--- to en los ingresos como en los egresos, así como los resultados --- del ejercicio.

La captación del ingreso tan representativo en este sexenio, se debió al incremento de asegurados directos, como se observa, --- los ingresos fueron 4 veces más que en 1970, de la misma forma se incrementaron los egresos que representan 3 veces más que al final del sexenio anterior, quedando un remanente de reserva de 2 746 --- millones, incrementandose fuertemente este concepto.



### Servicios Médicos.

El desarrollo de los servicios médicos se observa en el cuadro 25, resultando un incremento en consultas de un 27%, en laboratorios clínicos 53%, en hospitalización 66% y en cirugías 55%, en comparación a 1970. Registrándose el mayor incremento en la zona del Valle de México.

### Prestaciones.

Se presenta el desarrollo de las prestaciones año por año y porcentaje de cada ramo en el final del sexenio en el cuadro 26.

En el rubro de prestaciones en especie, en el sexenio se originaron erogaciones por 19 945 millones, 14 991 millones más que en 1970, que representa un 64% del total de los egresos en 1976.

Las prestaciones en dinero registraron una erogación de 5 463 millones que representa el 17% de los egresos. Se registró un incremento de 4 301 millones con respecto a 1970.

### Construcciones.

En esta administración se realizó un vasto programa de construcciones de unidades médicas, en el cuadro 27, que se presenta desglosado, figuran las construcciones en los Estados y el tipo de construcción.

Se construyeron 249 unidades, superando en 132 al periodo anterior. Se continuó presentando mayor atención a la zona del Valle de México por el mayor incremento de población, principalmente en las zonas periféricas del Distrito Federal para ir descentralizando la prestación de servicios.

### Médicos en Servicio.

En el cuadro 28 se presenta el incremento del 50% de médicos a comparación de 1970, observándose que del total 36 mil se encuentran colocados en el Distrito Federal y en el Estado de México representando un 40%, incrementándose un 3% más que en 1970.

El total de médicos representa el 73% del total de las plazas que mantiene el Instituto para el desarrollo de sus funciones.

## POBLACION TOTAL Y ECONOMICAMENTE ACTIVA.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
1971	49 635 733	13 051 544
1972	51 869 340	13 195 110
1973	54 203 460	13 340 256
1974	56 642 615	13 486 998
1975	59 191 532	13 635 354
1976	61 872 957	13 785 342

## POBLACION POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>ACTIVA</u>
AGUASCALIENTES	433 836	92 202
BAJA CALIFORNIA NORTE	1 116 750	236 830
BAJA CALIFORNIA SUR	164 248	36 623
CAMPECHE	322 746	76 555
COAHUILA	1 430 488	302 618
COLIMA	309 399	72 754
CHIAPAS	2 013 094	441 297
CHIHUAHUA	2 068 869	445 197
DISTRITO FEDERAL	8 819 549	2 338 008
DURANGO	1 205 003	242 693
GUANAJUATO	2 912 884	606 182
GUERRERO	2 049 412	397 805
HIDALGO	1 531 703	328 741
JALISCO	4 229 519	948 683
ESTADO DE MEXICO	4 917 976	1 031 087
MICHOACAN	2 981 981	591 434
MORELOS	790 480	177 556
NAYARIT	697 991	154 768
NUEVO LEON	2 174 285	516 031
OAXACA	2 585 788	563 948
PUEBLA	3 218 053	722 490
QUERETARO	622 926	135 856
QUINTANA ROO	113 096	26 979
SAN LUIS POTOSI	1 644 800	354 456
SINALOA	1 624 955	367 235
SONORA	1 409 657	309 505
TABASCO	985 763	213 847
TAMAULIPAS	1 869 148	409 249
TLAXCALA	539 678	111 557
VERACRUZ	4 895 186	1 073 036
YUCATAN	972 969	221 650
ZACATECAS	1 220 725	238 460

Cifras estimadas.

## POBLACION ASEGURADA.

<u>AÑO</u>	<u>ASEGURADOS DIRECTOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
1971	3 232 658	6 896 007
1972	3 581 084	7 695 993
1973	3 900 811	9 615 922
1974	4 019 884	9 909 148
1975	4 305 532	11 601 980
1976	4 337 864	12 213 712

## POBLACION ASEGURADA POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>ASEGURADOS</u>	<u>BENEFICIARIOS</u>
AGUASCALIENTES	32 193	105 000
BAJA CALIFORNIA NORTE	117 664	341 161
BAJA CALIFORNIA SUR	6 957	21 766
CAMPECHE	19 136	53 774
COAHUILA	174 527	535 572
COLIMA	19 439	54 011
CHIAPAS	48 410	121 955
CHIHUAHUA	126 256	377 043
DISTRITO FEDERAL	1 548 915	4 037 281
DURANGO	60 633	198 886
GUANAJUATO	116 791	382 858
GUERRERO	48 213	137 046
HIDALGO	45 646	134 609
JALISCO	283 384	857 688
ESTADO DE MEXICO	53 462	172 964
MICHOACAN	80 663	256 835
MORELOS	56 437	160 385
NAYARIT	51 085	125 945
NUEVO LEON	292 754	894 249
OAXACA	44 769	119 592
PUEBLA Y TLAXCALA	129 550	380 173
QUERETARO	37 139	114 777
QUINTANA ROO	10 605	27 201
SAN LUIS POTOSI	67 016	196 723
SINALOA	147 048	430 548
SONORA	145 550	411 096
TABASCO	36 196	99 073
TAMAULIPAS	136 405	390 008
VERACRUZ	263 283	682 279
YUCATAN	113 956	314 894
ZACATECAS	23 782	79 124

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

## INGRESOS Y EGRESOS (MILES DE PESOS).

<u>AÑO</u>	<u>INGRESOS</u>	<u>EGRESOS</u>	<u>RESERVAS</u>
1971	10 787 521	9 085 042	1 702 479
1972	12 335 747	10 744 161	1 591 586
1973	14 295 038	12 876 154	1 418 884
1974	20 176 424	17 545 043	2 631 381
1975	25 680 551	22 986 208	2 694 343
1976	33 906 026	31 159 632	2 746 394

## INGRESOS Y EGRESOS TOTALES DEL SEXENIO POR RAMOS.

	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>INGRESOS</u>	117 181 307	100.0
CUOTAS	111 954 481	95.5
PRODUCTOS DE INVERSION	5 226 826	4.5
<u>EGRESOS</u>	104 396 240	100.0
PRESTACIONES EN ESPECIE	66 181 987	63.4
PRESTACIONES EN DINERO	18 070 316	17.3
GASTOS DE ADMINISTRACION	14 574 417	14.0
INCOBRABILIDADES, DEPRECIACIONES E INTERESES ACTUARIALES	5 569 520	5.3
<u>RESULTADO DEL EJERCICIO</u>	12 785 067	10.9

Fuente: Memoria Anual de Labores, IMSS.

CUADRO 25

## SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS.

<u>AÑO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLINICOS</u>	<u>HOSPITALIZACION</u>	<u>CIRUGIA</u>
1971	40 792 746	4 427 859	946 494	303 799
1972	43 667 806	5 220 594	1 033 859	332 646
1973	44 885 988	5 832 409	1 099 886	360 413
1974	44 293 447	5 929 693	1 137 305	388 154
1975	45 926 609	6 540 812	1 194 984	438 555
1976	47 621 300	7 214 515	1 255 928	495 567

## SERVICIOS MEDICOS AL FINAL DEL SEXENIO POR ESTADOS.

<u>ESTADO</u>	<u>CONSULTAS</u>	<u>LAB. CLIN.</u>	<u>HOSP.</u>	<u>CIRUGIA</u>
AGUASCALIENTES	292 959	14 007	8 996	5 422
BAJA CALIFORNIA NOROCC	1 151 519	245 869	48 328	18 738
BAJA CALIFORNIA SUR	40 154	7 474	1 589	542
CAMPECHE	184 251	16 901	2 621	848
COAHUILA	2 250 434	374 356	63 514	25 687
COLIMA	96 926	13 257	4 145	475
CHIAPAS	550 082	66 372	12 257	3 756
CHIHUAHUA	1 663 656	282 091	54 964	15 464
DISTRITO FEDERAL	13 190 627	3 029 715	440 553	181 906
DURANGO	838 549	56 506	19 453	4 171
GUANAJUATO	1 279 028	65 850	24 118	8 379
GUERRERO	830 954	48 131	5 941	3 032
HIDALGO	474 369	46 081	12 097	3 228
JALISCO	2 240 616	333 698	68 041	23 910
ESTADO DE MEXICO	2 016 860	216 363	12 212	7 982
MICHOACAN	869 535	45 719	20 260	6 259
MORELOS	866 829	78 017	17 318	4 836
NAYARIT	127 435	18 820	2 741	899
NUEVO LEON	5 264 926	737 214	118 383	60 190
OAXACA	219 943	17 186	4 738	1 641
PUEBLA	1 576 639	186 085	54 535	19 246
QUERETARO	312 873	25 182	6 460	1 900
QUINTANA ROO	29 161	6 800	719	320
SAN LUIS POTOSI	1 184 065	82 232	25 355	8 415
SINALOA	2 081 414	186 217	35 989	10 772
SONORA	2 147 624	226 676	47 023	16 529
TABASCO	101 518	10 745	2 336	1 017
TAMAULIPAS	2 180 622	292 138	64 367	28 602
TLAYCALA	247 116	---	1 122	23
VERACRUZ	2 398 639	366 708	56 733	21 641
YUCATAN	787 935	107 389	15 866	8 570
ZACATECAS	121 992	10 726	3 154	1 167

Cifras estimadas.

CUADRO 26

## PRESTACIONES EN ESPECIE Y DINERO (MILES DE PESOS).

<u>AÑO</u>	<u>ESPECIE</u>	<u>DINERO</u>
1971	5 568 871	1 445 691
1972	6 712 635	1 725 909
1973	8 147 068	2 223 663
1974	11 233 363	2 921 619
1975	14 574 622	4 289 695
1976	19 945 428	5 463 739

## PRESTACIONES POR RAMO AL FINAL DEL SEXENIO.

	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>	19 945 428	100.0
ASISTENCIA MEDICA	9 872 180	49.5
SERVICIO DE FARMACIA Y LAB.	6 975 236	35.0
SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y TRANSP.	1 937 678	9.7
SERVICIO DE PREVISION GENERAL	770 284	3.9
SERVICIO DE GUARDERIAS	195 947	1.0
SERVICIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL	194 100	0.9
<u>PRESTACIONES EN DINERO</u>	5 463 739	100.0
SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL	838 794	15.4
SUBSIDIOS POR ENFERMEDAD	749 742	13.7
SUBSIDIOS POR MATERNIDAD	412 244	7.5
FUNERALES	36 838	0.7
INDEMNIZACIONES POR INCAP. PERMANENTE	27 270	0.5
PENSIONES POR INCAPACIDAD PERMANENTE	154 598	2.8
PENSIONES POR VIUDEZ	583 738	10.7
FINIQUITOS POR MATRIMONIO A VIUDAS PENS.	2 750	0.1
PENSIONES DE ORFANDAD	293 420	5.4
FINIQUITOS POR PENSIONES DE ORFANDAD	4 381	0.1
DOTES MATRIMONIALES A LOS ASEGURADOS	206 047	3.8
PENSIONES DE INVALIDEZ	619 852	11.3
PENSIONES DE VEJEZ	1 509 227	27.5
PENSIONES A LOS ASCENDIENTES	23 269	0.4
FINIQUITOS A PENSIONADOS POR CAMBIO DE RESIDENCIA AL EXTRANJERO	1 562	0.1

Cifras estimadas.

CONSTRUCCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL AL FINAL  
DEL SEXENIO 1970-1976.

<u>ESTADO</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>CLINICA</u>	<u>CLINICA HOSPITAL</u>	<u>CLINICA AUXILIAR</u>
AGUASCALIENTES		2	2	
BAJA CALIFORNIA NORTE		2	1	
BAJA CALIFORNIA SUR		3	1	
CAMPECHE		4	1	
COAHUILA	2	5	4	
COLIMA		3	3	
CHIAPAS		2	1	1
CHIHUAHUA		4	2	1
DISTRITO FEDERAL	4	8	5	
DURANGO		3	2	
GUANAJUATO		5	3	3
GUERRERO		8	3	3
HIDALGO		4	3	
JALISCO	2	7	4	
ESTADO DE MEXICO	3	10	6	
MICHOACAN		8	3	
MORELOS		4	3	
NAYARIT		5	2	
NUEVO LEON	2	7	4	
OAXACA		2	1	3
PUEBLA		1	1	1
QUERETARO	2	2	3	
QUINTANA ROO		1	2	
SAN LUIS POTOSI		4	2	1
SINALOA		2	3	1
SONORA		2	4	
TAMASCO			2	
TAMAULIPAS	1	3	4	
TLAXCALA		2	2	2
VERACRUZ	2	1	3	
YUCATAN	1	3	4	
ZACATECAS			2	3

Cifras estimadas.



## MEDICOS EN SERVICIO 1970-1976.

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>
1971	53 257
1972	53 513
1973	62 999
1974	69 627
1975	81 537
1976	90 329

## MEDICOS EN SERVICIO POR ESTADOS AL FINAL DEL SEXENIO.

<u>ESTADO</u>	<u>TOTAL</u>
AGUASCALIENTES	664
BAJA CALIFORNIA NORTE	1 966
BAJA CALIFORNIA SUR	85
CAMPECHE	397
COAHUILA	3 673
COLIMA	352
CHIAPAS	902
CHIHUAHUA	2 445
DISTRITO FEDERAL	29 431
DURANGO	1 151
GUANAJUATO	2 585
GUERRERO	829
HIDALGO	977
JALISCO	5 549
ESTADO DE MEXICO	7 061
NICHOACAN	1 705
MORELOS	1 197
NAYARIT	707
NUEVO LEON	5 748
OAXACA	700
PUEBLA Y TLAXCALA	3 005
QUERETARO	713
QUINTANA ROO	152
SAN LUIS POTOSI	1 395
SINALOA	2 403
SONORA	2 757
TABASCO	442
TAMAULIPAS	2 883
VERACRUZ	4 988
YUCATAN	1 857
ZACATECAS	610

Cifras estimadas.

### Conclusiones.

Una Institución de seguridad social no puede tener una vida autónoma, haciendo abstracción del medio económico en que esta insertada, debe necesariamente integrarse en el conjunto de la vida económica nacional, de aquí que toda política económica deberá tener en cuenta la existencia de la seguridad social, ya que es un factor importante de esa política, dado que provee un instrumento de acción sobre la economía; En todos los casos ella es en sí un factor de orientación de esa economía, con el cual es necesario contar.

Los movimientos migratorios internos son la consecuencia lógica de la inquietud del hombre por una vida mejor. Las localidades rurales al carecer de las condiciones indispensables para su bienestar impulsan a sus pobladores a desplazarse a las grandes ciudades en donde se considera que existen mejores oportunidades, pero que en infinidad de ocasiones se les niegan en todas formas.

La distribución de los frutos del crecimiento económico, en cuanto a seguridad social, no hace sino más que en forma parcial seguir y entender precisamente a los sectores y regiones económicas más dinámicas. Acentuando así aún más las diferencias entre los sectores y regiones dinámicas y marginadas.

La redistribución del ingreso a través del sistema de seguridad social; encuentra grandes limitaciones para lograrse ya que --

gran parte de su financiamiento ha recaído sobre la gran masa de la población trabajadora y, sus beneficios han sido reducidos, con pocas intenciones de favorecer a los sectores de bajos ingresos.

En el último período hubo nuevas formas de protección que permitieron ampliar en buena manera la cobertura del seguro social, sobre todo en el área rural. Analizando estas formas se puede decir que una parte de las mismas no se aleja mucho de los aspectos de la expansión tradicional.

Queda pues la siguiente alternativa para los que determinan las políticas que norman el comportamiento de la Institución; encontrar nuevas formas de expansión o bien enfrentar un comportamiento de la protección que acentúa las desigualdades de un proceso de crecimiento económico y que además no está acorde con los objetivos de la seguridad social.

### Recomendaciones.

Para que la seguridad social pueda obtener resultados óptimos tanto sociales como económicos, debe realizarse una integración real, implantando servicios en todas las localidades, de modo que beneficien a todos los trabajadores del campo comprendidos en el país, así como prestar servicios a las zonas marginadas en las grandes ciudades. Es de considerarse que la institución puede y debe cubrir una población mucho mayor en lo que respecta a actividades económicas como a extensión geográfica.

Aprovechar el aparato de prensa y relaciones públicas del Instituto, que mantiene una oficina y un delegado en todas y cada una de las principales ciudades del país, a fin de obtener la información crítica que le ayudaría a los administradores del Instituto a corregir errores y satisfacer en forma específica y sencilla las funciones del Instituto en rincones apartados de cada Estado.

Debido a la reestructuración administrativa, se amplió el personal que labora en el Instituto a fin de atender la afluencia de un mayor número de usuarios; No se ha logrado una mayor fluidez en la solución de los problemas que se suscitan por la burocratización de los trámites, y el tiempo que se absorbe en la atención de los solicitantes; Se debe organizar el recurso humano ubicándolo en áreas de mayor problema.

Los servicios de salud se encuentran dispersos en cada Estado, con excepción del D.F. . Es necesario establecer un plan de construcciones, coordinándose en cada Estado, obteniendo y administrando los recursos que se requieren para el cumplimiento de su cometido, a fin de realizar una buena planeación que permita aportar protección al total de la población del país.

Es necesario una distribución mas apropiada del recurso médico en las áreas que mas requieren su servicio; Se cuenta con el personal suficiente, pero aquellos se concentran en las grandes urbes, marginando el medio rural, a la vez que se observa una mecanización, lógica, por el exceso de enfermos en las grandes ciudades ya que no hay tiempo para el diálogo. Lamentablemente a mayor demanda, habrá menor calidad en el servicio dentro de la Institución.

Acelerar el proceso para la unificación de las Instituciones del sector salud y abatir los elevados costos predominantes, sin que ello signifique la eliminación o supeditación de ninguna de las instancias que por ahora existen. Pero hay bastantes puntos de distribución, coordinación y planeación que ameritan la puesta en contacto de autoridades, personal técnico, empresarios y organismos gremiales para procurar la mejor distribución de recursos, equipo y servicios en el territorio nacional, o, en todo caso tender a un óptimo aprovechamiento.

## Bibliografía.

- Pérez Leñero José. Fundamentos de la seguridad social.
- Joaquín Priego Romo. La seguridad social, sus relaciones con -- los niveles de vida y la productividad.
- García Cruz Miguel. La seguridad social, bases, evolución, im-- portancia económica, social y política.
- El seguro social en México, desarrollo, -- situación y modificaciones en sus primeros 25 años de acción.
- Villar Borja A. El desarrollo de la seguridad social en -- México y sus influencias en la distribu--- ción del ingreso.
- Naciones Unidas. Informe sobre la definición y medición In-- ternacional del nivel de vida.
- CISS. y OIT. La seguridad social en las Américas.
- Ramírez Román. La habitación y los niveles de vida. Inves-- tigación económica.
- Solís Leopoldo. La realidad económica mexicana; retrovi--- sión y perspectivas.
- Varios Autores. Las clases sociales en México. Colección - Tlapali.

IMSS.

La seguridad social en México, cinco volu-  
menes.

Memoria anual de labores del Departamento  
de Contabilidad, 1963 y 1976.

Memoria de labores 1964.

Catalogo de Unidades en servicio 1965.

Dirección General de  
Estadística.

Censo General de Población. 1950, 1960 y  
1970.