



29.25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ECONOMIA

***LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A GRUPOS
MARGINADOS RURALES: EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR***

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ECONOMIA
P R E S E N T A
MARTIN BERDEJA PARRA

MEXICO, D. F.

1984



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 está 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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	
CAPITULO I. LA DISTRIBUCION DEL INGRESO Y LA SEGURIDAD SOCIAL.	1
1.1 Enfoques técnicos sobre la distribución del ingreso.	1
1.2 Consideraciones en torno al impacto de los servicios de la seguridad social sobre la distribución del ingreso.	18
1.3 Perfil general de la distribución del ingreso en México.	28
CAPITULO II. MARCO HISTORICO, CONCEPTUAL Y FILOSOFICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	35
2.1 Evolución universal de la seguridad social.	35
2.2 Antecedentes generales de la seguridad social en México.	46
2.2.1 La Colonia y el México <u>in</u> dependiente.	46
2.2.2 Período revolucionario.	49

2.2.3	<i>Etapa institucional</i>	54
2.2.3.1	<i>Contexto en el que surge la promulgación de la Ley del Seguro Social.</i>	57
2.2.3.2	<i>Establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y de otras instituciones del sector salud y seguridad social.</i>	60
CAPITULO III. EL ESTADO MEXICANO EN LA EVOLUCION JURIDICA DEL SEGURO SOCIAL A LA SOLIDARIDAD SOCIAL.		65
3.1	<i>La Ley del Seguro Social de 1943.</i>	65
3.2	<i>Disposiciones jurídicas para amparar a la población rural posteriores a la Ley del Seguro Social de 1943.</i>	69
3.3	<i>La Ley del Seguro Social de 1973.</i>	80
3.4	<i>Bases jurídicas de la solidaridad social.</i>	85

Página

CAPITULO IV.	EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS- COPLAMAR.	92
4.1	<i>Algunas características de las zonas de influencia del Programa.</i>	92
4.2	<i>Objetivos y metas del Programa.</i>	100
4.3	<i>La organización del trabajo comunitario.</i>	102
4.4	<i>Estructura organizativa.</i>	106
4.5	<i>El modelo de atención médica.</i>	109
4.5.1	<i>Niveles de atención.</i>	109
4.5.2	<i>Peculiaridades de la localidad sede y de la zona de influencia de las Unidades Médicas Rurales y de los Hospitales Rurales "S".</i>	111
4.5.3	<i>Características del personal.</i>	113
4.5.4	<i>El cuadro básico de medicamentos y la radiocomunicación.</i>	117
4.5.5	<i>Programas prioritarios.</i>	119

CAPITULO V.	ANALISIS DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR.	123
5.1	<i>Población adscrita y cobertura potencial del Programa.</i>	123
5.2	<i>Recursos humanos.</i>	124
5.3	<i>Infraestructura hospitalaria.</i>	124
5.4	<i>Presupuesto de inversión y operación, y costo por solidariohabitante.</i>	127
5.5	<i>Otorgamiento de servicios básicos.</i>	128
5.6	<i>Acciones de medicina preventiva.</i>	130
5.7	<i>Participación comunitaria.</i>	131
CAPITULO VI.	CONCLUSIONES.	136
ANEXO I.	ANALISIS DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS FINANCIEROS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.	159
ANEXO II.	APENDICE ESTADISTICO.	190
	BIBLIOGRAFIA.	237

I N T R O D U C C I O N

La presente investigación es un examen general del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

En particular se destacan: primero, la posibilidad de que este tipo de proyectos gubernamentales contribuya a incrementar la cobertura de atención de los servicios de salud y seguridad social a mayor número de mexicanos radicados en el medio rural, para que estos dispongan de medios y prestaciones que les permitan elevar su nivel de vida y acceder como consecuencia a ser beneficiados por un esquema más completo de protección y, segundo, los probables efectos de estos programas, financiados en su totalidad con recursos obtenidos del presupuesto fiscal ordinario del gobierno federal, sobre la distribución del ingreso.

Si bien no se trata de realizar una comprobación formal técnica ni se utilizan directamente procedimientos cuantitativos de análisis, el texto se fundamenta en los principales elementos conceptuales contenidos en el Programa y en los de la teoría de la distribución del ingreso. Se intenta más bien plantear algunos elementos sobre la trascendencia y las características de la seguridad social y su paso a la solidaridad social, particularmente en el caso de México.

Es pertinente hacer dos advertencias: la primera en el sentido de que el 8 de marzo de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud para población abierta que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR administra el Instituto Mexicano del Seguro Social.*

La segunda observación se refiere a la disponibilidad de información. El Programa IMSS-COPLAMAR tiene escasos cinco años de actividades, por lo que la calidad, los conceptos y la oportunidad de la información a -- que se tuvo acceso no necesariamente tendrán vigencia a mediano y largo plazos, debido a su corta operatividad dentro del sector salud y seguridad social en -- nuestro país. Es cierto que el Programa ha tenido -- avances significativos que facilitan el estudio y que a su vez existen ciertos adelantos en cuanto a la generación y análisis de los datos sobre distribución -- del ingreso. Sin embargo, aún no se produce esta información con la oportunidad y cantidad suficientes -- en forma tal que pueda observarse para un análisis pa -- ralelo al de la distribución del ingreso.

Cabe aclarar también las definiciones de algunos términos. La acepción más general de seguridad social -- comprende, en ocasiones, conceptos que en este trabajo

* En la mencionada publicación del Diario Oficial -- en lugar de cooperación se utiliza el término par -- ticipación.

se manejan de manera distinta, hecho este fundamentalmente condicionado por cuestiones metodológicas.

En el contexto de este análisis se maneja como concepto específico de "seguridad social" principalmente lo que se refiere a los programas de las instituciones de seguridad social que contribuyen con sus servicios preventivos, curativos, de prestaciones económicas, de difusión, etcétera, al goce pleno de las facultades físicas y psíquicas de los trabajadores que disfrutan de una relación de trabajo permanente y remunerado, tanto en períodos de incapacidad física temporal o permanente como al pasar al retiro.

El término "solidaridad social", que se ha acuñado como concepto característico del sistema mexicano, significa la transferencia deliberada de recursos y servicios financiados principalmente por el Estado y destinados a grupos carentes de capacidad contributiva - de bajos ingresos que corresponden a dicho esfuerzo social por medio del trabajo voluntario.

La estructura de esta investigación es la siguiente: en el capítulo I se describen inicialmente las principales corrientes de pensamiento económico que han tratado el tema de la distribución del ingreso. En la sección segunda del mismo apartado se plantean algunas consideraciones de carácter técnico relacionadas con los efectos de los servicios de la seguridad social - sobre la distribución del ingreso y en la parte última

se presenta en forma concisa el perfil general de la distribución del ingreso en México.

En este sentido es pertinente dejar anotado que no se cuenta con estudios empíricos adecuados sobre tal distribución del ingreso, razón por la cual se desconoce su evolución y, por tanto, si su distribución ha mejorado o empeorado. Lo anterior, no obstante que se dispone de las encuestas de ingresos y gastos de 1963 y 1968* cuyos resultados no son comparables en virtud de que fueron levantadas con diferentes metodologías; esto es, por ejemplo, el tamaño de la muestra es distinto y la clasificación del gasto de igual manera es diferente, lo que impide su comparación. Por lo que se refiere a la información proporcionada por la encuesta de ingresos y gastos de las familias de - - - 1977,** sólo es utilizable parcialmente.

A pesar de estas deficiencias en la información, se estima y adopta como un hecho vigente el que la distribución del ingreso se ha caracterizado en los últimos años por su naturaleza rígida y regresiva en favor del capital, lo que pone en evidencia que el carácter dual de la economía no ha cambiado y puede - - afirmarse otro tanto por lo que respecta a la concentración. Se señala también que la participación relativa de la agricultura en el ingreso ha disminuido frente a otros sectores de la economía, lo cual es una característica asociada a la marginalidad; punto éste en donde adquiere vital importancia el Programa IMSS-COPLAMAR por estar orientado a la atención de la

* Se refiere a las encuestas del Banco de México.

** Se refiere a la encuesta de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

salud de la población rural.

El capítulo II cubre los antecedentes y la evolución de los sistemas de seguridad social en el ámbito mundial. En él se trata de manera más amplia el caso de México, en un análisis que va desde la época de la Colonia hasta el período posterior a la promulgación de la Ley del Seguro Social en el año de 1943.

En el capítulo III se reseña la participación del Estado Mexicano en la evolución del marco legal de la seguridad social, cuyo origen data de la Constitución de 1917 y se concreta en la primera Ley del Seguro Social de 1943. Se revisa cómo la seguridad social en zonas rurales se inicia en el año de 1954 con el "Reglamento que establece las modalidades del régimen del seguro social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa" y se amplía en 1960 mediante la expedición del "Reglamento para el seguro social obligatorio de los trabajadores del campo". Este proceso desemboca en la nueva Ley del Seguro Social de 1973, que recoge la experiencia de 30 años de seguridad social mexicana.

Se describen también los servicios de solidaridad social otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período 1974-1979, antecedente más cercano y directo del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

El capítulo IV contiene la parte medular del texto.

En él se consignan algunas características de las zonas marginadas rurales objeto de influencia del Programa IMSS-COPLAMAR. Así mismo se describe ampliamente la operación del Programa en lo referente a sus objetivos, administración, recursos humanos y otras características principales.

Finalmente, en el capítulo V se analizan y evalúan los logros y resultados más relevantes, obtenidos por este proyecto gubernamental, durante su período de operación que cubre de 1980 a 1984. El análisis del Programa IMSS-COPLAMAR produjo conclusiones y recomendaciones que son consignadas en la parte final de la exposición.

El estudio contiene dos anexos: un texto que analiza en una primera aproximación, como ha evolucionado la parte del esfuerzo productivo nacional —medido fundamentalmente en términos de valor— que se canaliza a la instrumentación de la política de salud y seguridad social, y el segundo anexo presenta una selección de las estadísticas más importantes sobre el sistema de salud, seguridad y solidaridad social en México.

La conclusión medular a que se llega al término del trabajo, es que el propósito principal de la seguridad social no es la distribución del ingreso, de la que es un mecanismo complementario. En primera instancia la seguridad social se ocupa de proporcionar servicios sociales y asistencia médica necesarios para el bienes-

tar individual y colectivo. Se establece que las estrategias de distribución del ingreso tradicionales en cuentan sustento prioritario en acciones de carácter diverso como son, entre otras, la creación de empleos, además de las políticas tributaria, de precios y de salarios. Empero, conocidas las limitaciones reales que tiene una estrategia económica aislada para incidir en la distribución del ingreso, las medidas de carácter social adquieren relevancia crucial. Es en este contexto que, aun con las dificultades conceptuales para medir el valor de las transferencias, se estima que la seguridad social es un valioso mecanismo complementario que produce efectos económicos y sociales sobre la distribución del ingreso.

Estos efectos de los sistemas de seguridad social sobre la distribución del ingreso se tornan aun más importantes, debido a que se realizan con base en aportaciones concretas y efectivas al nivel de vida de los grupos marginados y de las personas que se encuentran en los niveles más bajos de ingreso. Y para sustentar esta afirmación en la realidad social del país baste constatar cómo originalmente el grupo de trabajadores organizados, base y sustento del seguro social mexicano, recibió en mayor medida los beneficios de la modernización de la economía, y cómo actualmente se ha logrado llevar servicios a otros grupos sociales, con lo que se han elevado sus niveles de bienestar.

Como ya se mencionó, el caso de México presenta características muy interesantes, ubicadas en una situación

intermedia entre las que pueden considerarse típicas - de los países desarrollados y de los subdesarrollados. Así, si bien desde su fundación la seguridad social mexicana se orientaba hacia las personas que disfrutaban de una relación de trabajo permanente y remunerada, en la actualidad se han desarrollado esquemas de solidaridad, como es el caso del Programa IMSS-COPLAMAR, que - permiten canalizar recursos hacia los grupos marginados en una efectiva distribución vertical del ingreso.

Finalmente y por lo que respecta al objetivo principal del Programa para ampliar el ámbito de cobertura de -- los servicios de seguridad social, debe señalarse que en el Programa IMSS-COPLAMAR se fijó como meta incrementar la cobertura hasta alcanzar el número de 10 millones de solidariohabitantes. En la actualidad éste y otros objetivos se han superado ampliamente, ya que el Programa cuenta con 325 unidades médicas rurales y 71 Hospitales Rurales "S" con una capacidad suficiente para atender a una población potencialmente protegida y estimada en 18 millones de habitantes.

Aun cuando la versión inicial de este trabajo fue escrita en el año de 1982, se planteaba ya entonces la - necesidad de coordinar a las diversas instituciones - públicas que proporcionan servicios de salud a la población. Esta coordinación hará factible alcanzar los servicios y de mejorar el nivel de vida de la población.

Este trabajo se propuso ser síntesis y ordenamiento de ideas que se han debatido ampliamente en diversos foros. Se utilizan, por tanto, enfoques y análisis tomados de muchas fuentes y autores, reconocidos tanto en las notas a pie de página como en la bibliografía. Sin embargo, la importancia de algunas personas en la adopción de las ideas que ahora el autor considera como propias ha sido tan decisiva que debe mencionarse aquí explícitamente: primero, en todo momento, a lo largo de su actividad profesional el autor ha recibido el constante estímulo y guía de Emilio Lozoya Thalmann; así como la fortuna de establecer y mantener relación con un distinguido grupo de profesionales, unidos por preocupaciones y actitudes comunes, en él se cuentan, especialmente, Carlos Pérez García, Carlos Leyson Castro, Jaime Croche Wolff, Fernando Díaz Arteaga y María no Herrán Salvatti.

La investigación se realizó bajo la dirección y asesoría de Gustavo Jasso Gutiérrez, reciba el reconocimiento sincero del autor, quien expresa que, desde luego, no comparte responsabilidad alguna con los despropósitos del contenido de esta exposición.

El estilo del texto no fue revisado por nadie, de suerte que su pobreza también es atribuible al autor.

En la mecanografía de manuscritos, más o menos ininteligibles y siempre sujetos a cambios, intervinieron Patricia Rivas y Lourdes González, el autor agradece su esfuerzo y paciencia.

1. LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

1.1. Enfoques técnicos sobre la distribución del ingreso.

Los técnicos y quienes formulan la política económica de los países desarrollados y de los que se encuentran en vías de serlo han otorgado creciente atención a la forma como se distribuye el ingreso entre los individuos y sus familias.

La experiencia de las economías desarrolladas, fundamentalmente en Europa Occidental, hizo suponer que el crecimiento económico traería consigo mecanismos que ayudarían a igualar las oportunidades de acceso a la riqueza y al ingreso y que contribuirían, además, a elevar el nivel medio de bienestar de la población.

Esas proposiciones originales, derivadas del análisis de la experiencia de los países industrializados, planteaban el crecimiento inicial con un aumento en la desigualdad y el avance posterior como una reversión relativamente automática.¹

Sin embargo, los resultados de diversas investigaciones recientes acerca del patrón de desarrollo económico en países subdesarrollados, han contribuido a frustrar esas expectativas y al rechazo de tales proposiciones. Estos análisis han revelado la existencia de

1. Simon Kuznetz, "Economic growth and income inequality", en The American Economic Review, vol. XLV, núm. 1, marzo, 1955, pp. 3-6.

tendencias contrarias a las que se consignan en trabajos pioneros relacionados con la distribución del ingreso en los países desarrollados.

El interés por el estudio de la desigualdad en la distribución del ingreso ha tenido gran incentivo tanto con la discusión teórica suscitada por los descubrimientos empíricos, como por los planteamientos de intelectuales radicales que han puesto de relieve las "fuerzas" que tienden a concentrar la riqueza y a generar conflictos sociales y políticos en las sociedades capitalistas.

Para analizar y explicarse la evolución de la distribución del ingreso se ha recurrido básicamente a las teorías generales existentes que son: la clásica, la marxista, la neoclásica o marginalista, la keynesiana y la poskeynesiana. Los enfoques mencionados proponen explicaciones válidas del proceso distributivo mediante algunos postulados simplificadores que encierran diversos grados de abstracción. Así mismo, todas ellas tienden a destacar la dimensión funcional de la distribución del ingreso.

Los máximos representantes del pensamiento económico clásico son Adam Smith y David Ricardo; de ellos, quien analiza con más acuciosidad el tema de la distribución del ingreso es Ricardo. Su interés se debe a la creencia de que la teoría de la distribución

es la pieza central de la economía política para entender el funcionamiento del sistema económico.

Para elaborar un análisis conjunto del crecimiento y la distribución, la escuela clásica combina una teoría del salario de subsistencia, el modelo de ganancias competitivas y la teoría de la renta de Ricardo. A partir de estos postulados se argumenta que en el transcurso del proceso de desarrollo, la clase beneficiada en mayor medida será la terrateniente, a expensas de los trabajadores y de los capitalistas.²

Ricardo afirma que la renta es la parte del ingreso que el arrendatario paga al terrateniente a causa de la superior fertilidad o más ventajosa ubicación de la tierra. De acuerdo a su ley de la renta a largo plazo, en la medida que aumentan la riqueza y el número de habitantes, la renta tiende a elevarse de manera irreversible en virtud de que la población acude a una tierra de inferior rendimiento y por lo tanto a un cultivo más intensivo. Así, la mayor parte del ingreso se destina a los terratenientes, a quienes Ricardo califica de no prestar ningún servicio a cambio de la parte del producto que obtienen.

Respecto a los salarios, Ricardo argumenta que la mano de obra es una mercancía que se compra y se vende y tiene un precio natural y un precio de mercado. El precio natural es el que permite a los trabajadores

2. Nicholas Kaldor, "Teorías alternativas acerca de la distribución", en Teorías del Capital y la Distribución, selección de Oscar Braun, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1973, p. 79.

4

*subsistir y perpetuar su especie sin incremento ni --
disminución y el precio de mercado es el que realmen-
te se paga por ella y se determina por el juego de la
oferta y de la demanda; esto es, la mano de obra es -
costosa cuando escasea y barata cuando abunda.*

*Cuando el precio de mercado es superior al precio na-
tural, la situación de los trabajadores es próspera -
debido a que reciben un mayor salario real; esto los
motiva a incrementar el número de su familia y como -
consecuencia la oferta de mano de obra se eleva y los
salarios caen, lo que provoca que el precio de merca-
do se iguale al precio natural. Por el contrario, -
cuando el precio de mercado es menor que el precio na-
tural, los trabajadores entran en una situación paupé-
rrima que origina una reducción en la oferta de mano
de obra en relación con la demanda que hace que los -
salarios se eleven y como consecuencia el precio de -
mercado se iguale al precio natural; de esta manera,
a largo plazo, los salarios reales tienden a ser cons-
tantes y mantienen a los trabajadores en una situa-
ción de subsistencia determinada por la costumbre y -
el grado de civilización de cada país.*

*Ricardo sostiene que el monto de las ganancias depen-
de de la tasa de salarios, en virtud de que los terra-
tenientes se apoderan de manera inevitable de una par-
te cada vez mayor del ingreso total; es decir, las -
utilidades sólo pueden aumentar a expensas del sala-
rio y viceversa. A largo plazo, las utilidades tien-*

den a decrecer en virtud de que paralelamente al progreso en la sociedad la cantidad adicional de alimentos sólo se obtiene vía el sacrificio de una creciente cantidad de mano de obra. Esta situación se ve contrarrestada a intervalos repetidos por las mejoras en la maquinaria empleada en la producción de artículos necesarios, así como por descubrimientos en el sector agrícola que permiten prescindir en mayor medida de mano de obra y, en consecuencia, disminuir el precio de los artículos necesarios para el trabajador; empero esta situación nunca podrá ser eliminada.

Del pensamiento de Ricardo se puede concluir que si a largo plazo las rentas aumentan gradualmente los salarios tienden a permanecer constantes y las ganancias tienen propensión a disminuir; esto origina una distribución poco equitativa del ingreso en favor de los terratenientes.

Así mismo, se puede afirmar que para la escuela clásica la distribución del ingreso está determinada por el libre juego de las fuerzas económicas y la desigualdad es, en última instancia, una consecuencia del "orden natural". Por esta razón resulta obvio que los clásicos no conciben la distribución del ingreso como una variable susceptible de manipulación con propósitos de bienestar o empleo.

La doctrina marxista ubica el problema de la distribución del ingreso en un marco de lucha de dos clases -

sociales: la de los capitalistas y la de los trabajadores. Los primeros, propietarios de los medios de producción y, los segundos, poseedores únicamente de su fuerza de trabajo. El resultado de ese conflicto se determina por las relaciones sociales de producción.

Marx sostiene que en una economía capitalista, debido a la apropiación de la plusvalía del trabajo por parte de los propietarios de los medios de producción, el ingreso tenderá a concentrarse en el sector capitalista. Afirma también que el salario o costo del trabajo se mantendrá en el nivel mínimo de subsistencia, mientras exista un exceso de fuerza de trabajo no empleada a la que denomina "ejército industrial de reserva".

El enfoque marxista argumenta que los capitalistas destinan la diferencia entre el producto de trabajo y su costo, tanto al consumo como a la acumulación y que en condiciones de competencia, en los mercados se preferirá la segunda alternativa, generándose así un proceso de acumulación creciente y una mayor desigualdad en la distribución del ingreso. Considera igualmente que en el proceso de acumulación capitalista, el incentivo del desarrollo técnico se encuentra en el ahorro de la fuerza de trabajo que genera y esto origina aumento en el ejército industrial de reserva, abatimiento en los niveles salariales, incremento en la plusvalía y disminución de la participación de los trabajadores en el producto total.³

3. Ibid., p. 84.

La interpretación marxista señala que las tendencias - concentradoras pueden revertirse si se alteran las relaciones interiores del sistema económico a través de la expropiación de los medios de producción y su traspaso al Estado. Este proceso supone, en lo político, la toma total del poder por parte del proletariado y - sólo a partir de las dos condiciones anteriores - - - - - poder total de la clase obrera y expropiación de los medios de producción- es posible definir una nueva y - más justa distribución del ingreso.

De lo expuesto por los marxistas se puede concluir - - que es inevitable una distribución poco equitativa del ingreso en un país de sistema capitalista en el que -- los propietarios de los medios de producción son los - que concentran la mayor parte del ingreso creado por - la clase trabajadora y que sólo mediante la conquista del poder político por parte de los trabajadores y la expropiación de los medios de producción a la clase ca pitalista, se pueden sentar las bases para lograr una justa distribución del ingreso.

Los representantes iniciales de la escuela neoclásica son Stanley Jevons, Carl Menger y León Walras; posteriormente Alfred Marshall expone con mayor exactitud - esta corriente.

Marshall se basa en la teoría ricardiana de la distribución del ingreso y parte de la idea de que la venta de los bienes producidos origina una masa de disponi--

bilidades superior a la necesaria para pagar el precio de los recursos que intervienen en el proceso productivo; este dividendo nacional esencialmente variable -- constituye el acervo a repartirse entre los diversos agentes de la producción.

Marshall distingue varios tipos de renta: la renta de la tierra, el salario, el interés y el beneficio, correspondientes a los cuatro factores de la producción: tierra, trabajo, capital y organización.

Según el principio de la sustitución marginal estos -- factores compiten entre sí y el empresario se decide a utilizarlos después de tomar en cuenta los precios a que se ofrecen en el mercado; en consecuencia toda variación en el precio de un factor de producción influye de inmediato sobre los demás.

Al exponer su teoría de la renta Marshall hizo la distinción entre el corto y el largo plazo. Así, la renta de la tierra se determina por dos leyes y un hecho particular: la ley de la oferta y de la demanda, la ley de los rendimientos decrecientes y el hecho de que las tierras existen en cantidad limitada. De la combinación de estas leyes resulta que en toda clase de tierra las aplicaciones de trabajo y capital se hacen hasta un punto marginal, a partir del cual una nueva aplicación no rinde beneficios y por consecuencia la tierra siempre termina cultivándose de la manera más productiva. A largo plazo, ya sea por el incremento de -

la población o por las exigencias del progreso, la renta de la tierra tiende a elevarse incesantemente. Los otros tipos de renta también se elevan en forma continua, ante una demanda que aumenta sin cesar y un acervo limitado de factores de la producción,

Marshall amplió el concepto de Ricardo sobre la renta de la tierra, al introducir el concepto de cuasi-renta que incluye el exceso de ingreso rendido por ciertos instrumentos de producción de manufactura humana.

Respecto al salario, Marshall hace la distinción entre el corto y el largo plazo. A corto plazo, los salarios de cada tipo de trabajo se igualan a su producto neto calculado según el trabajo adicional del factor marginal de cada labor. A largo plazo, los salarios son determinados por la influencia del costo de producción de la fuerza de trabajo. Si el precio del trabajo queda por encima de este costo la población tiende a aumentar; hecho éste que vuelve a acercar el precio del trabajo al nivel de dicho costo.

Marshall sostiene que el interés incluye las rentas por préstamos en dinero que provienen de valores mobiliarios y de otros capitales industriales. El autor se orienta hacia el problema de cómo el interés puede ser tan variable de un negocio a otro y, para resolverlo, acude nuevamente a su distinción entre el corto y el largo plazo. Argumenta que a corto plazo el pre-

cio del capital producido por un préstamo puede ser diferente al rendimiento originado por el de una inversión de capital; por el contrario, a largo plazo, estas diversas formas de renta tienden a una nivelación.

Marshall considera al beneficio como una renta ligada a la capacidad organizadora de los negocios y argumenta que como se trata de un precio su nivel se determina por la ley de la oferta y de la demanda y, por lo tanto, se eleva cuando la demanda supera a la oferta de empresarios dotados de capacidad organizadora y desciende en caso contrario.

En la teoría neoclásica y bajo el supuesto de una tecnología determinada, la distribución del ingreso entre los factores de trabajo y capital se basa entonces tanto en la productividad marginal de cada factor del proceso productivo como en la intensidad con que se utilizan estos factores. En la hipótesis de una dotación de trabajo y capital, el uso de tales recursos estará condicionado por los precios relativos de los mismos. Este enfoque, basado en el análisis microeconómico convencional, hace suponer que las unidades productivas maximizan las utilidades en un contexto de perfecta competencia.

El vínculo con el análisis macroeconómico se realiza mediante las funciones agregadas de producción. En este sentido la teoría argumenta que en el proceso de acumulación, la evolución del cambio tecnológico y del

crecimiento de la población condicionar cierta dotación de factores que a su vez influye en el perfil adoptado por la distribución funcional del ingreso.⁴

En síntesis, la teoría neoclásica argumenta que para determinar los precios de los factores y sus participaciones distributivas sólo se requiere conocer los gustos de los consumidores, las condiciones tecnológicas de la producción y la distribución inicial de la propiedad de los factores.

Marshall no considera el efecto que puede tener la publicidad en la determinación de las preferencias de los consumidores, por lo que la premisa de que parte su esquema es endeble y echa por tierra la mayor parte de sus deducciones.

De lo expuesto se desprende que esta teoría estima que el ingreso se distribuye de manera equitativa en virtud de que cada factor de la producción recibe su parte del ingreso conforme a su productividad marginal; es decir, a cada factor productivo se le paga el precio justo.

Aunque Keynes no trata el problema de la distribución del ingreso, Kaldor⁵ afirma que es posible elaborar un esquema en este sentido. La preocupación básica de Keynes fue la de establecer el mecanismo para sacar a la economía del estancamiento.

4. *Ibid.*, p. 87.

5. *Ibid.*, p. 100.

En este análisis de la distribución del ingreso se debe partir del supuesto de que el ingreso total está dado y dividido en dos grandes categorías: salarios y utilidades. La primera comprende los sueldos y el salario anual del trabajador; y las utilidades incluyen los ingresos de los propietarios y de los empresarios. La diferencia importante entre estas categorías es la propensión marginal a ahorrar, siendo ésta menor en los asalariados que en los capitalistas. Estos supuestos implican que el nivel de los precios en relación con el de los salarios está determinado por la demanda.

Así, la participación de las utilidades en el ingreso depende del monto de la inversión; esto es, un aumento en la inversión y por lo tanto en la demanda total eleva los precios y los márgenes de utilidad, lo que ocasiona una reducción en el consumo; mientras que un decremento en la inversión y por lo tanto en la demanda total ocasiona una disminución en los precios en relación al nivel de los salarios, y genera un crecimiento del consumo real.

El modelo funciona bajo el supuesto de que la propensión marginal a ahorrar de los propietarios y empresarios excede a la de los asalariados; una situación contraria hace que los precios disminuyan, hecho este que ocasiona una reducción en la demanda y una nueva disminución en los precios; así mismo un aumento en los precios será acumulativo. El grado de estabilidad del sistema depende entonces de la diferencia de las pro-

pensiones marginales a ahorrar. Si la diferencia es pequeña el coeficiente es grande, y un pequeño cambio de la inversión provoca cambios relativamente importantes en la distribución del ingreso; si la diferencia es grande, el coeficiente resulta pequeño, y un cambio en la inversión no provoca cambios de importancia en la distribución del ingreso, es decir la situación se mantiene estable.

Para Keynes la desigualdad en la distribución del ingreso y la riqueza es la causa fundamental del desempleo y el mayor obstáculo al progreso económico. Esta desigualdad se entiende en el sentido de que el ingreso no está distribuido equitativamente entre salarios y utilidades de tal manera que la propensión marginal a ahorrar de los capitalistas es menor a la de los obreros; si esto ocurre la inversión es pequeña y al decrecer ésta la demanda total también disminuye, lo que provoca una reducción de precios y por lo tanto de los márgenes de utilidad; tal situación frena la inversión y, en consecuencia, la creación de empleos y el progreso económico.

Del modelo keynesiano se puede concluir que para darse una distribución equitativa del ingreso es necesario que la inversión sea constante y creciente; para que esto suceda se requiere que los ahorros de los capitalistas sean superiores a los de los asalariados y que se inviertan de inmediato. Si no se cumplen estas condiciones se tiene una inequitativa distribu---

ción del ingreso que origina como consecuencia desempleo y obstáculos al progreso económico.

Los economistas poskeynesianos más importantes son - Kenneth E. Boulding y Jean Marchal, quienes se ocupan más por estudiar la distribución del ingreso entre ricos y pobres que entre los factores de la producción; así mismo se encuentran H. Noyelle, W. Fellner, J. R. Hicks, Michael Kalecki y Worswick H. Brochier, quienes se inclinan por hacer estudios de cada una de las categorías tradicionales del ingreso. En virtud de - que estos últimos han predominado sobre los primeros, a continuación se expone el pensamiento de esta co--rriente referida a la distribución del ingreso entre los factores de la producción.

La teoría poskeynesiana parte del supuesto de que - - existen diferentes propensiones de los trabajadores y de los capitalistas a consumir y a ahorrar. De acuerdo con este enfoque, lo anterior se debe a que los - asalariados gastan una gran proporción de su ingreso corriente en consumo y los capitalistas destinan al - ahorro el mayor porcentaje de su ingreso, y esto lleva a que la expansión de la capacidad productiva de--penda de la proporción y el monto del ahorro capita--lista. La forma en que se distribuye el ingreso en--tre capitalistas y asalariados se convierte así en un factor determinante del nivel y de la composición del gasto total.

Esta teoría sostiene que partiendo de una cierta existencia de bienes disponibles y de un equilibrio expost entre dicho acervo y el gasto total, el ajuste se produce mediante cambios en los precios. Si hay un exceso en el gasto, los salarios reales caen, los precios tienden al alza y con ello la tasa de utilidades. El nivel de gasto y su composición dependen fundamentalmente de las posibilidades de expansión de la demanda que los capitalistas prevén, y son estas perspectivas las que determinan la tasa deseada de inversión. Dado que la propensión a ahorrar se supone constante, la tasa deseada de inversión se sostiene sólo si las utilidades son superiores a un grado determinado de participación en el ingreso.

Por lo que se refiere a los salarios, la mayoría de los poskeynesianos afirma que su nivel depende de la organización del mercado de trabajo y de ciertos factores institucionales. Si se acepta la idea de que el mercado está en situación de monopolio bilateral, se pueden distinguir dos opciones posibles: cuando las empresas contratan indiscriminadamente obreros sindicalizados y otros, las alzas de los salarios benefician a todos los trabajadores; en caso de que las empresas restrinjan la contratación, el sindicato trata de reservar el trabajo disponible para sus miembros y de no aumentar demasiado el número de estos, el alza de los salarios puede no generalizarse. En ambas situaciones la fijación de los salarios implica una conciliación entre trabajadores y patrones del --

que sale vencedora la parte con mayor poder de negociación.

Referente al interés, se considera que es aquella parte que recibe el capitalista por los fondos prestados; empero, según Brockier, los capitalistas actualmente no reciben un interés real debido al proceso inflacionario que sufren los países en que están colocados sus capitales y en algunas ocasiones éstos se ven reducidos por el proceso inflacionario en virtud de que en el sistema oligopólico en que vivimos, los hombres de negocios, además de apoderarse de los dividendos sin resistencia de los accionistas, se benefician de las alzas de los precios y tienen menos necesidad que en el pasado de solicitar al extranjero nuevos capitales para sus empresas.

Según los poskeynesianos la renta de la tierra pierde gradualmente su carácter de ingreso especial y dominante, debido al desarrollo de legislaciones socializantes sobre el arrendamiento y la aparcería.

En cuanto a la utilidad, han surgido dos concepciones diferentes sobre quienes son los beneficiarios que la reciben. La primera considera a la utilidad como un residuo bruto de coyunturas sociales siempre inseguro, que se presenta a veces como una compensación a la incertidumbre o una prima que cubre los riesgos que se corren. Quienes optan por esta corriente ven al empre

sario en cada miembro de la sociedad incluyendo a los administradores y accionistas. Los teóricos que apoyan la segunda opción argumentan que la utilidad se relaciona con un esfuerzo de los hombres de iniciativa y de decisión que captan para la empresa que dirigen las rentas debidas a las coyunturas sociales; los partidarios de esta segunda concepción prefieren reservar el título de empresarios a los dirigentes de la empresa.

Así, el modelo poskeynesiano se aparta de la idea de productividad marginal tomada por los neoclásicos y su teoría es más realista debido a que la distribución del ingreso no está determinada por las leyes del mercado, sino más bien por relaciones de poder entre los diversos grupos sociales, en los que la acción de los sindicatos y el Estado ejercen una gran influencia.⁶

En términos generales los cinco enfoques descritos se fundamentan como toda teoría en supuestos altamente restrictivos, simplificadores y abstractos que, bajo las condiciones y características actuales de los países en desarrollo, contribuyen a esclarecer desafortunadamente sólo de manera parcial el problema complejo de la distribución del ingreso. Esto se debe a que en la actualidad, además de los elementos considerados en los análisis de las teorías expuestas, el uso de los instrumentos de política económica y de otros factores de diversa índole (personales y políticos, entre otros), condicionan profundamente la evolu

6. Ibid., p. 97.

ción del reparto.

1.2 Consideraciones en torno al impacto de los servicios de la seguridad social sobre la distribución del ingreso.

Los rasgos característicos de las economías en desarrollo, es decir, lo heterogéneo de su estructura por la coexistencia de sectores modernos con sectores tradicionales tecnológicamente atrasados y las relaciones de mercado relativamente competitivas mezcladas con claras tendencias hacia el monopolio en otros sectores o incluso actividades productivas y grupos poblacionales al margen del mercado, dificultan la aplicación de supuestos como el de homogeneidad, implícito en la teoría neoclásica, al mismo tiempo que le restan validez.⁷

Así mismo, los supuestos acerca de la estabilidad de la relación capital-producto y de las propensiones a ahorrar de capitalistas y trabajadores, bajo los que opera la teoría poskeynesiana, tienden a perder validez al aplicarse a economías en desarrollo caracterizadas por elevados porcentajes de desempleo y por inestabilidad política e institucional. De igual forma, los niveles de abstracción en que operan las teorías clásica y marxista y lo concerniente a la explicación cuantitativa del conflicto social y al funcionamiento del cambio tecnológico, contribuyen a simplificar excesivamente la compleja realidad socioeconómica moderna.

7. Aníbal Pinto, "Heterogeneidad estructural y modelos de desarrollo reciente en América Latina", en Inflación: Raíces Estructurales, ensayos de Aníbal Pinto, serie lecturas, núm. 3, Fondo de Cultura Económica, México, 1973, p. 104 ss.

En la actualidad, la acción del Estado que constituye un elemento adicional insoslayable complica aún más el análisis.⁸

Las salvedades anotadas contribuyen a subrayar el hecho de que las teorías que se comentan destacan el aspecto de la distribución del ingreso entre los factores y señalan correctamente que éste condiciona profundamente el perfil de la distribución personal. Sin embargo, es en este campo donde se reflejan con mayor claridad las desigualdades; así, es posible identificar variables individuales y sociales que lo afectan y condicionan. De estas variables, entre las referentes a los individuos, resaltan las de educación, sexo, edad y raza. Así mismo, en varias acciones del Estado orientadas a afectar la distribución personal, se subrayan fundamentalmente las correspondientes al ámbito de la política fiscal (impuestos y subsidios), las políticas monetaria, salarial y de empleo y las de gasto público en áreas como la educación, la alimentación, la seguridad social, los precios y las tarifas.

En este sentido, al presente es muy probable que sean de mayor utilidad los estudios orientados a analizar áreas particulares de la distribución personal que aquellos dirigidos a profundizar o testificar las teorías generales de la distribución funcional. El grado de desarrollo de nuestras economías requiere más bien de estudios desagregados que permitan determinar sus rasgos fundamentales y su estructura por grupos -

8. Alejandro Foxley, Introducción al Libro Distribución del Ingreso, selección de Alejandro Foxley, serie lecturas, núm. 7, Fondo de Cultura Económica, México, 1974, pp. 13-18.

de ingreso. Por ejemplo, no es de dudarse que el estudio y la identificación de los grupos de mayor pobreza constituya uno de los aspectos prioritarios del análisis en materia distributiva.

El reconocimiento de que la distribución personal del ingreso se afecta tanto con elementos funcionales como con factores educativos, de bienestar y de política, abre otro campo de estudio en la materia. Este nuevo ámbito concierne a las estrategias, políticas y acciones del Estado, dirigidas a modificar la distribución del ingreso. De hecho, puede estimarse que esta área es la más relevante, ya que se encuentra vinculada en la posibilidad de rectificar y contrarrestar las tendencias espontáneas de muchos países en desarrollo hacia una mayor desigualdad en la distribución de los ingresos.⁹

Hasta ahora las estrategias de desarrollo tradicional han concentrado la atención en cuánto y cuán rápido producir y crecer. Empero, las circunstancias actuales tanto nacionales como internacionales obligan a elaborar una estrategia de desarrollo que destaque cuáles bienes se van a producir, para quién se va a producir y cómo se va a distribuir el ingreso generado en el proceso productivo.

Entre los principales problemas que se han considerado importantes en la formulación de estrategias y alternativas de redistribución, están: a) la compati-

9. Ricardo French-Davis, "Mecanismos y objetivos de la redistribución del ingreso", en Distribución del Ingreso, selección de Alejandro Foxley, serie Lecturas, núm. 7, Fondo de Cultura Económica, México, 1974, p. 320.

lización de las metas de crecimiento económico y redistribución de los ingresos; b) la identificación precisa de los grupos sociales que se pretende beneficiar; c) la evolución de los efectos que tienen los principales instrumentos de política económica sobre aquellos grupos y d) la visualización de los cambios que un proceso de redistribución en favor de los más pobres deberán realizarse en la estructura económica y de poder prevaleciente.

La gama de mecanismos factibles de utilizarse en la política de redistribución del ingreso abarca desde las medidas que conllevan modificaciones sustanciales en la estructura de la oferta hasta las que se ocupan principalmente de afectar diversos apartados de la demanda, como son, entre otros, las remuneraciones, ya sean de compensación o de incremento neto; las prestaciones provisionales o transferencias a través de los sistemas de seguridad social (pensiones, asignaciones familiares, bienes y servicios); la discriminización de precios (a insumos, a bienes finales); la política fiscal (impuestos directos e indirectos, subsidios); la propiedad de los medios de producción (expropiación, nacionalización, socialización) y la redistribución al margen del mercado (transferencias en especie, salud, educación, deporte).¹⁰

Entre los mecanismos mencionados destaca aquél que se refiere a las prestaciones provisionales y transferencias de seguridad social. La importancia de la segu-

10. *Ibid.*, p. 340.

ridad social, como mecanismo redistributivo del ingreso, ha ido en aumento nacional e internacionalmente - debido a que los beneficios sociales que genera como proyecto gubernamental superan considerablemente sus costos; así mismo, contribuye a refrendar la legitimidad del Estado en lo referente a la búsqueda del bienestar social y, a la postre, expresa la lucha de los trabajadores por aumentar sus niveles de ingresos y de bienestar.

Los sistemas de seguridad social están íntimamente relacionados con la estructura y operación de una sociedad. De tal manera, dichos sistemas producen efectos económicos y sociales sobre la distribución del ingreso, en forma complementaria a los que se derivan de las políticas fiscales, monetarias y de ingresos a través de los impuestos, el gasto público, las tasas de interés, los precios y los salarios. Así, los diversos elementos modifican la distribución entre el consumo, el ahorro y la inversión, con secuelas a lo largo de la evolución económica y política de un país específico. A su vez, las características de la estructura productiva, en particular su organización tecnológica, condicionan en buena medida los patrones de distribución del ingreso.¹¹

Por lo que se refiere a la redistribución del ingreso como elemento de equilibrio social y eficiencia económica, se puede considerar el problema a través de la llamada redistribución "vertical" que se refiere a --

11. H. Lydall, A theory of income distribution - - Clarendon Press, Oxford, 1979.

las transferencias entre grupos de la población con diferentes niveles de ingresos. Este es el objeto -- tradicional de análisis de los impactos progresivos o regresivos de una política impositiva dentro de las finanzas públicas y en el caso de la seguridad social se puede referir básicamente a los orígenes y destinos de las transferencias implícitas entre diferentes deciles. Al respecto existe un debate teórico en -- cuanto a que el efecto redistributivo de la seguridad social está en función del nivel de desarrollo alcanzado por los países. Se estima que en los que se encuentran en vías de desarrollo se presentan transferencias de recursos hacia las clases medias por conducto de la carga fiscal, en perjuicio de los grupos marginados.¹² En el caso de México esto se ha logrado corregir parcialmente por medio de esquemas específicos, como es el caso del Programa de Solidaridad -- Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR objeto de análisis del presente texto.

Por otra parte, también es pertinente estudiar la redistribución "horizontal" del ingreso, en la que destacan las instancias de distribución entre regiones -- de mayor y menor desarrollo económico, entre diversas ramas de actividad económica, así como entre patrones y trabajadores. Por lo que se refiere al efecto redistributivo de la seguridad social, destaca además -- la redistribución entre los trabajadores activos y -- los pensionados, entre la población cubierta y la no protegida, entre los empleados y los desempleados o --

12. F. Paukert, "Seguridad social y redistribución del ingreso: estudio comparado", en revista -- Internacional del Trabajo, vol. 78, núm. 5, -- noviembre, 1968.

subempleados, entre los usuarios y no usuarios de los servicios, entre los asegurados sanos y los enfermos, entre las familias pequeñas y las numerosas, entre los beneficiarios de distintos ramos de seguro y entre diversas generaciones a lo largo del tiempo.¹³ Los flujos correspondientes involucran también elementos de redistribución entre grupos con diversos niveles de ingreso.

En un país específico, la significación de los impactos redistributivos de los servicios de seguridad social dependerá de factores tales como: a) las características distintivas del sistema de seguridad social; b) el porcentaje del ingreso nacional que se dedica a la seguridad social; c) la estructura productiva y d) las posibilidades de realizar una redistribución progresiva de los ingresos de acuerdo con la situación de desigualdad existente y la distribución del poder.¹⁴

Por lo que respecta a las características de los sistemas de seguridad social, las de mayor interés son las que se refieren a la cobertura de riesgos y prestaciones, a los grupos de la población que se encuentran protegidos y a las fuentes de financiamiento de los servicios.

Con respecto a las fuentes de financiamiento en países en vías de desarrollo con sistemas impositivos em

13. Lucila Leal de Araujo, "Los sistemas de seguridad social como mecanismo de redistribución del ingreso en los países en desarrollo", en Revista Mexicana de Seguridad Social, año 1, núm. 3, febrero, 1972, y Organización Internacional del Trabajo, Efectos macroeconómicos de la seguridad social, Ginebra, 1970.

14. Paukert, Op. cit.

brionarios y regresivos y con grupos restringidos que tienden a contribuir según sus posibilidades de beneficio, las fuentes básicas de financiamiento se refieren comúnmente a los patrones, a los trabajadores y al Estado, como en el caso de México. Cabe destacar aquí la mayor ponderación que como contribuyente y beneficiario tiene el sector público en países en vías de desarrollo. Es necesario mencionar que existen algunos problemas teóricos con respecto a las opciones para considerar la contribución patronal como deducción del margen de utilidad, como carga que se traslada a través de los precios al consumidor, o también como parte de las negociaciones salariales que se expresa en el costo de producción. En estos casos se presenta el problema de considerar dichas aportaciones como provenientes de los patrones, o financiadas de hecho por otros grupos sociales.¹⁵

Tanto las prestaciones otorgadas como los grupos amparados presentan en general alcances más limitados en los países de menor desarrollo que en los de economías más avanzadas. A este respecto existe a su vez un problema teórico en cuanto a la forma de medición de las transferencias que se realizan por medio de los servicios de seguridad social, en virtud de que es frecuente que las prestaciones se otorguen en especie. De esta forma, los estratos de menores ingresos consumen cierto tipo de bienes y servicios que de otra manera no consumirían, al menos en una proporción socialmente aceptable.¹⁶ Ello origina un aumen-

15. Organización Internacional del Trabajo, Op. cit.

16. Ibid.

to real en los ingresos de los grupos que más lo requieren y modifica la estructura del consumo hacia -- servicios socialmente necesarios. Así también, normalmente son los grupos de ingresos medios y bajos -- los que hacen mayor uso de las prestaciones en especie. A la luz de la teoría de la evaluación social -- que otorga distintas valoraciones a la distribución -- del producto entre grupos de diferentes ingresos, las transferencias antes citadas adquieren precios sombra muy diferentes al valuarse no en términos monetarios a precios de mercado, sino en términos de los beneficios sociales que acarrearán.

Conforme menor es el grado de desarrollo de un país, menor tiende a ser también la ponderación de la seguridad social en el ingreso nacional y mayor puede ser la necesidad de revertir el carácter desigual de la -- distribución del ingreso.¹⁷ En estos casos es indispensable ponderar la distribución del poder entre diversos grupos de presión, lo que no siempre es particularmente favorable para llevar a cabo acciones re distributivas de significación.

Se estima que congruente con sus objetivos más generales el propósito principal de la seguridad social no es la distribución del ingreso, de la que es sólo un mecanismo complementario, sino que en primera instancia se ocupa de proporcionar servicios sociales y -- asistencia médica necesarios para el bienestar individual y colectivo. Las estrategias tradicionales de --

17. Paukert, Op. cit.

distribución del ingreso se basan prioritariamente, -- como ya se mencionó, en la creación de empleos además de las políticas tributaria, de precios y de salarios. Conocidas sin embargo las limitaciones reales que tiene una estrategia económica aislada para incidir en la distribución del ingreso, las medidas de carácter social adquieren relevancia crucial.¹⁸ Es en este contexto que, aun con las dificultades conceptuales para medir el valor de las transferencias, se aprecia que la seguridad social es un valioso mecanismo complementario que produce efectos económicos y sociales sobre la distribución.

Estos efectos de los sistemas de seguridad social sobre la distribución del ingreso se tornan aún más importantes debido a que se realizan según las aportaciones concretas y efectivas al nivel de vida de los grupos marginados y de las personas que se encuentran en los niveles más bajos de ingreso.

El caso de México presenta características muy interesantes que tienden a una situación intermedia entre -- las que pueden considerarse típicas de países desarrollados y subdesarrollados. Con referencia a estos aspectos, entre los principales elementos de la seguridad y la solidaridad social en México destaca que si bien desde su fundación la seguridad social mexicana se orientaba hacia las personas que disfrutaban de una relación de trabajo permanente y remunerada, en la actualidad se han desarrollado esquemas de solidaridad,

18. A. Sen, *On economic inequality*, Clarendon Press, Oxford, 1973.

como es el caso del Programa IMSS-COPLAMAR, que permiten canalizar recursos hacia los grupos marginados, - en una efectiva distribución vertical del ingreso, - El grupo de trabajadores organizados, base y sustento del seguro social mexicano, recibió en mayor medida - los beneficios de la modernización de la economía, - Actualmente se ha logrado llevar servicios a otros --- grupos sociales, con lo que se han elevado sus niveles de bienestar.

1.3 Perfil general de la distribución del ingreso - en México.

No obstante que la tendencia del crecimiento del producto interno bruto y per cápita en nuestro país se ha sostenido en el período que abarca la posguerra al inicio de la década de los ochenta, su aumento no ha beneficiado equitativamente a toda la población. Podría afirmarse incluso que la atención de las necesidades de los habitantes se ha descuidado en aras del crecimiento económico acelerado. Lo anterior se refleja tanto en la evolución de la estructura de la -- distribución del ingreso en la que se visualiza una - reversión, como en la actual crisis económica del país.

Se puede afirmar que las principales causas estructurales de las presentes dificultades económicas en el medio rural son tres: a) el rápido crecimiento de la población y, como consecuencia, de la fuerza de trabajo; b) la descapitalización del sector rural por - -

la transferencia de excedentes del campo a la ciudad, y por la endeble reforma agraria que sólo pretende apaciguar a los grupos campesinos, y c) la promoción preferencial del sector industrial por medio de estímulos económicos y amplias facilidades, aunado a la absorción inadecuada de mano de obra por dicho sector.

Las razones antes mencionadas han provocado principalmente el aumento de la pobreza, el desempleo rural y urbano, la marginación, la polarización del crecimiento económico hacia los sectores industriales, y la desigual distribución del ingreso entre sectores, factores, regiones y familias.

La política del Estado, implantada desde 1940, se orientó al apoyo de ciertas ramas industriales y provocó gran heterogeneidad estructural; esto es, la coexistencia de grandes diferencias de productividad inter e intra sectoriales y regionales. Esta situación también ha condicionado en forma definitiva el comportamiento de la distribución del ingreso.

En general se toma el ingreso per cápita como un indicador importante del nivel de vida de un país; sin embargo, lo más relevante no estriba en que tal ingreso sea elevado, sino la forma en que se distribuye entre el total de la población. Así, para tener una idea más concreta del grado de bienestar que goza la población es interesante analizar tanto el ingreso per cápita del país como su coeficiente de concentración del ingreso.

En este contexto, de acuerdo con los datos disponibles en 1968 para algunos países, el Índice de Gini relativo a la concentración del ingreso para México mostraba una distribución desigual junto con Colombia, Bolivia, Ecuador, Perú y Brasil. Sin embargo, el ingreso per cápita de nuestro país era mayor que el del resto de los países citados, lo que comparativamente significa mayores recursos disponibles para repartir entre los estratos de la población mexicana.

En cuanto a otros países que gozaban de una mejor distribución, en orden de importancia están: Francia, los Estados Unidos, Argentina y Alemania. Los ingresos per-cápita más altos correspondían a los Estados Unidos, Francia y Alemania y en el otro extremo, Bolivia, Ecuador y Perú. Es decir, en el contexto internacional, México se encuentra entre los países con ingreso medio per-cápita y con desigualdad aguda en la distribución del mismo¹⁹ (cuadro 1).

Es factible suponer que la situación internacional descrita y correspondiente al año de 1968 no ha cambiado sustancialmente.

Para el caso de México, la información estadística muestra que la desigualdad en la distribución del ingreso se ha agravado con el paso del tiempo. En el periodo de 1950 a 1977 la proporción del ingreso total que percibía la población enmarcada en el decil de menores recursos disminuyó de 2.4% en 1950 a 0.35% en 1975, y -

19. Polibio Córdoba, Análisis económico de la distribución de ingresos, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Bogotá, 1973, citado por Adalberto García Rocha, en "La distribución del ingreso en México", revista Demografía y Economía, núm. 8, 1974.

aumentó a 1.08% en 1977 (cuadro 3).

En el otro extremo, el 10% de la población más rica recibía en 1950 casi un 46% del ingreso total y para 1977 se adjudicaba el 38%, lo que refleja cierta mejora en términos de equidad social. Por ello, se puede afirmar que los deciles medios han sido los más beneficiados en virtud de que los restantes grupos de la población le han transferido parte de su ingreso.²⁰

Teniendo en cuenta las limitaciones de la información relativa a la distribución del ingreso en México, puede observarse que el 10% de las familias de más bajos ingresos han visto disminuir de manera sistemática su participación relativa en el ingreso familiar del país. Este tipo de familias recibió en 1977 poco más del 1% del ingreso total.

Lo anterior es válido también para el 20% de las familias más pobres, y para los cuatro deciles de más bajos ingresos que vieron disminuir su participación en el ingreso hasta 1970 y a partir de entonces la mantienen en el orden de 3.5 y 11% respectivamente.

Por otra parte, el 10% de las familias con mayores ingresos vio aumentar su participación relativa entre 1958 y 1970, pasando ésta de 35.7 a 39.2%. Sin embargo desde entonces y hasta 1977 su participación disminuye y llega a 37.9% en el último año señalado. Igual comportamiento mostró el 5% de las familias más acom-

20 Enrique Hernández Laos y Jorge Córdoba Chávez, "Estructura de la distribución del ingreso en México", en revista Comercio Exterior, vol. 29, núm. 5, mayo, 1979, pp. 505-520.

dadas, aunque en 1977 su participación es aún elevada, 25.5% del total.²¹

De lo anterior se puede concluir que la distribución familiar del ingreso en el México actual presenta agudos contrastes. Como ejemplo adicional podemos señalar que el ingreso percibido por el 5% de las familias más ricas es 50 veces más elevado que el correspondiente al decil de las familias de menores recursos.

Un análisis más desagregado de la información generada por la Encuesta de ingresos y gastos de las familias, elaborada en 1977, permite determinar que la distribución del ingreso no es equitativa y que esto se refleja en todos los rubros del gasto.

Sobre el particular, cabe señalar que de acuerdo con los cálculos de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, realizados mediante la información mencionada, los seis primeros deciles de ingreso, es decir, los más pobres, perciben ingresos menores a los necesarios para adquirir una canasta básica determinada.²²

Si se acepta que un importante indicador del nivel de bienestar que goza la población está constituido por el monto de los gastos en prendas de vestir, calzado y accesorios y productos y servicios médicos, cabe mencionar que el destino del gasto de la población mexicana

21. Secretaría de Programación y Presupuesto, Encuesta Nacional de ingresos y gastos de las familias, México, 1977.
22. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, Necesidades esenciales y estructura productiva en México. Lineamientos de programación para el proyecto nacional, Siglo XXI Editores - Coplamar, México, 1982.

na muestra que para el año de 1977 las personas del -- decil de más altos ingresos empleaban 10 pesos y 18 -- centavos diarios por concepto de prendas de vestir, -- calzado y accesorios, mientras que los mexicanos per- -- te- -- necientes a la clase media (séptimo y octavo deciles) aplicaban 2 pesos y 66 centavos y 3 pesos y 39 centavos, respectivamente, y los menos beneficiados por el desarrollo le destinaban sólo 31 centavos.

Simultáneamente la encuesta consigna que el gasto en -- productos y servicios médicos también se encuentra su- -- mamente polarizado, ya que los individuos pertenecien- -- tes al decil de ingresos más elevados le asignaban 90 pesos, el del séptimo decil gastaba un peso y los me- -- xicanos de menores ingresos le dedicaban en promedio -- 20 centavos diarios; es decir, de 25 a 5 veces menos, respectivamente, de lo que destinaban los miembros de los otros deciles analizados.²³

Este hecho explica en gran medida el elevado número de muertes infantiles en los estratos de ingresos más bajos del país, así como la paupérrima calidad de vida -- que soportan.

Lo expuesto hasta aquí reafirma la importancia de esta -- blecer programas que coadyuven, si no a redistribuir -- directamente el ingreso, sí a procurar la satisfacción de las necesidades básicas de la población marginada, aunque sea por medio de mecanismos indirectos. Por lo anterior y si se atiende al hecho de que la experien--

23. Oficina de Asesores de la Presidencia de la República, Incidencia global de los subsidios sobre la distribución del ingreso, mimeo, 1981.

cia internacional ha mostrado que las acciones en materia de seguridad social constituyen un instrumento efectivo para la elevación del nivel de vida y del bienestar de la población, se considera que el diseño y ejecución de programas de seguridad social como el Programa IMSS-COPLAMAR, objeto de estudio de este texto, beneficiarán no sólo a la población solidariohabitante, sino que también redundarán favorablemente en la productividad y la capacidad de crecimiento del potencial productivo del país en que se apliquen.²⁴

En los siguientes capítulos podrá observarse la evolución reciente y la situación actual de la seguridad social en México y su paso a la solidaridad social, de tal manera que se facilite referir estas consideraciones iniciales al caso específico del Programa IMSS-COPLAMAR, lo que a su vez permitirá algunos corolarios sobre las tendencias implícitas y los requerimientos para incrementar la eficacia de un sistema de seguridad social como mecanismo complementario de redistribución del ingreso.

24. Alejandro Foxley, Eduardo Aninat y José Pablo Arellano, Las desigualdades económicas y la acción del Estado, Fondo de Cultura Económica, México, 1980, p. 145.

II. MARCO HISTÓRICO, CONCEPTUAL Y FILÓSOFICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

2.1 Evolución universal de la seguridad social.

El ser humano siempre en busca de seguridad procuró agruparse y creó una sociedad primitiva en la que encontró la colaboración necesaria a fin de proveerse de lo indispensable para su subsistencia.

Las formas de responder a esta necesidad de protección manifiesta en todos los tiempos han evolucionado en correspondencia a los avances de la civilización. Primero surgen los gremios y las cofradías, cuyo origen se remonta a los griegos, romanos y normandos y que, perfeccionados durante la Edad Media, constituyeron un antecedente de los seguros sociales.

A partir del medioevo y al acentuarse con el feudalismo las diferencias de las clases sociales entre poderosos y desvalidos aparecieron las instituciones de caridad, los asilos, los hospitales de beneficencia, el reparto directo de limosnas por medio de "instituciones" representantes del tributo que los poderosos pagaban a la deidad. La aceptación de la existencia de una deuda con los menesterosos llegó a ser tan importante, -- que los ricos y gobernantes legalizaban en sus cortes la vigilancia de estas "instituciones de caridad o beneficencia".

A fines del siglo XVIII los postulados de la Revolu---

ción Francesa destacaron los débiles fundamentos de las instituciones benéficas y en 1791 sirvieron de base para la aprobación de la Ley Chapellier que suprimió el régimen corporativo y con ello las cofradías y los gremios porque "coartaban la libertad individual entorpecían el comercio". Se crearon entonces las mutualidades que representaban una forma de previsión que aún perdura y coexiste en algunos países con otros reglmenes de seguridad social. En estas mutualidades se reparte entre patrones y asalariados el pago de las indemnizaciones correspondientes al riesgo de accidentes de trabajo y al de enfermedad.

Por su parte, el inicio de la Revolución Industrial - al debilitar los oficios y la artesanía tradicional y vigorizar la producción en línea fortaleció el establecimiento de las mutualidades y la difusión de nuevas doctrinas y corrientes de pensamiento.

Sin duda las narraciones históricas muestran que en todos los tiempos los necesitados recibieron ayuda más o menos frecuente e importante, pero las obras pías de la Iglesia, las hermandades, cofradías, mutualidades, instituciones de asistencia y de beneficencia obedecieron a ideas y principios distintos y aun opuestos a los que forman el pensamiento de nuestros días en materia de seguridad social.

Para muchos autores la asistencia social como acción del Estado, que es factor distintivo de los seguros sociales, nació con la Revolución Francesa en 1789. Las

atribuciones que a partir de esa fecha se adjudican al Estado se reflejan en diversas Constituciones. Así en México la Constitución centralista de 1836 dispone como obligación del Estado "...dictar todas las disposiciones convenientes a la conservación y mejora de los establecimientos de instrucción y beneficencia pública...".

La sociedad individualista y liberal no fue propicia a la idea de la seguridad social por sus características esenciales: el acendrado individualismo que concibió al hombre como única realidad originaria y a la sociedad como una creación contractual de los hombres para garantía de su libre actuar, sin más limitación que el respeto a la libertad de los demás, sin ayuda de nadie y sin la obligación de ayudar a sus congéneres; principios que se vierten en los del liberalismo económico y político que impusieron el dogma del libre juego de las fuerzas económicas y limitaron la acción del Estado a imponer el respeto de la coexistencia de las libertades.

De esa sociedad individualista y liberal Marx dijo, en la Introducción a la Crítica de la Filosofía del Derecho de Hegel, que hacla vivir al hombre en un mundo - sin benevolencia. Para poder nacer el derecho del tra bajo tuvo que romper los marcos del liberalismo económico y político, y los antepasados de la seguridad social se vieron obligados a repudiar la concepción individualista para penetrar en un nuevo concepto del derecho.

Durante el siglo XIX la lucha sociopolítica europea recibió en principio la influencia de un socialismo no bien definido y fragmentado en numerosas corrientes manifestadas en los primeros congresos internacionales del trabajo, cuyos frutos prácticos fueron el cooperativismo y el sindicalismo. Estas corrientes, la aparición y difusión del Manifiesto de Marx y Engels en 1846, el avance del anarquismo y las presiones incansables de la clase laboral hicieron comprender a los gobiernos, como instituciones reguladoras de la vida social, la necesidad de legislar en materia de trabajo con un criterio nuevo en la historia.

Para el pensamiento socialista la seguridad social es un elemento constitutivo: en la carta de 5 de mayo de 1875, dirigida por Marx a Guillermo Brake, cuyo contenido es la célebre crítica al Programa de Gotha, se encuentra la definición de la justicia para la sociedad socialista del mañana: "...de cada uno según sus aptitudes, a cada uno según sus necesidades". En estas condiciones, a todos los hombres, no sólo a los trabajadores, se les puede exigir todo el trabajo para el que sean aptos y habrá que darles, cualesquiera que sean las circunstancias, todo lo que necesiten para satisfacer sus necesidades.²⁵

Francia no pudo romper con su tradición individualista; pero tampoco pudo ignorar la gravedad del problema y por ello en 1898 el legislador decidió adaptar la doctrina al fenómeno nuevo sin afectar los principios clásicos de la responsabilidad. Con este fin estableció

25. Mario de la Cueva, "La seguridad social y la gente del campo", IV Congreso Iberoamericano de derecho del trabajo y de la seguridad social, Sao Paulo, Cuadernos del Trabajo, serie seguridad social, septiembre, 1972, pp. 8, 9.

que el empresario debería responder por los daños que sufrieran los trabajadores, pues con la utilización de las máquinas creaba un riesgo que no existiría en circunstancias distintas, solución que a la vez procuraba dar satisfacción a la inquietud obrera y respetaba el principio de que cada persona, y solamente ella responde de sus acciones.

A diferencia de Francia, la ciencia social y política alemana se sumergió en la filosofía de Fichte y de Hegel, pensamiento que al destruir los obstáculos del individualismo y del liberalismo allanó el camino para un nuevo enfoque de los problemas sociales. Fue en Alemania, en la penúltima década del siglo pasado, donde por primera vez un Estado legisló sobre materias de seguro social. Con ese antecedente y ante la fuerza cada vez mayor del movimiento obrero, el canciller Bismarck estableció en forma gradual las resoluciones que deben considerarse como el antecedente del seguro social obligatorio clásico.

En 1883 creó el seguro de enfermedad, en 1884 el de accidentes del trabajo, en 1889 el de invalidez y vejez y en el año de 1891 el de sobrevivientes. Estas medidas dieron respuesta a las contingencias de disolución social de la época que el propio Bismarck reconoció al decir que "...un hombre que tiene asegurados su porvenir, su vejez tranquila y el bienestar de su familia, no es un anarquista ni atenta contra la vida del emperador, démosles ahora a los pobres aquello a lo que tienen derecho antes de que nos lo arrebaten por la fuerza".²⁶

26. *Ibid.* p. 13.

Los seguros sociales son la primera institución que rompió con el principio de la responsabilidad individualizada y creó una responsabilidad colectiva a cargo de todos los empresarios. Por otra parte, los seguros sociales se diferenciaban claramente de los sistemas de asistencia y de beneficencia, pues en estos los posibles beneficiarios carecían de la posibilidad para exigir las prestaciones o pensiones, en tanto que los seguros sociales señalaron un responsable inmediato y directo -- constituido por todos los empresarios reunidos en un -- instituto y un acreedor concreto, es decir, todos los -- trabajadores.²⁷

La exagerada diferencia de clases, las circunstancias imperantes y la oportunidad de las ideas de Bismarck, hicieron que el seguro social se propagara en Inglaterra, Italia y Francia y después de la Primera Guerra Mundial en diversos países de otros continentes.

En América y en fecha considerablemente anterior a que fueran promulgadas las leyes alemanas del seguro social, Simón Bolívar, durante el Congreso de la Angostura en el año 1819, afirmaba que "El sistema de gobierno más perfecto es aquél que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política".

En Uruguay, Artigas pugnaba por "...que los más infelices sean los más privilegiados en el reparto de las estancias...". Estas ideas humanistas reflejan que los movimientos americanos de independencia traían aparejado un sentido verdadero de la dignidad del hombre. Por primera vez, en América Simón Bolívar habló de seguri--

27. *Ibld.*, p. 9.

dad social y Artigas de reparto equitativo.

La idea de la seguridad social enunciada por Bolívar se manifestó primeramente en los seguros sociales alemanes, pero es en nuestro siglo cuando acuñó todos sus perfiles y se presentó como la idea que pretende asegurar, - esto es, hacer real una vida decorosa para los hombres, en el presente y en el futuro.

En el segundo decenio de nuestro siglo nació la declaración de derechos sociales de Alemania, que contiene una valiosa disposición: "Todo alemán debe tener la oportunidad de adquirir mediante su trabajo, lo necesario para subsistir, y a falta de ella, el Estado debe proveer su subsistencia".²⁸

Si bien es por demás aparente que el seguro social en sus inicios tomó como modelo a los seguros privados que operaban para algunos riesgos; también es innegable que surgió con características propias que contrastan con los rasgos de los seguros privados que sólo protegen a los individuos de modo voluntario, que reportan ganancias para la empresa y en los que el asegurado es el único que cubre la cuota y obtiene en lo general sólo prestaciones económicas.

De este modo, y planteado en sus términos más amplios, el seguro social en su desarrollo inicial, abarcó las siguientes características distintivas: contenido social; obligatoriedad; primas justas para cubrir las necesidades, sin ganancias para los gestores; participación del Estado; otorgamiento de prestaciones para la protección de la salud; cobertura al asegurado, y pres-

28. *Ibid.*, pp. 8-10.

taciones económicas inmediatas o diferidas en sustitución del salario.

Sin insistir más en los distintos motivos que dieron origen al seguro social y le permitieron extenderse, -- puede afirmarse que para el hombre, que tiene como único medio de subsistencia la venta de su fuerza de trabajo, el desarrollo de instituciones de este tipo representó en el pasado y constituye en la actualidad una -- fuente de seguridad.

Como puede observarse, en los inicios del seguro social se estipulaba que los posibles asegurados serían aquellos individuos que contaran con su trabajo para satisfacer sus necesidades vitales. Sin embargo, los seguros sociales no se limitaron a esa instancia de protección exclusiva para la clase asalariada.

Un nuevo concepto de protección tomó carta de naturalización en las legislaciones recientes. Así, las leyes de los seguros sociales en vigor tienden a incluir en su ámbito de aplicación a todos los habitantes de un país tal y como se considera en la seguridad social.

Lo anterior y lo que a continuación se plantea no pretende ofrecer una exposición histórica de la idea de la seguridad social, sino intenta marcar sus momentos principales a fin de proponer lo que quisieramos llamar la idea viva de la seguridad social de nuestros días.

Las transformaciones sociales, económicas y políticas -- que se precipitaron en el segundo decenio de nuestro siglo, produjeron un debilitamiento del individualismo y

del liberalismo económico y político, la aparición de la idea de una auténtica y cada vez más firme solidaridad social y el inicio de una intervención del Estado en beneficio de toda la población.

A partir de 1930 la economía norteamericana sufrió una grave crisis que conmovió a la opinión pública y obligó al presidente Roosevelt a iniciar la política del New Deal y a enviar al Congreso Federal un proyecto de ley sobre la seguridad social (Social Security Act), que se aprobó en agosto de 1935. Así renació la fórmula de Bolívar y se anunció la doctrina del Welfare State, cuyo principio básico fue la lucha contra la miseria y la consecuente promoción del bienestar de los hombres.

El paso decisivo para la instauración del concepto se dio en los años de la Segunda Guerra Mundial, cuando Churchill y Roosevelt suscribieron el 12 de agosto de 1941 la Carta del Atlántico, cuyo punto quinto constituye un programa magnífico de seguridad social: "La colaboración más completa entre todas las naciones en el campo económico, a fin de asegurar a todas las condiciones de trabajo mejores, una situación económica más favorable y la seguridad social."²⁹

En el año de 1942, el decano de la Escuela de Economía de Londres, William Beveridge, presentó al gobierno inglés un plan de reestructuración y ampliación de los seguros sociales que adquirió gran resonancia internacional, en particular por los artículos complementarios redactados por él mismo.

29. *Ibid.*, p. 10.

El estadista inglés plantea que la seguridad de los -- pueblos y de los hombres es la única vía para que desaparezcan el temor del futuro para unos y otros, y para que puedan, entonces, contribuir al desenvolvimiento de la cultura nacional y universal.

Si bien la Carta de las Naciones Unidas no acuñó el -- término seguridad social; sus propósitos revelan la -- misma fuerza de la Carta del Atlántico, y la idea de -- la unidad entre la seguridad internacional y la de los hombres de cada nación. En el artículo 45 se lee que "...las Naciones Unidas promoverán niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social..."³⁰

La obra de la Organización Internacional del Trabajo es también de gran importancia. En el año de 1944, la -- Asamblea General adoptó la Declaración de Filadelfia, que en el apartado tercero declara que fomentará programas que permitan "...lograr el pleno empleo y la -- elevación del nivel de vida; imprimir formación profesional; garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa; proteger -- la vida y la salud de los trabajadores; proteger la infancia y la maternidad; administrar alimentos, vivienda, y medios de recreo y cultura adecuados; garantizar iguales oportunidades educativas y profesionales..."

En el seno de las Naciones Unidas la acción internacional culminó en el año de 1948 con la Declaración Universal de los derechos humanos, en la cual, se ratifica el propósito de los pueblos de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto

30. Ibid., p. 11.

amplio de la libertad.³¹

La Carta de la Organización de los Estados Americanos, con un capítulo denominado Normas Sociales, presentado en la Asamblea de Bogotá de 1948, también expone los principios y los ideales para una legislación sobre la seguridad social de nuestros pueblos.

Si bien es cierto que el Social Security Act de 1935 usó por vez primera en nuestro siglo el término de seguridad social también lo es que la Carta del Atlántico y el Plan Beveridge colocaron el problema en un plano superior al unir la seguridad internacional; que es la paz universal para todos los pueblos, con la seguridad social que es el bienestar de toda la población y de todos los hombres. Este concepto quedó ratificado y aun perfeccionado en la Carta de las Naciones Unidas y en la Declaración de Filadelfia.³²

Por la diversidad de los regímenes socioeconómicos en los que se aplica este sistema de protección, es difícil encontrar una definición universal para la seguridad social; pero pueden destacarse como rasgos distintivos generales los siguientes: No tiene su origen -- directo en los moldes del seguro privado; está ligada a ciertos medios técnicos y a los procedimientos de redistribución del ingreso de un país; su cobertura es universal y sin distinción de clases, y protege a -- los individuos contra cualquier contingencia y cubre -- todos los riesgos.

31. *Ibid.*, pp. 11, 12.

32. *Ibid.*, pp. 12-14.

De este modo y planteada en sus términos más generales la seguridad social precisa que su régimen debe ser universal, subsidiario y, muy especialmente, integral. Universal en tanto que toda la población puede concurrir en forma indiscriminada al bienestar de la sociedad; subsidiario en cuanto a que encausa el ingreso nacional en beneficio de la sociedad y en especial a los menos aptos y más necesitados; e integral ya que no sólo protege al hombre en la adversidad sino que procura que la sociedad alcance los niveles más altos de bienestar individual, social y cultural.

2.2. Antecedentes generales de la seguridad social en México.

2.2.1. La Colonia y el México independiente.

Al igual que las luchas del pueblo mexicano por la conquista de sus derechos sociales, la seguridad social en México tiene remotos antecedentes. En la Colonia, la búsqueda de seguridad para afrontar las vicisitudes de la vida facilitó el trasplante de las cofradías, las que comenzaron a funcionar en la Nueva España a partir de 1538 en número tan abundante como el de los gremios.

Consumada la Independencia estas agrupaciones se mantuvieron a pesar del decaimiento del sistema artesa-

nal de producción, como resultado "...del torrente de mercancías extranjeras que llevaron a la quiebra a múltiples talleres..."³³ No fue sino hasta la Reforma - cuando comenzaron a desaparecer estas congregaciones, no sólo en su aspecto religioso sino también como instrumento de previsión social.

A la desaparición de las cofradías surgieron las agrupaciones de ayuda mutua que comenzaron a florecer bajo la influencia de sus congéneres europeas.

Durante la República Restaurada, el incipiente sector obrero y los artesanos comenzaron a luchar en favor de sus intereses. Se fundó el periódico El Socialista - que preconizaba la necesidad de que artesanos y obreros se ayudasen entre sí.³⁴ El espíritu gremial y las sociedades mutualistas fueron el germen de los sindicatos creados posteriormente por los obreros para defender sus intereses y obtener mejores condiciones de trabajo.

A fines del siglo XIX empezaron a manifestarse los primeros síntomas de descontento entre los trabajadores - de la naciente industria mexicana. Ciertos grupos de intelectuales comenzaron a difundir las doctrinas socialistas y anarquistas que habían alcanzado gran popularidad en Europa y que encontraban campo propicio en el país ante la despiadada explotación de que eran sujeto los obreros y los trabajadores del campo, reducidos en su gran mayoría a la calidad de esclavos.

33. Luis Chávez Orozco, "Orígenes de la política de seguridad social", sobretiro de la revista Historia Mexicana, vol. XVI, núm. 2, octubre-diciembre, 1966, p. 155.

34. Ibid., p. 169.

En plena dictadura porfirista, José Vicente Villada y Bernardo Reyes, gobernadores del Estado de México y del de Nuevo León respectivamente, intentaron tímidas reformas en beneficio de los trabajadores, al prever la necesidad de introducir cambios en el sistema político y social en vigor para impedir la explosión social que ya vislumbraban. Correspondió a la iniciativa de José Vicente Villada ser la primera Ley de Accidentes de Trabajo que se promulgó en México.

En 1906, cuando comenzaban a sentirse los primeros síntomas de la crisis que provocaría el estallido revolucionario de 1910, el Partido Liberal Mexicano encabezado por los hermanos Flores Magón lanzó un manifiesto en el cual se planteaba la necesidad de reformar la Constitución de 1857 "...para garantizar al obrero un salario mínimo, una jornada máxima, el descanso dominical, la igualdad de salarios entre extranjeros y nacionales, la seguridad e higiene en las fábricas y talleres, así como una protección especial para el trabajo de las mujeres y los menores y la prohibición para emplear a menores de 12 años..."³⁵

En 1907, un grupo de legisladores encabezado por Rodolfo Reyes, quien conoció el Manifiesto del Partido Liberal Mexicano, presentó al ministro de Fomento un proyecto de Ley Minera en la que se incluían indemnizaciones a la familia del trabajador por riesgos profesionales y la posibilidad de convertir en materia federal la legislación del trabajo que hasta entonces

35. Instituto Mexicano del Seguro Social, El seguro social en México. Antecedentes y legislación, - convenios, recomendaciones, resoluciones y conclusiones en materia internacional, México, 1971, ProL. s.p.

se habla considerado facultad de los Estados.

2.2.2. Período revolucionario.

"Al triunfo de la Revolución los obreros aprovecharon el régimen de libertad instaurado por Francisco I. Madero para fundar diversas organizaciones laborales. Los sacerdotes de pensamiento avanzado lograron agrupar, en 1912, a diez mil trabajadores de la Confederación de Obreros Católicos. López Aparicio nos dice que la mutualista Obrera de la Ciudad de México contaba con 7 212 socios y la Sociedad de Obreras había conseguido agremiar a 9 275 trabajadoras".³⁶

En 1912 se fundó también la Casa del Obrero Mundial, en la cual participaron dirigentes de muy diversas ideologías. El pensamiento de estos grupos influyó en la legislación del trabajo que persigue como objetivo fundamental la protección de los obreros. La ayuda que prestaron los batallones rojos al movimiento constitucionalista contribuyó en la creación del artículo 123 de la Constitución de 1917 que, con el artículo 27, constituye el eje del derecho constitucional social mexicano.

En 1913 se presentaron dos proyectos de reformas laborales ante la Cámara de Diputados; en ambos se propuso al Congreso la adopción de disposiciones que sirvieran de contrapeso al capital. Al respecto, la diputación por Aguascalientes sostuvo la necesidad de reglamentar los riesgos profesionales en toda la Repú

36. Ibid.

blica, con fundamento en consideraciones humanísticas que desde luego no podrían modificar el principio de las "facultades expresas" consagrado en el pacto federal. El grupo de diputados renovadores propuso reformar el Código de Comercio de 1894, lo cual implicaba la actividad del legislador federal en materia de trabajo y así se constituyó la iniciativa surgida con este motivo en el primer antecedente de la Ley Federal del Trabajo.

La preocupación y el interés de los hombres de la Revolución por la situación de los trabajadores se aprecia en múltiples pronunciamientos y decretos que se produjeron en casi todos los planes políticos del momento. Entre 1914 y 1916, etapa de enfrentamientos entre las distintas facciones revolucionarias, varios caudillos y a su vez gobernadores de algunos Estados promulgaban decretos y leyes que establecían garantías para los trabajadores de sus respectivas entidades.

Sobresale por su contenido la Ley sobre Accidentes de Trabajo, promulgada el 25 de diciembre de 1915 por Nicolás Flores, gobernador del Estado de Hidalgo, donde aparece el primer antecedente directo de la Ley del Seguro Social. En su artículo 6° indica a los empresarios que "...no podrán sustraerse de la responsabilidad en que incurran por accidentes de trabajo, asegurando contra accidentes a los individuos de su dependencia en alguna de las compañías que se dediquen a -

esta clase de negocios, que sea de reconocida honradez y solvencia, a juicio del Departamento del Trabajo y previa aprobación del Ejecutivo del Estado".³⁷

Venustiano Carranza, primer jefe del Ejército Constitucionalista, expidió dos decretos fechados el 14 y 19 de septiembre de 1916, que señalaban la urgencia de llevar a la práctica las reformas políticas y sociales postuladas por la Revolución Mexicana y convocaba a un Congreso Constituyente en el cual se expusieran las aspiraciones del pueblo mexicano para convertirlas en parte fundamental del texto constitucional del país y en consecuencia en un programa de acción.³⁸

El 10. de diciembre de 1916 don Venustiano Carranza ha ce entrega del Proyecto de Reformas al Congreso Constituyente de Querétaro y, por primera vez en la terminología revolucionaria, se usa la expresión seguridad social en estos términos: "Que los agentes del poder público sean lo que deben ser: instrumentos de seguridad social"³⁹

En esta convención legislativa se aprobó el artículo 123 y México se convirtió en el primer país del mundo que incluyó en su texto constitucional las disposiciones para regular las relaciones obrero-patronales. Dentro de este precepto se incluyeron las fracciones XIV y XXIX relativas a la seguridad social, que quedaron aprobadas en los términos siguientes:

37. *Ibid.*

38. Jesús Silva Herzog, "La etapa constitucionalista y la lucha de facciones", en Breve Historia de la Revolución Mexicana, tomo II, Fondo de Cultura Económica, México 1960, p. 252.

39. Secretaría de la Presidencia, "La seguridad social...", en México a Través de los Informes Presidenciales, tomo 13, México, 1976, p. 13.

XIV. "Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridos con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo - que ejecuten, por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá - aun en el caso de que el patrono contrate el - trabajo por un intermediario.

XXIX. Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal, como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión social".

Como se puede observar, las instituciones de seguridad social surgen en México unidas con las normas laborales que sucedió en otras partes del mundo.

A pesar de que la filosofía política de la Constitución de 1917 rompe con el principio liberal de laissez faire, la intervención del Estado aún estaba limitada a garantizar un mínimo de justicia en las relaciones obrero-patronales. El concepto actual del Estado como principal promotor y responsable del bienestar colecti

vo no había llegado a desarrollarse plenamente como sucederla a partir de la década de los años treinta, a consecuencia, en gran parte, de la crisis económica de 1929.

Durante el período gubernamental de Alvaro Obregón (1921-1924) se inició la etapa de la "reconstrucción nacional" y se elaboró un proyecto de Ley del Seguro Social que nunca se promulgó. En él se proponía que el Estado se encargara de buscar el equilibrio social, creando una reserva económica pagada por los patrones para satisfacer los derechos de los trabajadores.

En 1928, durante la campaña presidencial del general Alvaro Obregón, se anunció la implantación de un programa federal de seguridad social, formulándose una iniciativa de Ley para obligar a los patrones y a los obreros a depositar en una institución bancaria cantidades equivalentes que fluctuaban entre el 2 y el 5% del salario mensual para constituir un fondo en beneficio de los trabajadores. En este proyecto no se señalaba aún la participación del Estado.

La necesidad de dar estabilidad al aparato administrativo del Estado en proceso de consolidación y modernización trajo como consecuencia la expedición en el año de 1925 de la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro que constituye un antecedente importante. Esta ley garantiza el derecho a la jubilación de los funcionarios y empleados de la Federación, del Departamento del Distrito Federal y de los gobiernos de los Territo

rios Federales, por edad avanzada y por incapacidad, así como pensión para deudos en caso de fallecimiento.

2.2.3. Etapa institucional.

El 10. de mayo de 1929 surge a la vida política del país el Partido Nacional Revolucionario, que reúne a todos los grupos y facciones revolucionarias y en cuya declaración de principios se establece: "El Partido ha ce suyo y luchará porque se eleve a la categoría de -- Ley el proyecto del seguro obrero en la forma concebida y presentada a la Cámara de la Unión por el general Alvaro Obregón".⁴⁰

En 1929, durante la presidencia de Emilio Portes Gil, se reforma la fracción XXIX del artículo 123 constitucional, con el fin de aclarar el concepto de seguridad social en los términos siguientes: "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social que comprenderá los seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos".⁴¹

En el año de 1931, siendo presidente Pascual Ortiz Rubio, se aprobó la Ley Federal del Trabajo. En el aspecto de la seguridad social esta ley regulaba la protección de accidentes de trabajo y enfermedades.

El periodo de 1929-1932 fue una etapa crítica en la historia del México moderno. Ante el impacto de la de presión mundial no se hicieron esperar el desempleo, -

40. Miguel García Cruz, La seguridad social en México. Bases, evolución, importancia económica, social, política y cultural, 1906-1958, tomo I, B. Costa Amic Editor, México, 1972, p. 58.

41. Ibid., p. 13.

Las demandas laborales y las presiones de importantes grupos de obreros organizados. Las huelgas y los graves conflictos con la Iglesia complicaron el escenario.

Al institucionalizarse la Revolución y habiéndose creado el partido mayoritario que vendría a ser el eje de la estabilidad política del país, faltaba aún programar la acción gubernamental. El primer intento al respecto se realizó en el año de 1934 con la presentación del Plan Sexenal, elaborado por el partido en el poder con motivo de la sucesión presidencial ya en puerta. Dentro de este plan, en la parte correspondiente a trabajo, se estableció como una necesidad inmediata la "...implantación del seguro obligatorio que cubra también los principales riesgos no amparados por la Ley Federal del Trabajo..." para lo cual "...se expedirá una Ley del Seguro Social en favor de los asalariados, sobre la base de la cooperación entre las entidades concurrentes: Estado, trabajadores y patrones en la proporción que un estudio señale equitativa..."⁴² que se tornó en antecedente directo del tripartismo y es esencia del espíritu solidario y de coordinación de esfuerzos que anima la Ley del Seguro Social.

En el período gubernamental del general Lázaro Cárdenas estalló un gran número de huelgas a lo largo de todo el país. En el año de 1936 el Comité de la Defensa Proletaria convocó al Congreso para la Unificación de los Trabajadores de México, constituyéndose así la central obrera más fuerte de la nación. La Confederación de Trabajadores de México encabezada por Vicente Lom-

42. *Partido Nacional Revolucionario, Plan Sexenal, México, 1934, p. 46.*

bardo Toledano defendió en su programa la preservación de la salud, las pensiones por edad avanzada, incapacidad, muerte y desempleo, y la protección por accidentes de trabajo y enfermedades.

Sin embargo, durante el gobierno del general Lázaro -- Cárdenas la prioridad nacional fue la reivindicación de los derechos sobre los recursos naturales del país y la reforma agraria, lo que obligó a posponer la realización de otros programas como el de la seguridad social. Cárdenas sólo emitió leyes de seguridad en favor de los militares: Una relativa al establecimiento del Banco de Ahorros para Oficiales de la Fuerza Armada (1936) y otra para perfeccionar su sistema de pensiones (1939).⁴³

Sembrando el germen de la seguridad social y con plena conciencia de sus derechos a la misma, importantes grupos de obreros organizados, mediante las presiones -- ejercidas por sus sindicatos consiguieron la firma de contratos colectivos de trabajo en los que ya se consideraban las prestaciones que por ley se implantarían -- poco después.

En 1936 los trabajadores petroleros se integraron en -- una poderosa organización, el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana, y recibieron a la firma de su primer Contrato Colectivo de Trabajo en el año de 1942 las prestaciones de jubilación por -- edad avanzada, incapacidad y pensión por viudez.

43. Carmelo Mesa Lago, *Social security in latin america. Pressure groups, stratification and inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, -- P.A., 1978, p. 214.

En 1938 el Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros - de la República Mexicana firma su contrato colectivo - con la empresa recién nacionalizada y recibe un paquete de prestaciones similares a las obtenidas por los - trabajadores petroleros. Con estas medidas se cierra el período inmediato anterior a la promulgación de la Ley del Seguro Social.

También en 1938 se creó la Secretaría de Asistencia Pública que a partir del año de 1943 se convertiría en - la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que agruparía a todos los organismos gubernamentales que aten-- dían por separado los problemas de salubridad y asis-- tencia médico-social.

2.2.3.1. Contexto en el que surge la promulgación de la Ley del Seguro Social.

Dentro de un sistema de economía mixta como el de Méxi-- co, y ante la dificultad de poder armonizar siempre el interés general con los intereses particulares, algu-- nos cambios y transformaciones implantadas por el Esta-- do traen como consecuencia complicaciones en el queha-- cer nacional. Cuando se presenta esta situación, es - necesario llevar a cabo una política de unidad nacio-- nal, con el establecimiento de medidas y políticas con-- ciliadoras entre los diversos sectores, cuyos intere-- ses se bifurcan la mayoría de las veces entre el capi-- tal y el trabajo. En el gobierno del general Manuel - Avila Camacho se presenta con claridad esta situación.

En el Segundo Plan Sexenal (1940) elaborado por el Partido de la Revolución Mexicana previo a la postulación del candidato de este partido para la contienda electoral que se avecinaba, se estableció que durante el primer año de vigencia del plan se emitiría la Ley del Seguro Social para cubrir los riesgos profesionales y sociales más importantes y que el patrimonio necesario para su funcionamiento habría de ser aportado por la clase patronal y por el Estado, debiendo intervenir la clase obrera sistematizada en su organización y administración.⁴⁴

Este sector estaba descontento debido a la disminución cada vez mayor de su poder adquisitivo, consecuencia de la inflación que vivía el país por la política monetaria adoptada, los reajustes económicos resultado de cambios introducidos en el aparato productivo y el descenso de la producción agrícola para consumo interno, como resultado de los desajustes que siguieron a la acción de la reforma agraria.⁴⁵ Esta situación había llevado las relaciones obrero-patronales a su punto más tirante.

Para afrontar la complicada situación que se presentaba, el nuevo presidente de la República, Manuel Avila Camacho, estableció una serie de medidas encaminadas a fortalecer su capacidad de acción y poder así serenar las relaciones obrero-patronales.⁴⁶ Esta tarea se ha-

44. Luis Medina, "Período 1940-1952, del cardenismo al avilacamachismo", en Historia de la Revolución Mexicana, núm. 18, El Colegio de México, México, 1978, pp. 94-96.

45. María Antonieta Benejam, Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años - 1943-1944. Imprenta Talleres Gráficos de Ediciones Culturales, México, 1980, p. 33.

46. Medina, Op. cit., pp. 292, 293.

cla indispensable debido a la necesidad de favorecer la industrialización en un momento en que la infraestructura creada durante el gobierno del general Cárdenas y las circunstancias derivadas de la Segunda Guerra Mundial ayudarían a impulsar la recuperación de la economía nacional, acción en la que el Estado desempeñaba el papel de promotor; a crear un clima político adecuado a las inversiones que requeriría el país para entrar a la nueva fase del crecimiento económico, como fin y justificación de la Revolución Mexicana.⁴⁷

Para contar con un mecanismo administrativo que le permitiera hacer frente a los complejos problemas laborales, el presidente Avila Camacho reformó la Ley Federal del Trabajo y los artículos constitucionales respectivos y transformó el Departamento de Trabajo en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, ampliando el marco de su competencia. Además, por Acuerdo del 2 de junio de 1941 creó la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social para dar vigencia a la política social de la Revolución en los momentos en que la clase obrera del país lo reclamaba y bajo un nuevo enfoque por lo que toca a su administración: el carácter tripartito.

La comisión integrada por representantes del gobierno federal, empresarios, obreros y dos representantes del Congreso de la Unión comenzó sus trabajos bajo las directrices y normas del secretario del Trabajo y Previsión Social, licenciado Ignacio García Téllez, en tanto que las autoridades responsables se abocaron a la -

47. Benejam, Op. cit., pp. 33, 34.

intensa tarea de crear el clima político favorable para conseguir la aprobación y promulgación del proyecto de Ley⁴⁸ y obtener el consenso de los sectores involucrados, en este caso, el sector obrero organizado y el sector patronal.

Puesta en marcha la política de unidad nacional, su implantación se consolidó con la firma de un pacto entre el gobierno y las principales organizaciones obreras - que aglutinaban al 85% de la clase obrera del país y - que en esencia estableció lo siguiente: suspensión de las luchas intergremiales, abolición de las huelgas y los paros buscando su solución por medios conciliatorios y arbitrales, y abaratamiento del costo de la vida, sin que ello pudiese interpretarse como una renuncia a las conquistas laborales de los obreros.

El 11 de junio del mismo año se constituyó el Consejo Obrero Nacional encargado de vigilar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por las organizaciones obreras.⁴⁹

2.2.3.2. Establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y de otras instituciones del sector salud y seguridad social.

El pacto establecido entre la clase trabajadora y el gobierno, las circunstancias políticas y económicas del momento y la coyuntura favorable que la Segunda Guerra Mundial ofrecía al proceso de industrialización del país conferían un carácter prioritario a la promul

48. García, Op. cit., pp. 72, 73

gación e implantación de la Ley del Seguro Social. - Sin embargo, la necesidad de realizar cálculos técnicos actuariales meticulosos obligó a que su presentación ante el Congreso de la Unión para ser discutida y aprobada se llevara a cabo hasta finales de 1942, o sea, año y medio después de haberse constituido la Comisión Técnica Redactora. En este lapso se recabaron opiniones muy favorables de los organismos internacionales especializados en la materia: la Organización Internacional del Trabajo y la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que se efectuó en Santiago de Chile en septiembre de ese año.

Al aprobarse la iniciativa de Ley el 23 y 29 de diciembre por las Cámaras de Diputados y Senadores respectivamente y publicarse en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943, su aplicación debería llevarse a cabo en forma gradual para garantizar el equilibrio y la estabilidad financiera de la reciente institución, ante la total ausencia de la infraestructura requerida para el otorgamiento de las prestaciones correspondientes. Al mismo tiempo había que sensibilizar a los dirigentes de los sectores obrero-patronales y a toda la población respecto a las ventajas y beneficios que para los trabajadores y empresarios del país representaba la implantación obligatoria del seguro social.⁵⁰

Esta última acción era de gran trascendencia ante la actitud adoptada por algunos grupos organizados, que iba de la indiferencia a la recalcitrante oposición,

50. García, Op. cit., pp. 74-79.

sobre todo en aquellos casos en que se afectaban intereses creados, como eran los de las compañías de seguros privadas,⁵¹ los sindicatos médicos, las cooperativas y algunas cámaras de comercio, como las de las ciudades de México, Guadalajara y León, que llegaron en algunos casos a solicitar amparo, arguyendo la anti-constitucionalidad de dicha Ley.

Durante el año de 1943 se realizaron los trabajos que permitirían iniciar la prestación de servicios a partir del siguiente año. En el mes de enero del año de 1943 se creó como órgano descentralizado, con personalidad jurídica propia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y se designó a su Director General y a los integrantes del Consejo Técnico, organismo tripartito que se integró por seis miembros, dos por cada uno de los tres sectores que lo constituyen y un presidente, que sería el propio Director General de la institución.

Este cuerpo se abocó de inmediato a discutir y promover ante el Ejecutivo Federal la expedición de las Leyes reglamentarias de la Ley del Seguro Social. Se expidió el primer Reglamento General de la Ley, relativo a la inscripción de patrones y trabajadores y al funcionamiento de la Dirección General y de las sesiones del Consejo Técnico, que se publicó el 14 de mayo de 1943 en el Diario Oficial de la Federación. En la misma fecha se promulgó el Decreto que ordenó la primera afiliación obligatoria de patrones y trabajadores en el Distrito Federal a partir del 1o. de julio de 1943, para comenzar la prestación de servicios a partir del

51. Benejam, Op. cit., p. 61.

10. de enero de 1944. Su funcionamiento se extendió a lo largo y a lo ancho del territorio nacional, mediante la incorporación al régimen obligatorio de la seguridad social de los municipios que fueron llenando los requisitos establecidos y conforme lo permitieron las condiciones sociales y económicas de las distintas regiones.

Por su parte, la importancia del movimiento burocrático y la constitución de la poderosa organización sindical que aglutinó a todos los servidores públicos del país, así como el establecimiento de diversos servicios médicos de carácter gremial en distintas regiones del país, condujeron a la promulgación de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que permitió, a partir del 10. de enero de 1960, fusionar y regularizar el otorgamiento de prestaciones y servicios establecidos para la burocracia desde el año de 1925 a 325 mil trabajadores de base y más de 50 mil supernumerarios, que con sus familias hacían un total aproximado de millón y medio de derechohabientes.⁵²

En junio de 1976, a finales del gobierno del presidente Echeverría, se promulgó la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, a fin de integrar las prestaciones y los servicios médicos de que disfrutaban con anterioridad.

Finalmente, para coordinar todos los programas establecidos a nivel nacional a efecto de atender a la niñez y ampliar su acción al núcleo familiar, se creó el Sis

52. Rómulo Sánchez Mireles, El movimiento burocrático, Fondo de Cultura Económica, México, 1960, -- pp. 206, 207.

*tema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia,
el 10 de enero de 1977.*

III. EL ESTADO MEXICANO EN LA EVOLUCIÓN JURÍDICA DEL SEGURO SOCIAL A LA SOLIDARIDAD SOCIAL

3.1 La Ley del Seguro Social de 1943.

La primera Ley publicada el 19 de enero de 1943 recogió e hizo realidad las aspiraciones expresadas en el artículo 123 de nuestra Carta Magna y se convirtió en un instrumento eficaz de política social, que hizo posible la aplicación práctica en todo el país de un sistema estructurado y sustentado financieramente por tres sectores: el Estado Federal, los trabajadores y los patrones. El sistema nació como un servicio público y obligatorio a cargo de una institución descentralizada con libre disposición de su patrimonio.⁵³

Tal como se expresa en su Exposición de Motivos, la Ley de 1943 limitó su campo de aplicación a los asalariados del sector privado y a otros conjuntos de trabajadores dependientes, cuyas actividades económicas y naturaleza de ocupación los hacían similares para efectos del aseguramiento, ya que de acuerdo con la doctrina clásica que prevalecía en esa época "el régimen del seguro social no es susceptible de aplicarse de un modo general o indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sino exclusivamente al sector de la población formado por las personas que trabajan mediante la percepción de un salario o un sueldo", precisándose en otro párrafo que "tal obligatoriedad comprenderá desde luego sólo a los trabajadores que presten servicios en

53. Jesús Reyes Heróles, Extensión de la seguridad social en el medio rural, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1976, p. 8.

empresas privadas, estatales, de administración obrera o mixta; a los miembros de cooperativas de producción y a los aprendices especiales contratados en ese carácter".

Por razones de orden administrativo y debido a la falta de instalaciones médico-asistenciales, la implantación del seguro social obligatorio se fijó en forma gradual y paulatina, eligiéndose las circunscripciones de acuerdo con su desarrollo industrial, situación geográfica, densidad de población asegurable y posibilidades de establecer los servicios.

La primera circunscripción elegida fue el Distrito Federal, en donde la aplicación de la Ley se inició el primero de enero de 1944.

La Ley original comprendió la protección de los siguientes riesgos que se agruparon en cuatro ramos de seguro:

- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Enfermedades no profesionales y maternidad.
- Invalidez, vejez y muerte.
- Cesantía involuntaria en edad avanzada.

lución, fue un factor importante de carácter interno que generó consecuencias negativas. Se estimaba que la industria en desarrollo permitiría entre otros beneficios mejorar las condiciones de vida de la mayoría de la población y absorber a los grupos campesinos desplazados por una economía agropecuaria sin estímulos; sin embargo, la experiencia demostró que -- una situación no de manera necesaria conlleva a la otra (cuadro 4).

Esta política originó un crecimiento en los sectores industrial, comercial y de servicios, así como un decrecimiento considerable en el desarrollo del agropecuario. Si bien la agricultura en un momento dado permitió al país establecer el programa de industrialización conforme se había fijado, el surgimiento de otra forma de producción lo llevó a modificar su carácter agrícola por el agroindustrial.

De manera concomitante a este modelo económico la seguridad social se extendió en las zonas urbanas que manifestaban mejores condiciones para implantar el régimen del seguro social.

Los trabajadores industriales concentrados en grandes áreas urbanas fueron incorporados al Instituto Mexicano del Seguro Social con relativa facilidad, especialmente en el caso de las industrias mayores, en tanto que la población rural ha sido integrada de

Para cada uno de ellos se adoptó su propio régimen financiero dentro del esquema general de aseguramiento.⁵⁴

Respecto a las prestaciones, éstas se establecieron -- tanto en especie como en dinero.

Las primeras consistían en:

- a) Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica hasta por 26 semanas.
- b) Servicios de hospitalización.
- c) Aparatos de prótesis y ortopedia en caso de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
- d) Asistencia obstétrica.
- e) Ayuda para lactancia.

Los beneficiarios de estas prestaciones eran:

El asegurado, en a), b) y c).

La asegurada, en a), b), c), d) y e).

La esposa o la concubina, en a), b) y d).

Los hijos menores de 16 años en a) y b).

54. *Ibid.*, pp. 9, 10.

Se exigía a los familiares la convivencia y dependencia económica del asegurado.

Las prestaciones en dinero comprendían:

- *Subsidios por incapacidad temporal y maternidad.*
- *Ayuda para gastos de funerales y para lactancia.*
- *Pensiones, indemnizaciones y finiquitos.*⁵⁵

El artículo 6° de la Ley de 1943 facultaba al Poder Ejecutivo Federal a que, previo estudio y dictamen del Instituto Mexicano del Seguro Social, determinara las fechas y modalidades de implantación del seguro social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo, en las circunscripciones territoriales en donde ya estaba establecido el seguro para los trabajadores asalariados urbanos.

Fue muy clara la intención de la Ley respecto a las incorporaciones en el ámbito rural. Dejó abierta la posibilidad para que en el momento oportuno pudiesen llevarse a cabo nuevos programas de incorporación que respondiesen a situaciones concretas en un momento dado y, por medio de ellas, pudiese ampliarse el campo de aplicación de la seguridad social en México.

55. *Ibld., p. 10.*

3.2 Disposiciones jurídicas para amparar a la población rural posteriores a la Ley del Seguro Social de 1943.

En cumplimiento de lo expresado en el artículo 6° de la Ley de 1943, el 27 de agosto de 1954 se publicó en el Diario Oficial el primer "Reglamento que establece las modalidades del régimen del seguro social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa".

El ensayo se realizó en los trece municipios de mayor extensión agrícola, variedad de cultivos y tecnificación de los procesos, que además contaban con riego rodado y presas de abastecimiento o pozos profundos, créditos de bancos estatales y privados, subsidios para algunos cultivos, compra de futuros de cosecha y una suficiente red de caminos.

El seguro social obligatorio para los trabajadores del campo comprendió a todos aquellos que ejecutaban trabajos rurales propios y habituales de alguna empresa -- agrícola, ganadera, forestal o mixta, ya fuesen peones acasillados, trabajadores de temporada, eventuales para obra determinada o miembros de las sociedades locales de crédito agrícola o de crédito ejidal.

Se consideró como patrones rurales a los propietarios, poseedores, ejidatarios, colonos, arrendatarios y aparceros que emplean trabajadores.⁵⁶

56. *Ibid.*, pp. 10, 11.

Las cotizaciones para patrones y trabajadores fueron fijadas por el Ejecutivo para cada municipio incorporado.

Destaca en este Reglamento la modalidad que establece el tomar en cuenta las hectáreas en producción, tipo y condiciones de cultivo a que cada una se dedica, a fin de determinar las cotizaciones de patrones y trabajadores.

A los miembros de sociedades de crédito agrícola y ejidal se les aplicó el régimen de contribución bipartita en enfermedad general, maternidad, invalidez, vejes, cesantía y muerte, como clara muestra de apoyo del gobierno federal a estos grupos.

Posteriormente, en las reformas a la Ley efectuadas en 1959, en el artículo 6° se incluye la posibilidad de fijar fechas y modalidades de implantación del seguro social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo en las circunscripciones territoriales en donde ya está establecido este seguro para los trabajadores asalariados urbanos.⁵⁷

El artículo 8° establece para la banca oficial la obligatoriedad de conceder créditos independientes a los - de avío o refacción por las cantidades necesarias para satisfacer las cuotas del seguro social en aquellas zonas en donde se haya extendido o se extienda el régimen de los trabajadores del campo; así mismo establece

57. Ibid., p. 11.

con mayor claridad los capítulos que deben contener -- los decretos que el Ejecutivo Federal expida a propuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social, el que a su vez habrá de basar sus recomendaciones en las experiencias estadísticas, financieras y económicas. En suma, señala condiciones legales convenientes para continuar las promociones para la extensión del régimen del seguro social, incluyendo a los trabajadores del campo, ejidatarios, comuneros o pequeños propietarios.

En los decretos correspondientes es preciso tomar en cuenta las necesidades sociales y las particulares características económicas de esos asegurados, las bases para el cobro de primas y prestaciones en dinero y las condiciones especiales conforme a las cuales deba otorgarse otro tipo de prestaciones.

Con fundamento en los artículos 6° y 8° reformados al 31 de noviembre de 1959, que recogieron las experiencias del plan de 1954, fue posible la expedición del "Reglamento para el seguro social obligatorio de los trabajadores del campo", publicado el 18 de agosto de 1960, que derogó al del 27 de agosto de 1954.⁵⁸

Este nuevo Reglamento comprende:

- I. A los trabajadores asalariados del campo.
- II. A los trabajadores estacionales del campo.
- III. A los miembros de las sociedades locales de --

58. *Ibid.*, pp. 11, 12.

crédito ejidal.

A los primeros se les aplica el esquema de los asalariados urbanos, según la relación clásica de patrón - trabajador-salario-cuotas-prestaciones, utilizando el mecanismo de avisos patronales, en los ramos de seguro y con todas las prestaciones.

Para los estacionales del campo este nuevo Reglamento toma en cuenta las características de las labores que ejecutan, dedicándoles disposiciones específicas que les otorgan a ellos y a sus familiares derechohabientes servicios médicos, farmacéuticos, hospitalarios y subsidios en dinero para los casos de accidentes en el trabajo y otros riesgos determinados.

Por la índole del trabajo estacional se dispone que el Estado debe contribuir al costo de los servicios que se prestan a los mencionados trabajadores y a sus familiares, mediante la aportación equitativa de una cuota distribuida entre el propio Estado y los patrones. En todas las jurisdicciones en que se apliquen las disposiciones de la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos y en las que se vaya realizando la extensión del régimen de seguridad social los patrones rurales quedarán liberados de las obligaciones que les impone la fracción II del artículo 197 de la Ley Federal del Trabajo, al subrogarse en ellas el Instituto Mexicano del Seguro Social.⁵⁹

59. *Ibid.*, p. 14.

Las cuotas quedan a cargo sólo del patrón rural, sin descuento alguno a los estacionales. La mitad de la cuota total está a cargo del Estado y se fija por jornal-trabajador. Se mantiene el sistema de "coeficientes" por unidad de superficie y por tipo de cultivo. Los servicios médicos se otorgan mediante la presentación del "aviso de enfermedad" que el patrón rural expide a su trabajador estacional cuando éste lo requiere para sí o para sus familias derechohabientes.

A los ejidatarios y pequeños propietarios agrícolas, se les sigue aplicando el régimen de contribución bipartita y conservan el derecho a todas las prestaciones establecidas en la Ley.

El 14 de junio de 1961 aparece publicado en el Diario Oficial el Decreto del día 7 de ese mismo mes y año, que incorpora al régimen del seguro social a los ejidatarios y pequeños propietarios no pertenecientes a sociedades locales de crédito ejidal o agrícola de los municipios de Mexicali, Tecate, Tijuana y Ensenada, de Baja California, y en el de San Luis Río Colorado, del Estado de Sonora.⁶⁰

Considerando que hasta esa fecha habían estado excluidos de los beneficios del seguro social los ejidatarios y los pequeños propietarios agrícolas no pertenecientes a sociedades de crédito ejidal o agrícola, núcleo de población que es por cierto considerable, el decreto en cuestión tendía a subsanar esa deficiencia.

60. *Ibid.*

Se disponía además que el régimen de seguros se ajustaría a las disposiciones de la Ley del Seguro Social y a sus Reglamentos. Por lo mismo, conforme a las disposiciones de ese decreto, los asegurados y sus familiares derechohabientes enumerados en el artículo 54 de la Ley del Seguro Social, entonces en vigor, tenían derecho a todas las prestaciones establecidas en la misma Ley y para todas las ramas del seguro social, dentro de las condiciones y términos fijados para obtenerlas.

Por lo que se refiere a las ramas de enfermedades no profesionales, de maternidad, de invalidez, de vejez, de cesantía y de muerte, los asegurados quedaban sujetos al régimen de contribución tripartita.

La extensión del régimen del seguro social obligatorio en favor de los campesinos constituye uno de los propósitos que con mayor interés ha considerado el gobierno federal, para hacer factible que sus condiciones generales de vida adquieran un desarrollo acorde con los principios agrarios de la Revolución Mexicana y con los preceptos de la Constitución.⁶¹

Las peculiares relaciones contractuales entre los productores de azúcar y los productores de caña fundan y explican la necesidad de la Ley del 7 de diciembre de 1963, que incorporó al régimen del seguro social a los productores de caña y sus trabajadores, no solamente por la existencia y fijación legal de zonas de abastecimiento para los ingenios -correlativas a la política

61. Cuauhtémoc López Sánchez, "La extensión de la seguridad social del campo", en Boletín de Información Jurídica, año 1, núm. 2, julio-agosto, 1973, p. 26.

crediticia que garantice la permanente actividad en el cultivo de la caña-, sino por el suministro y adquisición de la caña de azúcar y por el sistema establecido de liquidaciones anuales de las ganancias con base en el rendimiento de las mieles.

Como ya ha quedado señalado, los seguros sociales operan dentro de los principios del cálculo de probabilidades, de la teoría del riesgo y de una idea restringida de solidaridad frente a éste, pues sólo comprende a los empleadores en relación con sus trabajadores cuando en el molde legal tradicional existe un contrato de trabajo. La seguridad social, en cambio, implica la adopción de nuevas obligaciones y derechos que llevan a una ampliación de la solidaridad social frente a los riesgos comunes de toda una colectividad. A este nuevo concepto obedece el que esta iniciativa de Ley establezca la solidaridad de los industriales productores de azúcar con los productores de caña y los trabajadores a su servicio, bien sean asalariados permanentes o estacionales y, por lo tanto, la aportación de los industriales para la cobertura financiera del seguro social en beneficio de los productores de caña de azúcar y de sus trabajadores.⁶²

Es indudable que la industria azucarera nacional no puede tener un desarrollo sano si las condiciones económicas y sociales de quienes la abastecen de materia prima son insanas. Los industriales azucareros están inexorablemente ligados a las condiciones de vida que

62. Reyes Heróles, Op. cit., pp. 15, 16.

privan para los productores de caña. Además se da un vínculo económico de tal naturaleza que la existencia y desarrollo de la industria descansa en el trabajo de los productores de caña. De esa solidaridad económica nace una solidaridad social de la que se derivan las obligaciones y derechos que en esta iniciativa de Ley se señalan para que los productores de azúcar --coadyuven, proporcionalmente, a la incorporación al --régimen del seguro social obligatorio de la población campesina que los provee de materia prima para su --industria.⁶³

Las reformas de diciembre de 1970 a la Ley del Seguro Social tuvieron como propósito fundamental el de una ampliación mayor de los beneficios del seguro social en favor del sector campesino. Estas reformas permitieron considerar la necesidad de tomar en cuenta las particularidades económicas y sociales de los nuevos sujetos de aseguramiento. Era indudable que las estructuras tradicionales del régimen del seguro social requerían de modificaciones que las hiciesen operantes en su aplicación al medio rural y que permitieran proteger en los menores plazos al mayor número de personas.⁶⁴

Así mismo, es evidente que si bien los mecanismos implantados hasta antes de esta reforma resultaban adecuados para satisfacer las demandas de la población urbana, no ocurría así para el caso particular del campesinado. La adaptación del régimen de seguridad

63. Reyes Heróles, Loc. cit.

64. López Sánchez, Op. cit., p. 29.

social al medio rural tenía que hacerse aprovechando la experiencia adquirida por la propia institución y con apoyo de nuevos programas que pudieran brindarle otras instituciones del gobierno para lograr una mejor coordinación en los esfuerzos comunes, así como - la máxima economía de los recursos.

Dada la urgencia de adoptar medidas que permitieran - resolver gradualmente y según las necesidades específicas de cada región toda la gama de problemas que - planteaba y plantea la extensión de la seguridad social al campo, se consideró que resultaba socialmente más adecuado proceder a la inmediata implantación de nuevos métodos o de métodos susceptibles de ser perfeccionados y reglamentados, pero conforme la experiencia lo fuera indicando.

En párrafos anteriores hacíamos mención al hecho de - que las reformas de diciembre de 1970 a la Ley del Seguro Social hablan permitido tomar en cuenta las particulares condiciones económicas y sociales de los - nuevos sujetos del seguro social.⁶⁵

Hay que agregar aquí que tal reforma va mucho más - allá de la atención a las condiciones particulares de los nuevos asegurados, pues en realidad entraña una - modificación básica al concepto mismo de la seguridad social, dándole un matiz distinto y superior, lo que ha resultado extremadamente provechoso, tanto para - una mayor extensión y mejor aplicación de la insti---

65. López Sánchez, Loc. cit.

tución de la seguridad social al campo como para su --
operación, en beneficio de los asegurados o por asegu-
rar en los centros urbanos.

Por lo que se refiere a las contingencias cubiertas, --
cabe observar que las diferentes modalidades adoptadas
en los distintos decretos tienen todas ellas relación
con los estados de necesidad sin que pueda observarse
una variación notable, dado que el seguro principió a
operar con todos los riesgos mayores que puedan afec-
tar al asegurado y que, en realidad son tradicionales
en un sistema general del seguro social, si bien tam-
bién se observa la fijación de determinados complemen-
tos según las distintas zonas y, en algunos casos, se-
gún el infortunio padecido, lo que es particularmente
cierto en algunas ramas industriales en ciertos cen-
tros de trabajo y en el caso de las enfermedades profe-
sionales.

El Decreto de 25 de febrero de 1972 publicado en el --
Diario Oficial de la Federación incorpora a los benefi-
cios del seguro social a los ejidatarios miembros de --
sociedades de crédito ejidal, de grupos solidarios o --
uniones de crédito dedicados al cultivo del henequén --
en 58 municipios del Estado de Yucatán. Este decreto
es significativo por ser la primera vez que se decide
aprovechar la experiencia estadística, administrativa
y financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social
y dar apertura a la incorporación al régimen obligato-
rio con modalidades en la naturaleza de las prestacio-

nes. En el ordenamiento se define el régimen financiero atendiendo a la capacidad contributiva de la familia campesina y se establecen normas y procedimientos adecuados a las particulares condiciones del núcleo referido.

El gobierno federal al poner en operación el Programa Henequenero da vigencia plena a las reformas de diciembre de 1970 en las que se expresó la necesidad de tomar en cuenta las particularidades económicas y sociales de los nuevos sujetos de aseguramiento.

Al implantar el seguro social obligatorio en la zona henequenera se otorgan a los ejidatarios miembros de sociedades de crédito los seguros de enfermedades no profesionales, maternidad, vejez y muerte, y se señalan las modalidades en cuanto a la naturaleza de las prestaciones y obligaciones económicas dentro de un régimen bipartito para sufragar los gastos originados por el aseguramiento. Así mismo se fijan a la sociedad de crédito, grupos solidario o unión de crédito a la que pertenezca cada asegurado las obligaciones que establece la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos a cargo de los patrones.

Esta incorporación sienta las bases que habrán de permitir, con experiencias nuevas, una más sólida y acelerada incorporación de nuevos grupos de ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios, que al contar con una organización económica podrán participar en un -

sistema de derechos y obligaciones del esquema modificado.

3.3. La Ley del Seguro Social de 1973.

La Ley del Seguro Social del 26 de febrero de 1973, -- publicada en el Diario Oficial el 12 de marzo, marca la más importante apertura en el proceso de extensión gradual del seguro social al campo. En realidad, el nuevo ordenamiento representa la piedra angular en todo el proceso legislativo relacionado con la seguridad social en México, y lo es porque las disposiciones normativas que se encontraban dispersas en diferentes decretos, reglamentos y demás preceptos se ven ahora ya consagradas y unificadas en el texto mismo de la Ley del Seguro Social.

El procedimiento seguido por el Instituto Mexicano -- del Seguro Social para la extensión gradual del régimen, consistente en realizar investigaciones y estudios por zonas geográficas y para los grupos sociales a los que va a favorecer, se supera en el espíritu de la nueva Ley del Seguro Social. En efecto, su artículo 16 dispone que, a propuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Ejecutivo Federal fijará, mediante decretos, las modalidades al régimen obligatorio que se requieran para hacer posible el más pronto disfrute de los beneficios del seguro social a los trabajadores asalariados del campo, considerando por supuesto sus necesidades y posibilidades, las condiciones so

ciales y económicas del país, así como las propias de las distintas regiones.

Otra modalidad particularmente benéfica que contiene - la Ley de 1973 para la realización y operación provechosa y eficaz de la seguridad social en el campo radica en lo que al efecto dispone el artículo 23, el que señala que para la inscripción y demás operaciones que conciernen a los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio — o sean, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola— son las instituciones nacionales de crédito rural y los bancos regionales a que se refiere dicha Ley, así como el Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento Ejidal y otros organismos de naturalidad y finalidades similares a las que corresponde la obligación de la inscripción.

Se han examinado ya algunos aspectos sobresalientes de las normas contenidas en la Ley de 1973 relativas a su extensión al sector agrícola, pero se verán ahora algunas proyecciones en el área social. Al establecerse - el esquema de la solidaridad social, la nueva Ley permitió que los efectos redistributivos de las prestaciones y el ejercicio de la solidaridad social organizada se llevara a los grupos de extrema marginación económica y social.

Con fundamento en la nueva Ley el Ejecutivo Federal - podrá definir las zonas de marginación y en ellas es

establecer el esquema de solidaridad social sin costo directo. Este sistema se integra con servicios médicos en sus prestaciones fundamentales, con las curaciones y con las actividades socioeducativas que permitan coadyuvar al logro del desarrollo regional. En estos casos el pago de la seguridad social mediante jornadas de trabajo.

Por lo tanto, en el campo operan dos grandes esquemas: el que se ha dado en llamar esquema modificado y el esquema de solidaridad social.

Fundamentados en el marco jurídico adecuado para extender los beneficios de la seguridad social a las mayorías desprotegidas del país, persisten sin embargo los problemas de carácter práctico y técnico para realizar los postulados doctrinados y los anhelos populares largamente propugnados.

La firme decisión de las autoridades del país de extender los beneficios de la seguridad social generó la visualización de un nuevo camino que permitiera adecuarla a diversas características socioeconómicas de la familia rural, dando así solución a las limitantes referidas para el régimen ordinario urbano y estableciendo se lo que se ha calificado como esquema modificado del campo. En comparación con el régimen ordinario urbano, sus diferencias fundamentales se identifican en la naturaleza de las prestaciones y en la estructuración de las obligaciones económicas.

Se estructura un régimen financiado o con desfinanciamiento mínimo, y se da la oportunidad institucional de incorporar a todo núcleo ejidal o comunal con organización crediticia diversa y con capacidad de sufragar obligaciones.

No existe diferencia en la integración de la composición familiar de derechohabientes. Tienen derechos el asegurado, la esposa o compañera, los hijos menores de 16 años hasta los 25 si estudian en planteles del sistema educativo nacional o si no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psicológico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padecen, así como los padres si viven en casa del asegurado y dependen económicamente de él.

En el ramo de seguro de enfermedades y maternidad se tiene derecho a la totalidad de las prestaciones en especie.

No se tiene derecho, y esa es la diferencia, a las prestaciones económicas que dicho seguro genera; la única prestación económica de este seguro que comprende el esquema modificado es la ayuda de funeral en caso de muerte del jefe de la familia o asegurado y en los términos de la Ley.

En el ramo del seguro de riesgos del trabajo se tiene derecho exclusivamente a las prestaciones en especie que se requieran.

En el ramo de los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte se tiene derecho en términos de Ley en los casos de invalidez total y permanente, en los de vejez y muerte del asegurado.

Como se constata, únicamente se eliminan las prestaciones en dinero a corto plazo, no por su costo en sí; sino porque en muchas zonas rurales del país el monto de los subsidios es superior al ingreso permanente que tienen los ejidatarios y comuneros y ello traerla como consecuencia el abuso en la demanda de servicios médicos, con el incremento consecuente en el costo operativo.

El esquema modificado permitió la incorporación de aquella parte del sector rural con capacidad contributiva mínima, factible por el abatimiento del costo, sin menoscabo de la calidad de los servicios; pero al mismo tiempo conservaba marginada a esa gran masa que se agrupa y constituye los polos de marginación económica y social de México parcialmente protegidos por el esquema sanitario asistencial en el plano nacional.

Las posibilidades de solución para estos grupos parecen resumirse en tres opciones:

- Esperar su desarrollo económico.
- Incrementar los recursos del esquema sanitario asistencial.
- Ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social.

La política adoptada fue ampliar la esfera redistributiva de la seguridad social mediante la creación de los servicios de solidaridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social, antecedente directo e inmediato del Programa IMSS-COPLAMAR.

3.4 Bases jurídicas de la solidaridad social.

La Ley del Seguro Social promulgada en 1973 prevé en su artículo 237 que el Instituto: "organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que, por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de marginación rural suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

"Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salud y Asistencia y demás instituciones de salud y seguridad social".

La cumplimentación de esta política de bienestar tuvo que romper las limitaciones de todo orden que impedian la concurrencia de las formas de apertura, para poder otorgar los beneficios del seguro social en la medida que los estratos de la población pudiesen soportar -- las obligaciones que implican para no negar los beneficios del propio sistema y para no dar a nadie, en un -

momento dado, cargas económicas que no pudiesen soportar.

Por lo tanto, fue menester estructurar bases sólidas - que permitiesen fundamentar esta decisión sin vulnerar el equilibrio financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social en detrimento de sus finalidades primordiales. En consecuencia, el gobierno federal asumió la mayor carga presupuestal al otorgar el 60% tanto en el capítulo de inversiones, como en el costo operativo; a su vez el Instituto destinó aportaciones del 40% restante, para el financiamiento del esquema salvaguardando su equilibrio financiero y legitimando de una manera más justa el esquema de financiamiento entre asegurados, en el cual los grupos sociales de elevado ingreso contribuyen decisivamente en el financiamiento de la seguridad y la solidaridad social.

En el año de 1973 se instala por primera vez en México un sistema de solidaridad social, que como ya se mencionó es el antecedente inmediato directo del Programa IMSS-COPLAMAR, organizado colectivamente para proteger la salud de aquellos grupos sociales que por su carácter de no asalariados no podían ser asistidos ni por los servicios otorgados de medicina socializada y menos aún por la medicina privada.

Este esquema de solidaridad social persiguió los siguientes objetivos:

- Asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria

proporcionada exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

- Crear al efecto una red nacional que refuerce la infraestructura sanitario-asistencial de México, con disponibilidad de recursos materiales, humanos y económicos que hagan viable la prestación eficaz y oportuna de servicios de: medicina general, ginecología, pediatría, cirugía, medicina interna, odontología, así como de los principales auxiliares de diagnóstico y tratamiento, laboratorio, rayos X y farmacia.

- Fundamentar los servicios de solidaridad social en la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, visualizando en su marco operativo la más alta productividad de los recursos y en consecuencia su menor costo y la debida coordinación y complementación con las diversas dependencias participantes en el logro y conservación de la salud, la seguridad y la solidaridad social.

En 1974 se inicia la construcción y operación de 7 hospitales en la región ixtilera del país, así como la utilización de 310 inmuebles construidos por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares como bodegas,

graneros e instalaciones similares para funcionar como unidades de atención médica de primer nivel ubicados - estratégicamente en el país para beneficio de importantes grupos de población.

En 1976 ya se otorgaban servicios de primero y segundo nivel en 310 clínicas y 30 hospitales distribuidos en varios Estados de la República atendiendo a una población rural estimada en 3 millones 300 mil habitantes.

Del artículo 237 de la Ley del Seguro Social antes descrito se desprende el convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, suscrito el 25 de mayo de 1979, por el cual se inicia la operación del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria así como los decretos que con posterioridad al mismo ha emitido el Ejecutivo Federal, a fin de determinar los sujetos de solidaridad social.

De igual modo, de acuerdo con el convenio IMSS-COPLAMAR, los decretos establecen que los servicios de solidaridad social que proporcione el Instituto Mexicano del - Seguro Social serán financiados en su totalidad por -- el gobierno federal.

Los decretos mencionados han sido publicados según las etapas constructivas del Programa; así mismo, se han - emitido los decretos relativos a la población que recibe los servicios en Unidades Médicas Rurales IMSS-CONASUPO de acuerdo con el siguiente calendario:

<u>Fecha de publicación del Decreto en el Diario Oficial</u>	<u>Etapa</u>
5 de septiembre de 1979	Primera
12 de marzo de 1980	Segunda
10. de octubre de 1980	Unidades IMSS-CONASUPO
10. de diciembre de 1980	Unidades IMSS-CONASUPO
15 de diciembre de 1980	Unidades IMSS-CONASUPO
5 de enero de 1982	Tercera etapa

Tanto el convenio IMSS-COPLANAR como los decretos que de él se desprenden han permitido ampliar y adecuar el marco jurídico de la solidaridad social al definir con precisión la forma de hacer cumplir a los beneficiarios con los trabajos personales en favor de sus comunidades, tal como lo establece la Ley del Seguro Social en su artículo 239, y que a este respecto señala: "Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley".

Por lo que respecta al número de jornadas de labor comunitaria el convenio apunta que "el total de estos trabajos será el resultado de aplicar un promedio anual de diez jornadas por cada jefe de familia, y se deberán programar y organizar conjuntamente de manera que no interfieran con las actividades productivas no

males de estos". En tanto, los decretos determinan -- que la obligación de realizar estos trabajos es propia de las comunidades y su cumplimiento genera el derecho al disfrute de los servicios.

El trabajo en favor de la comunidad asegura el cumplimiento del objetivo final de los servicios de solidaridad social: que los individuos beneficiados dispongan de medios y prestaciones que les permitan elevar su nivel de vida y puedan llegar así a ser sujetos de un esquema de protección más completo.

Un aspecto importante en la concepción de la solidaridad social es el que queda implícito en el párrafo anterior; esto es, las condiciones de marginación no se consideran como un hecho inmutable. Por el contrario, el gran esfuerzo que realiza el gobierno federal no sólo para proteger la salud de esta población, sino para llevar a cabo otros programas en el renglón productivo hará de tal marginación un estado transitorio hacia la participación plena de los beneficios del desarrollo. Esto traerá como resultado, entre otras cosas, que los sujetos hoy beneficiados con los servicios de solidaridad social podrán tener más adelante la capacidad contributiva que les garantice una cobertura cabal de los riesgos que la seguridad social protege.

Mientras tanto, los servicios de solidaridad social -- apelan precisamente a la solidaridad de los grupos asegurados para que apoyen a los mexicanos marginados; -- así mismo, busca brindar a estos una posibilidad concre

ta de disfrutar de los beneficios del sistema y propiciar un régimen de seguridad social que intente actuar como redistribuidor de la riqueza para facilitar el crecimiento real y progresivo que permita al hombre alcanzar su plena productividad y elimine las limitaciones materiales y culturales.

Con la Ley del Seguro Social de 1973 se hace efectiva la premisa de "que aporte más quien más gana, para que reciba más quien gana menos".⁶⁶

66. Instituto Mexicano del Seguro Social, La extensión del campo de aplicación de los servicios médicos de la seguridad social a sectores marginales urbanos y rurales: El caso de México, ponencia presentada en el VII Congreso Americano de medicina de la seguridad social, X reunión de la Comisión Americana Médico-Social, Quito, junio, 1981, p. 8.

IV EL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR

4.1 Algunas características de las zonas de influencia del Programa.

La agricultura ha sido una de las actividades productivas de mayor importancia desde que México surgió como nación. Su calidad de exportador de gran variedad de productos agrícolas se conservó desde la Colonia - hasta finales de la década de los cincuenta y a partir de entonces la exportación de tales productos ha venido a la baja, con excepción de ciertos cultivos - que aún están incorporados a los rubros de comercio - que el país sostiene con el extranjero.

La relevancia de la exportación agrícola se debió al monto elevado que alcanzaron sus productos y que constituyó el principal ingreso de divisas para permitir a México mantener una posición de desarrollo económico que lo condujera a una situación internacional de negociación. Durante la década de los sesenta el desarrollo del país se vio modificado en forma importante por una estrategia de industrialización y por las repercusiones que trajo consigo en todas las áreas.

Esta política de desarrollo económico en la que el crecimiento industrial se consideraba como vía de so-

lución, fue un factor importante de carácter interno que generó consecuencias negativas. Se estimaba que la industria en desarrollo permitiría entre otros beneficios mejorar las condiciones de vida de la mayoría de la población y absorber a los grupos campesinos desplazados por una economía agropecuaria sin estímulos; sin embargo, la experiencia demostró que -- una situación no de manera necesaria conlleva a la otra (cuadro 4).

Esta política originó un crecimiento en los sectores industrial, comercial y de servicios, así como un decrecimiento considerable en el desarrollo del agropecuario. Si bien la agricultura en un momento dado permitió al país establecer el programa de industrialización conforme se habla fijado, el surgimiento de otra forma de producción lo llevó a modificar su carácter agrícola por el agroindustrial.

De manera concomitante a este modelo económico la seguridad social se extendió en las zonas urbanas que manifestaban mejores condiciones para implantar el régimen del seguro social.

Los trabajadores industriales concentrados en grandes áreas urbanas fueron incorporados al Instituto Mexicano del Seguro Social con relativa facilidad, especialmente en el caso de las industrias mayores, en tanto que la población rural ha sido integrada de

manera gradual (cuadros 5 y 6).

Una forma de definir la población rural es por la actividad económica con que se asocia, esto es: la agricultura, la ganadería, la avicultura y la silvicultura. En atención a este procedimiento puede ser definida como población rural la que se calcula para 1984 en 22 791 000 habitantes, que representa el 33.6% del total de la población del país. Otro criterio para conceptualarla es el que examina el número de habitantes de las localidades; así, se considera un núcleo rural al sitio en que residen menos de 2 500 habitantes.

Para 1980 se estimaba en México un número de 97 562 poblaciones, de las cuales 95 410 tenían menos de 2 500 moradores y en ellas radicaba la fuerza de trabajo dedicada preferentemente a las labores antes señaladas (cuadro 7).

Esta marcada vinculación en la ocupación del sector primario de la economía y la dispersa distribución de la población es una de las características relacionadas al concepto marginalidad en el medio rural que se caracteriza así mismo por la participación de un sector importante de la población económicamente activa en ocupaciones no relevantes para el funcionamiento del sistema económico.

En su sentido más amplio la marginación rural caracteriza a la población que ha quedado fuera de los beneficios del desarrollo y de la prosperidad del país, pero no al margen del proceso en que esa riqueza se genera ni mucho menos de las condiciones que la hacen posible.

Vinculadas a la marginalidad económica de la población rural, se presentan además las siguientes características: alta tasa de natalidad, elevada mortalidad infantil, bajo nivel educativo, deficientes condiciones de vivienda y de saneamiento ambiental, falta de servicios de salud, deficiencias nutricionales, relación de intercambio desfavorable, etcétera, todas ellas asociadas con el México rural donde existen múltiples localidades integradas básicamente por habitantes de regiones interétnicas y por campesinos pobres de las zonas desérticas y semidesérticas del país.

En el quinquenio 1975-1980 la población rural en nuestro país presentó un ritmo de crecimiento natural superior al de la mayor parte de las regiones del mundo, con una tasa promedio anual de 4.6% que contrastaba con el 0.9% que existía en los países desarrollados, y de continuar así al finalizar este siglo la población total llegará a 132 millones de habitantes y en un lapso de 100 años ascenderá a 1 500 millones. Esto ha traído como consecuencia -

una emigración desordenada hacia las zonas urbanas - que origina asentamientos de cinturones de miseria - sin acomodo en la creciente industrialización, pues su fuerza de trabajo se ocupa "en labores de baja - productividad" con lo cual se traslada la subocupación del campo a la ciudad.

Para alcanzar un índice más conveniente y acorde con las posibilidades de desarrollo económico y social - del país, el gobierno federal ha tomado la decisión de regular el crecimiento de la población; así, se - ha planeado reducir la tasa anual de crecimiento de 3.2% que se registraba en 1976 a 1% para el año - - 2 000. De cumplirse esta decisión la población to-- tal aproximada del país, al finalizar el siglo, será de 100 millones de habitantes; es decir, 32 millones menos de los que habría de no modificarse la tenden-- cia observada.

Así mismo, en el contexto mundial la mortalidad in-- fantil en nuestro país presenta una tasa elevada; la morbimortalidad por enfermedades infecciosas y para-- sitarias se mantiene en niveles que no han logrado - descensos satisfactorios, no obstante que son suscep-- tibles de reducción y aun de erradicación.

El proceso educativo en las áreas rurales de México se desarrolla a un ritmo más lento que en las zonas urbanas y se mantienen altos grados de analfabetis--

MO.

En 1980, del total de viviendas rurales del país sólo el 9% tenía drenaje, y el 80% recibía agua de pozos, aljibes o depósitos, entre otros medios de aprovechamiento inadecuado.

En contraste con estos informes la población que vivía en comunidades mayores disponía en el 64% de los casos de agua potable y en el 54% de drenaje. Sin embargo los promedios nacionales no muestran la variación que puede existir entre las diferentes entidades del país. Estudios de campo realizados por el autor en 1981 permitieron conocer que en el Estado de Oaxaca, una de las entidades con mayor número de población rural, el 46% de las viviendas carecía de agua, el 80% de ellas eran de uno o dos cuartos, -- cerca del 50% carecía de electricidad, sólo el 30% -- disponía de agua entubada y el 76% contaba con piso de tierra.

Iguales consideraciones son válidas para el caso de excretas y desechos, cuya nula disposición o desarrollo rudimentario ocasionan que la habitación campesina, por sus deficientes condiciones higiénico sanitarias, ofrezca malas condiciones de habitabilidad al núcleo familiar.

A pesar del interés especial de las instituciones --

del sector salud y seguridad social por proporcionar atención médica eficiente y oportuna y por colaborar con los programas nacionales de salud, existen todavía algunos indicadores que perfilan una situación desfavorable en el medio rural. En este sentido se tiene la inadecuada distribución de los profesionales de la medicina cuya concentración en las zonas urbanas ocasiona que grandes sectores de población en el medio rural carezcan o dispongan en forma limitada de este tipo de recursos; por ejemplo, para 1970 en la ciudad de México habla un médico por cada 474 habitantes, en el resto del país sólo existía un médico para 1.418 residentes y en las entidades con mayor población rural habla un médico por cada 4.610 habitantes.

Otro aspecto que caracteriza a las zonas rurales es la relación desfavorable de intercambio de sus productos agrícolas que condiciona el desarrollo económico, social y rural y da como resultado el empobrecimiento de la agricultura.

Peculiaridades importantes del medio rural son también la ausencia o funcionamiento rudimentario de servicios públicos, alto nivel de subempleo, precaria tecnificación del sector y bajo nivel de productividad, cuestionable régimen de tenencia de la tierra y tipos de explotación, baja prioridad asignada a las explotaciones agrícolas para la concesión de créditos, aislamiento de las comunidades y su consiguiente inco municación, diversidad de idiomas y de patrones culturales, bajos ingresos, alto nivel de subempleo, etcé-

tera.

Lo anterior pone en evidencia la necesidad de enfrentar con grado prioritario los problemas de salud. Si bien es cierto que la expansión de los regímenes de salud y seguridad social han llevado altas estructuras médicas a poblaciones cuyos recursos eran muy limitados y en ocasiones inexistentes, también es cierto que no han aumentado en forma paralela al incremento demográfico; esta situación ha originado una gran brecha entre la demanda satisfecha y necesidad real, por lo tanto es imperativo realizar programas más amplios y generosos que se proyecten en estas zonas rurales cuyos habitantes requieren del apoyo solidario de la colectividad nacional para la adecuada satisfacción de sus crecientes necesidades.

Es incuestionable que los factores anteriores constituyen la problemática que hay que enfrentar para la urgente extensión de los servicios de salud y seguridad social a la totalidad del ámbito rural, en donde por ser escasa la capacidad contributiva de la familia campesina debe señalarse una que sea accesible y brindarle el apoyo inicial mediante la justa redistribución de los fondos económicos obtenidos por la solidaridad organizada de los sectores asegurados, a efecto de que al superar los escollos que dificultan su progreso y conforme se eleven sus condiciones de vida y de trabajo coparticipen en el financiamiento del sistema mediante crecientes cotizaciones; esto -- significa que el desarrollo socioeconómico y el aumen

to de la productividad de la población agrícola tiene entre otros propósitos el de liberarla de sistemas limitados, insuficientes y anacrónicos de beneficencia social.

4.2 Objetivos y metas del Programa.

En el convenio IMSS-COPLAMAR se fijó como objetivo -- central el de ampliar el ámbito de cobertura de los -- servicios médicos de la solidaridad social hasta alcanzar el número de 10 millones de solidariohabitantes.

Para tal efecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social se comprometió a establecer durante el año de -- 1979, 890 Unidades Médicas Rurales; en 1980, 800 Unidades Médicas Rurales y 10 Hospitales Rurales "S" y en 1981 el objetivo fue construir y poner en servicio 12 Hospitales Rurales "S".

Así mismo se determinó que para efectos administrativos y de prestación de servicios el Instituto Mexicano del Seguro Social incorporaría al Programa las 310 Unidades Médicas Rurales IMSS-CONASUPO y las 30 Clínicas Hospitales de Campo, nombre que se les daba a los Hospitales Rurales "S", que a la fecha de la firma -- del convenio prestaban servicios, hasta sumar un total de 2000 Unidades Médicas Rurales y 52 Hospitales Rurales "S".

Desde el punto de vista cualitativo, el compromiso -- del Instituto Mexicano del Seguro Social consistió en proporcionar adecuada y oportunamente los servicios -- de salud en la forma siguiente:

En las Unidades Médicas Rurales:

- *Atención continua e integrada de promoción, -- protección y recuperación de la salud.*
- *Consulta externa general.*
- *Asistencia farmacéutica.*
- *Atención materno-infantil y planificación familiar.*
- *Educación para la salud.*
- *Orientación nutricional.*
- *Promoción del saneamiento.*
- *Inmunizaciones.*
- *Control de enfermedades transmisibles.*

En los Hospitales Rurales "S":

- *Consulta externa de las especialidades de medicina familiar y medicina preventiva.*
- *Atención odontológica.*
- *Asistencia farmacéutica.*

Consulta externa y hospitalización en las divisiones básicas de la medicina como son:

- . Ginecología.*
- . Pediatría.*
- . Cirugía.*
- . Medicina interna.*

4.3. La organización del trabajo comunitario.

El marco legal en que se encuadra la acción comunitaria es la propia Ley del Seguro Social que establece la realización de trabajos personales en beneficio de las comunidades donde habitan los sujetos de solidaridad social.

La participación comunitaria constituye la aportación que los beneficiarios del Programa retribuyen a cambio de los servicios que reciben. Esta colaboración se refiere entre otros apoyos a la donación de terrenos para la construcción de las unidades médicas y a proporcionar mano de obra sin costo alguno en la ejecución de diversas obras de beneficio colectivo, además de realizar acciones orientadas a prevenir enfermedades y mejorar la salud en general.

El convenio establece que los trabajos comunitarios constituyen una obligación propia de las localidades donde habitan los sujetos de solidaridad social y el total de los trabajos es resultado de aplicar un pro

medio anual de 10 jornadas por cada jefe de familia o adulto siempre que no interfieran con las actividades productivas normales de las comunidades.

De acuerdo con el convenio, los trabajos comunitarios pueden consistir no sólo en jornadas de trabajo físico sino también en otras actividades o formas de participación que propicien directa o indirectamente la elevación del nivel sanitario y económico de las comunidades beneficiadas.

Hasta 1983 el órgano de la Federación denominado Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados se encargó de promover, organizar y ejecutar el trabajo comunitario.

Al desaparecer la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados por Decreto Presidencial del 20 de abril de 1983, el Instituto Mexicano del Seguro Social absorbió la responsabilidad total con respecto a la operación del Programa y consecuentemente se hizo cargo de la organización -- del trabajo comunitario sobre las bases antes apuntadas.

Actualmente existen 12 182 Comités de Salud en las comunidades sede de las Unidades Médicas Rurales y de los Hospitales Rurales "S", así como en las localidades de "Acción Intensiva".

La promoción del trabajo comunitario en los aspectos de salud e higiene la realiza el Instituto Mexicano - del Seguro Social mediante la organización de Comités de Salud tanto en la localidad donde se ubican las - unidades como en aquellas que se encuentren comprendi - das dentro del área de influencia de las mismas. Pa - ra esto se realiza conjuntamente un diagnóstico de sa - lud que permite identificar los problemas, las necesi - dades y los mecanismos de solución que están a su al - cance.

En virtud de que, en las zonas interétnicas es muy fre - cuente encontrar sistemas integrados para el trabajo y los servicios a la comunidad, en general se respec - tan las formas locales de organización comunitaria, - que son aprovechadas para evitar imposiciones que in - terfieran con lo aceptado comunalmente o que por aje - nas no sean funcionales.

En ausencia de la Coordinación General del Plan Nacio - nal de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados y con la finalidad de fortalecer la participación, la vigilan - cia y el apoyo al Programa por parte de los gobiernos de los Estados y municipios, entidades de la adminis - tración pública federal y organizaciones campesinas e indígenas —representantes legítimos de la población protegida—, se impulsa la instalación de los Consejos Estatales de Vigilancia de Solidaridad Social cuyo ob - jetivo primordial es promover la realización del tra - bajo comunitario como mecanismo válido para desterrar el paternalismo y la dependencia de los sujetos y es -

stimular en ellos la superación y la participación en la solución de sus problemas de salud.

Estos Consejos Estatales de Vigilancia están integrados por representantes del gobierno de los Estados, de las dependencias del gobierno federal involucradas en el Programa, de las organizaciones campesinas e indígenas y de los grupos voluntarios. El modelo se repite a nivel local donde está representado por las autoridades municipales, organizaciones locales y personas distinguidas de la localidad.

La función principal de las organizaciones descritas es contribuir a solucionar los problemas de carácter operativo del Programa, a orientar a la población para el uso de los servicios y sobre todo a promover la participación de la población beneficiada. Existe un comité en la localidad sede de las Unidades Médicas - Rurales y por lo menos una en las localidades de "Acción Intensiva".

Estos comités y el personal médico establecen relación con los grupos locales, las parteras empíricas y los médicos tradicionales; así mismo, coordinan todas las actividades de los promotores sociales voluntarios que actualmente son estimados en 46 083 y que se capacitan en la práctica vía la participación en actividades que van desde la obtención de información para el diagnóstico de salud hasta su colaboración en comisiones de trabajo y asambleas, en el análisis y -

jerarquización de los problemas colectivos y en las tomas de decisión de los compromisos y acciones que deban generarse para enfrentarlos.

4.4 Estructura organizativa.

Al adoptar el gobierno federal la decisión de implantar a corto plazo un Programa de extensión de los servicios de salud a la población marginada rural, se consideraron tres alternativas: 1) crear un órgano expofeso que se encargara de administrar todos los aspectos del Programa; 2) encomendar su administración al esquema sanitario de asistencia tradicional y 3) sustentarlo en la estructura jurídica y administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La opción de crear un órgano expofeso hubiera impedido contar fácilmente con el personal especializado para garantizar la eficiencia del Programa; además, la inclusión de una nueva entidad en el contexto de la administración pública federal hubiera requerido de reformas legales y administrativas con el consecuente retraso en el inicio de operaciones y con la consiguiente elevación en los costos de operación.

La segunda alternativa consistía en atender a la población marginada rural con un enfoque asistencial que no incidía sobre las causas de la indigencia sino sobre los efectos más inmediatos, que no pretendía supeñar la miseria sino que ofrecía medidas paliativas.

Esta opción no hubiera estado de acuerdo con el espíritu de la solidaridad social que auxilia a la atención médica de los marginados con acciones integrales de gobierno que actúan sobre las causas estructurales de la marginación e incorporan activamente a los sujetos del desarrollo como única posibilidad de superarla.

El Estado Mexicano asumió así la responsabilidad de sustentar el Programa en la estructura jurídica y administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta elección se fundamentó en el aprovechamiento de la coordinación administrativa, organizativa y de control de una institución cuya eficiencia ha sido plenamente demostrada a lo largo de 40 años. Algunos de los rasgos de esta eficiencia se manifiestan en la capacidad del Instituto Mexicano del Seguro Social para atender la salud de más de 28 millones de derechohabientes en todo el país. Asimismo, merced a la liquidez financiera que le confiere su facultad para captar recursos propios, esta institución puede disponer de los medios financieros necesarios en forma inmediata, mismos que le son reembolsados por el gobierno federal vía los procedimientos establecidos. Además de lo expuesto, la estrategia que el gobierno federal adoptó en favor de los marginados estaba plasmada filosóficamente en el espíritu de la ley que da vigencia al Instituto Mexicano del Seguro Social.

La planeación y las normas de administración y opera-

ción que rigen el Programa se mantienen en el nivel central mediante la constitución de un órgano específico denominado Coordinación General del Programa - - IMSS-COPLAMAR. Esta unidad administrativa se ha integrado con personal de las distintas áreas del Instituto y por lo tanto conoce sus mecanismos de operación y los aspectos técnicos y normativos. Esto hace posible la fácil absorción del Programa por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social y facilita igualmente la coordinación interinstitucional.

El proceso administrativo que centraliza la planeación, la aplicación de normas, la coordinación y descentraliza la operación, se apoya en un adecuado sistema de supervisión y control el cual funciona en tres niveles: 1) el central, 2) el de supervisión y 3) el delegacional.

El nivel central corresponde a la Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social y funciona a través de sus subdirecciones y del apoyo a la operación y administración de los recursos financieros que la institución aplica al Programa IMSS-COPLAMAR.

El segundo nivel de supervisión y control lo ejerce la misma Dirección General a través de la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, que actúa en el nivel central mediante la vigilancia del estricto cumplimiento de las normas y acciones de las áreas involucradas en el Programa, y en el nivel delegacional mediante la supervisión directa del cumplimiento de -

la norma institucional y la supervisión programada o por excepción que aplican equipos multidisciplinarios que visitan las unidades operativas.

El tercer nivel llamado delegacional o regional lo -- ejerce la delegación estatal o regional del Instituto Mexicano del Seguro Social que incorpora a su operación y control todas las acciones inherentes al Programa IMSS-COPLAMAR.

En este nivel el personal que administrativamente depende de la delegación y en lo normativo de la Coordinación General del Programa ejerce una supervisión -- directa en las unidades de operación cuya característica primordial es de asesoría y capacitación permanentes del personal operativo; esta acción garantiza que no ocurran desviaciones de la norma y en gran medida avala la alta calidad de la atención médica prestada.

4.5. El modelo de atención médica.

4.5.1 Niveles de atención.

Para la prestación de los servicios médicos del Programa IMSS-COPLAMAR se ha estructurado un sistema que consta de tres niveles de atención, con interés especial en actividades preventivas y sobre la base de establecer los recursos necesarios en zonas de influencia determinadas.

El primer nivel se orienta a resolver los problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla y se -- apoya en la participación activa de la comunidad. En él se ofrecen la mayor parte de los servicios y se establece el contacto directo médico-paciente; las acciones de salud se otorgan a todos los habitantes de la jurisdicción de cada unidad de atención que se denomina Unidad Médica Rural. Puede decirse que en este nivel se resuelve el 85% de la demanda de atención. Las unidades comprenden un consultorio, dos camas de tránsito, una sala de exploraciones, una sala de espera y una habitación para el médico.

El segundo nivel incluye los servicios de especialidades básicas que requieren de una tecnología más compleja, estos son: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia. En el segundo nivel se otorga, mediante Hospitales Rurales "S" que apoyan con el servicio de especialidad, hospitalización y auxiliares de diagnóstico (laboratorio de análisis clínicos y rayos X), la atención a los pacientes derivados de las Unidades Médicas Rurales que conforman los sistemas regionales y se realizan además programas básicos de salud y de medicina preventiva; en este nivel se resuelve el 12% de la demanda de atención.

El tercer nivel comprende los servicios médicos de alta especialidad que sólo se dan en las grandes urbes y que resuelven el 3% de la demanda de atención. Este nivel de atención por coordinación institucional con -

la Secretaría de Salubridad y Asistencia se proporciona en los hospitales regionales o estatales de alta especialidad con que cuenta la mencionada Secretaría.

4.5.2 Peculiaridades de la localidad sede y de la zona de influencia de las Unidades Médicas Rurales y de los Hospitales Rurales "S".

Los criterios técnicos para la localización, selección y ubicación de las unidades médicas de primer nivel de atención se ajustaron principalmente a las características siguientes:

Se requiere que las unidades estén ubicadas en localidades accesibles, con una población que por su tamaño constituya un centro de concentración de actividades - de tipo religioso, comercial, educativo, etcétera, y - que sea considerada en su mayoría como marginada. De ahí que se plantee un rango de población aproximado a los 500 habitantes y no mayor de 2 500.

A fin de no duplicar esfuerzos, la ampliación de la cobertura lleva implícita que la ubicación de las unidades se dé en localidades donde no existan recursos de salud en operación similares o superiores al que se propone. Así mismo, es deseable contar con agua potable y energía eléctrica en ayuda de un servicio más eficiente.

La zona de influencia de la Unidad Médica Rural debe -

atender en promedio a cinco mil personas; empero, es necesario tomar en cuenta que por el aislamiento de algunas regiones y su inaccesibilidad se puede establecer un rango cuyo límite inferior se acerque a los 2 500 habitantes y su límite superior no rebasa los ocho mil.

En favor del criterio anterior, se estima que un universo en este rango de población permite el aprovechamiento adecuado del recurso humano representado por el médico y el auxiliar.

Por otra parte, tanto la obtención oportuna de la atención médica como el trabajo de promoción de la salud requieren de un contacto estrecho y sostenido con la población, lo cual hace deseable que las distancias de las localidades atendidas por la Unidad Médica Rural no rebasen los sesenta minutos de recorrido.

Respecto a los Hospitales Rurales, el Instituto Mexicano del Seguro Social determina y desarrolla un proceso metodológico para que su ubicación responda a la necesidad de organizar servicios integrales de salud en zonas donde no se cuente con este recurso y así sirvan de apoyo a la mayoría de las Unidades Médicas Rurales en operación.

Así mismo se ha establecido que en la operación de los Hospitales Rurales los servicios de medicina general, medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecobs

tetríca, dental, rayos X, farmacia y laboratorio, se otorguen de manera integral en una sola unidad.

Se requiere también que la localidad sede de los Hospitales Rurales "S" tenga una densidad de población no menor de cinco mil personas y no mayor de diez mil y debe estar intercomunicada por dos o más caminos de preferencia pavimentados o de terracería; además, debe poseer agua, luz y drenaje, para el óptimo funcionamiento del hospital. También es conveniente que la localidad sede no cuente con un recurso de salud semejante o superior al que se propone.

La zona de influencia está determinada por un número aproximado de 40 Unidades Médicas Rurales que se apoyan para la atención de segundo nivel en el Hospital Rural "S" que ampara aproximadamente a 200 000 personas en su conjunto.

4.5.3. Características del personal.

Uno de los mayores escollos a los que se enfrenta la extensión de los servicios de salud a las zonas marginadas rurales es la carencia de personal médico, por su tendencia a no abandonar los centros urbanos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha diseñado una estrategia que permite dar solución a este problema, al crear un sistema de reclutamiento, selección y desarrollo que bien podría considerarse como una carrera institucional de los profesionales de la medicina.

En México los médicos deben cumplir por ley un año de servicio social para obtener la cédula profesional que les permita el libre ejercicio de su profesión; esta labor debe ser realizada en cualquier lugar de la República y avalada por alguna institución de salud.

El reclutamiento de este personal en las Unidades Médicas Rurales comienza cuando la Coordinación General -- del Programa IMSS-COPLAMAR envía al Instituto Mexicano del Seguro Social la relación de plazas que deben ser ocupadas. El Instituto por convenio con las escuelas de medicina del país, sancionado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, adscribe mediante un sistema de sorteo los médicos en servicio social a las plazas que deben ocuparse. Al ser designado el personal médico se somete a un breve curso de inducción al puesto -- y después se adscribe en la Unidad Médica Rural correspondiente. En ella, el profesional realiza su servicio social bajo la supervisión constante de un asesor auxiliar médico, que se apoya en un cuerpo de manuales técnicos que lo orientan para el mejor desempeño de su -- trabajo.

Respecto al personal auxiliar de enfermería del Programa existe una característica especial: la selección -- de dos jóvenes de la localidad sede de la Unidad Médica Rural que cuenten con escolaridad primaria o secundaria, y con el requisito indispensable de que sean -- bilingües cuando se trata de comunidades indígenas.

Estos jóvenes se someten a un curso de adiestramiento durante dos meses en un Hospital de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social y la mejor calificada obtiene el puesto de base, mientras que la otra es contratada en forma especial para cubrir ausencias, vacaciones y días de descanso.

Hay un aspecto de singular relevancia en las funciones que realiza este personal y es el que se refiere al auxilio invaluable que presta el médico para comprender los valores culturales y las actitudes de la población nativa relacionadas con la salud, la medicina, la higiene y las formas particulares de resolver estos problemas; además de la simple pero insustituible labor de traducción. Por otra parte, en virtud de que la contratación de este personal local es indefinida y la del médico temporal, se garantiza la continuidad en los trabajos comunitarios relacionados con la salud.

A fin de mantener siempre la presencia de un profesional de la medicina en la Unidad Médica Rural, las plazas que por diversas causas no se logran cubrir con médicos en servicio social se ocupan mediante contrataciones temporales de profesionales que ejercen en forma privada o que realizan sustituciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al concluir el año en que fungen como pasantes de la Unidad Médica Rural algunos de ellos presentan examen para realizar la residencia de medicina familiar y pa-

san a constituir el cuerpo médico que nutre al primer nivel de atención del régimen ordinario del seguro social.

Esta residencia de medicina familiar obliga al posgraduado a prestar sus servicios como asesor auxiliar médico en un Hospital Rural del Programa IMSS-COPLAMAR o de esquemas modificados de aseguramiento para grupos - campesinos. Al cumplir el año de trabajo profesional en Hospitales Rurales y terminar su residencia, su contratación como médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en centros urbanos está prácticamente asegurada.

La misma obligación se establece para los médicos residentes de las especialidades de pediatría, ginecología, cirugía general, medicina interna y anestesiología; situación ésta que permite tener en el campo un personal de alta calidad técnica y profesional.

Esta es a grandes rasgos la carrera institucional que estimula y obliga al profesional de la medicina a trabajar en zonas marginadas por lo menos durante tres años, a un costo considerablemente menor que si se contratara en el mercado libre de trabajo para llevarlo a las zonas marginadas por tiempo indefinido con los problemas de alto costo que esto implica.

Los Hospitales Rurales "S" cuentan con una capacidad instalada que oscila entre las 25 y 70 camas, y su --

cuerpo de gobierno se integra por un director que a su vez es cirujano general; un administrador; un jefe de enfermeras y un residente de conservación.

El resto del personal lo componen los mencionados médicos residentes, los pasantes en servicio social y los internos de posgrado, un odontólogo, un químico, enfermeras y trabajadores sociales, todos ellos en servicio social, así como personal auxiliar de área médica, administración, diagnóstico, conservación y servicios generales.

A partir de 1982 se realiza un programa de interrelación de la medicina moderna y la tradicional que se ha traducido en una posibilidad de contribuir de manera más eficiente al mejoramiento de los niveles de salud de la población rural del país.

Dentro de este programa se han llevado a cabo seminarios con médicos tradicionales como curanderos, hierberos, hueseros, etcétera y se aprovechó la oportunidad para levantar un censo nacional de este personal que incluyó a parteras empíricas y que arrojó para 1983 un total de 13 094 personas.

4.5.4 El cuadro básico de medicamentos y la radiocomunicación.

De la amplia gama de medicamentos que componen el cuadro básico del sector salud y seguridad social, el Pro-

grama ha diseñado una dotación para las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales "S" que obedece - más que a razones de tipo económico, a las caracterís- ticas de los recursos instalados en términos de tecno- logía aplicada y capacidad profesional del personal. - En atención a las características de la patología re- gional, este cuadro básico sufre las modificaciones ne- cesarias para evitar la dotación innecesaria de medica- mentos que no son de uso común y suministrar los que - responden al perfil epidemiológico regional.

Respecto a la radiocomunicación y a fin de dar mayor - eficiencia a la operación del sistema, se tiene una -- red que sirve de enlace a la Unidad Médica Rural con - el Hospital Rural que le da apoyo de segundo nivel.

Dada la inaccesibilidad de una gran mayoría de Unida- - des Médicas Rurales, esta comunicación permanente per- mite apoyar y asesorar en forma constante al médico en servicio social. Así mismo, se prevé establecer a fu- turo un sistema de radioayudas para el diagnóstico clí- nico y el tratamiento en casos de urgencia o imposibi- lidad de traslado del paciente al Hospital Rural. Es- ta red ha sido totalmente instalada en cuatro delega- - ciones del Instituto Mexicano del Seguro Social y se - extenderá en la medida en que se cuente con los recur- sos financieros necesarios.

4.5.5 Programas prioritarios.

En las unidades m3dicas del Programa de Solidaridad Social por Cooperaci3n Comunitaria IMSS-COPLAMAR, se han venido desarrollando los programas de atenci3n preventiva, atenci3n curativa y capacitaci3n de la poblaci3n, integrados por los siguientes nueve subprogramas:

PROGRAMAS	SUBPROGRAMAS
Atenci3n preventiva	Control de enfermedades -- prevenidas por vacunaci3n.
	Control de enfermedades -- transmisibles.
	Detecci3n oportuna de enfermedades.
	Planificaci3n familiar voluntaria.
Atenci3n curativa	Salud bucal.
	Consulta externa general.
	Consulta externa especializada.
	Hospitalizaci3n general.

PROGRAMAS

Capacitación de la población.

El programa de atención preventiva tiene carácter sustantivo para el Instituto Mexicano del Seguro Social y consiste en otorgar servicios médicos orientados a superar permanentemente el nivel de salud de la población.

SUBPROGRAMAS

Educación para la salud.

El subprograma de control de enfermedades prevenibles por vacunación está orientado fundamentalmente hacia los menores de 15 años, las embarazadas y los grupos expuestos a alto riesgo. Consiste en la ministración de productos inmunizantes contra la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la tosferina, el tétanos y la tuberculosis.

El subprograma de control de enfermedades transmisibles está encaminado a controlar las enfermedades venéreas y la tuberculosis, y a participar con las instituciones del sector en el control de padecimientos como el paludismo y algunas otras enfermedades que presentan interés epidemiológico.

Los padecimientos crónicos y degenerativos son los contemplados en el subprograma de detección oportuna de enfermedades. Las acciones que se desarrollan están orientadas a descubrir por medios sencillos y oportu-

nos, padecimientos tales como el cáncer cérvico uterino, la diabetes mellitus y la fiebre reumática. Así mismo se intenta limitar los daños inmediatos y las secuelas que puedan generar.

La necesidad social de moderar el crecimiento poblacional encuentra en el subprograma de planificación familiar voluntaria su expresión concreta al disponer de métodos anticonceptivos seguros y efectivos para regular la fecundidad de la familia. El subprograma está orientado a ofrecer a la pareja que lo demande métodos temporales o definitivos para lograr la anticoncepción sin menoscabo de la salud física, mental y social del grupo familiar.

El subprograma de salud bucal está orientado a la prevención de las enfermedades bucodentales y se enfoca principalmente a los menores de 15 años. Consiste en la aplicación de fluor y sellantes, remoción de tártaro y adiestramiento de la población en la técnica del cepillado de la dentadura.

El programa de atención curativa por su contribución a los mínimos de bienestar y su relevancia institucional se orienta a atender la restauración de la salud y la readaptación tanto física como psicosocial, a través de los dos niveles de atención que han sido establecidos.

El subprograma de consulta externa general comprende

acciones de diagnóstico y tratamiento dirigidas a personas que presenten padecimientos simples y se otorgan en las Unidades Médicas Rurales que corresponden al -- primer nivel de atención.

El subprograma de consulta externa especializada desarrolla acciones de diagnóstico y tratamiento que requieren de la participación del personal y de los recursos especializados en determinados campos de la medicina; se otorga en las Clínicas Hospital de Campo -- que corresponden al segundo nivel de atención.

El subprograma de hospitalización general consiste en proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento a pacientes que son enviados por la consulta externa y - el servicio de urgencias del propio Hospital Rural "S" y por las Unidades Médicas Rurales y que requieren ser hospitalizados para su atención en el segundo nivel.

El programa de capacitación de la población está orientado a universo abierto y utiliza todos los medios de comunicación social para la consecución de sus propósitos.

El subprograma de educación para la salud se orienta -- fundamentalmente a modificar de manera favorable los -- hábitos y actitudes frente a la salud que presenta la población, basándose en el conocimiento de las condiciones culturales prevalecientes.

V. ANALISIS DEL PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR.

5.1 Población adscrita y cobertura potencial del Programa.

La población adscrita al Programa asciende en 1984 a 13.7 millones de solidariohabientes. Durante el período de 1980-1984 esta cobertura real tuvo un importante incremento del 308.7% que representó un promedio anual de 2'730,056 personas de nuevo ingreso. Por su parte, la población nacional se incrementó en el mismo período en 14.4%, mientras que la población rural prácticamente se mantuvo constante. En este sentido cabe destacar que el Programa atendía en 1980 al 40.1% de la población rural y 13.4% de la población nacional y para 1984 cubre el 60.6% y 17.8%, respectivamente, y tiene una cobertura potencial para atender al 82.2% de la población rural y al 21.1% de la población nacional. Así mismo, en 1980 el total de la población adscrita representó un 63.5% de la potencial, mientras que para 1984 este porcentaje se incrementa a 72.8% (cuadro 9). Para 1984 la población cubierta en las Unidades Médicas Rurales representa el 83.1% del total de la población adscrita y el 16.9% restante es atendida en los Hospitales Rurales "S" (cuadro 10).

Respecto a la distribución por Estados de la población adscrita, cabe señalar que el 55.1% está comprendido en las siguientes 8 entidades: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla, Hidalgo, Guerrero, Michoacán y

San Luis Potosí.

En virtud de que en dichas entidades habita el 55.5% de la población rural de México, puede afirmarse que el 55.1% de la población beneficiada se encuentra ubicada en regiones con población rural mayoritaria. -- Además, la población adscrita en las Unidades Médicas Rurales de las mismas entidades representa el 59.2% de la población total atendida en dichas unidades a nivel nacional (cuadro 10).

5.2 Recursos humanos.

El Programa cuenta actualmente con 16,363 plazas, de las cuales el 5.9% corresponden al personal administrativo y el 94.1% al personal médico y paramédico (cuadro 11). Al presente, los médicos y paramédicos suman un total de 15,395 personas que están ubicadas el 61.1% en las Unidades Médicas Rurales y el 38.9% en los Hospitales Rurales "S". Además existen a nivel comunitario 46,083 promotores voluntarios sin retribución económica, que coadyuvan al mejor funcionamiento del Programa (cuadro 11).

Por otra parte, para 1984 existe en el Programa un médico por cada 887 solidariorhábientes, mientras que a nivel nacional para el mismo año se estima la cifra de un médico por cada 1,080 habitantes. Así mismo, en las Unidades Médicas Rurales se cuenta con un médico y paramédico para atender a 1,205 solidariorhábientes y para el ámbito de los Hospitales Rurales "S" corresponden un médico y paramédico para 386 habitantes

(cuadros 9, 10 y 11).

De acuerdo a las estadísticas disponibles, para 1984 - el promedio de personal médico y paramédico por Unidad Médica Rural es de 3 y por Hospital Rural "S" de 82 - (cuadros 11 y 12).

Estos promedios muestran los avances en la atención - por médico y por unidad hospitalaria, a partir del establecimiento del Programa IMSS-COPLAMAR.

5.3 Infraestructura hospitalaria.

Durante el período objeto de análisis, se construyeron 2,724 Unidades Médicas Rurales y 43 Hospitales Rurales "S", que sumados a las 310 Unidades Médicas construidas por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares y los 30 Hospitales que ya existían, distribuidos en varios Estados de la República, hacen un total de 3,034 Unidades Médicas Rurales y 73 Hospitales Rurales "S". Esto significa que en el período señalado el número de Unidades Médicas Rurales se incrementó en un 878% y el de los Hospitales Rurales "S" en 143%, lo que da un promedio de 547 Unidades Médicas Rurales y 9 Hospitales Rurales "S" construidos por año (cuadro 12).

El promedio de habitantes por unidad de atención médica (Unidad Médica Rural y Hospital Rural "S") para 1980 y 1984 fue de 10,404 y 7,335, respectivamente. Este decremento se debe al mayor ritmo de construcción de las unidades de atención médica en relación al cre-

cimiento de la población total rural del país. Respecto al promedio de personas adscritas al Programa por unidad de atención médica, para 1980 y 1984, es del orden de 4,172 y 4,394, respectivamente. Este ligero aumento debe atribuirse al hecho de que el ritmo de crecimiento de la población beneficiada ha sido mayor que el de la construcción de unidades de atención médica - (52.5% contra 44.8%) (cuadros 9 y 12).

Para 1984 el número promedio de personas adscritas por Unidad Médica Rural asciende a 3,738, mientras que por Hospital Rural "S" es de 31,666. Esta última cifra -- aparentemente elevada debe ponderarse en función de -- que los Hospitales Rurales "S" concentran un mayor número de personas que las Unidades Médicas Rurales, ya que por cada Hospital Rural "S" hay 42 Unidades Médicas Rurales en promedio (cuadros 10 y 12).

Respecto al número de camas en servicio en las unidades de atención médica, se han cuantificado 1,374 en 1980 y 2,440 en 1984. Por su parte, el promedio de camas por Hospital Rural "S" para 1980 y 1984, se ha calculado en 33.5 y 34.3, respectivamente (cuadros 12 y 13).

Es pues evidente que se está mejorando la infraestructura de la atención médica, con la consecuente disminución de la concentración de habitantes por unidad de atención.

5.4 Presupuesto de inversión y operación, y costo por solidariohabitante.

Se ha señalado que el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR es financiado en su totalidad con fondos fiscales provenientes del gobierno federal. Durante el periodo objeto de análisis, el presupuesto total ejercido se incrementó a precios corrientes en 536.1%. Para el año de 1984 el presupuesto asignado asciende a 13,644.5 millones de pesos y ha sido considerado insuficiente en un 10.6% para alcanzar a cubrir la totalidad de las necesidades del Programa.

Para el mismo año, el 81.4% del presupuesto total ejercido se programó para destinarse a gastos de operación y el 18.6% a gastos de inversión. Empero, esta estructura fue más equilibrada durante los primeros años de operación del Programa, ya que en 1980 el 52.6% se destinó a gastos de operación y el 47.4% a gastos de inversión. Para 1982 el 79.5% del presupuesto se destinó al primer rubro y el 20.5% al segundo. En este sentido se aprecia que el porcentaje del presupuesto dedicado a gastos de inversión pasó de 47.4% en 1980, a 20.5% en 1982, y sólo a 18.6% en 1984 (cuadro 14). Esta drástica reducción en los gastos de inversión entre 1980 y 1984 debe atribuirse a la crisis económica que sufre el país, que a su vez provocó una disminución en el gasto público a fin de no aumentar el déficit de este sector. La caída de 1984 se inscribe especialmente en el contexto generalizado de desincentivos para la

inversión no productiva y de medidas de política económica orientadas a dar prioridad al empleo y a fortalecer la planta productiva.

En este análisis es muy importante señalar que aun cuando el presupuesto total del Programa para el período 1980-1984 se incrementó, a precios corrientes, en forma sustantiva, a precios de 1980 prácticamente se mantuvo estable, ya que pasó de 2,145 en 1980 a 2,163 millones de pesos en 1984 (cuadro 15). Esto significa que en 1984, con iguales recursos reales a los disponibles en 1980, el Programa atiende a un mayor número de habitantes.

El costo a precios corrientes por persona adscrita se incrementó en el período 1980-1984 en un 317.1%, mientras que a precios de 1980 tuvo una disminución de 33.8% (cuadro 16). Este decremento en el costo también es reflejo de la crisis por la que atraviesa el país, que obliga al gobierno federal a instrumentar medidas de ajuste en sus gastos.

5.5 Otorgamiento de servicios básicos.

Para el período 1980-1984, los servicios básicos otorgados por el Programa tuvieron un aumento sustancial que se presenta en la forma siguiente: las consultas externas se incrementaron en 27.5%, los egresos hospitalarios en 59.2%, las intervenciones quirúrgicas en 149.7%, los partos en 79.1%, los estudios de laboratorio clínico en 35.0%, los estudios de rayos X en 53.4%

y las curaciones en 69.0% (cuadro 17).

Las comunidades rurales que carecían de prestaciones médicas cuentan en la actualidad con siete tipos de servicios básicos, entre los que destacan por la incorporación de tecnología: las intervenciones quirúrgicas, los estudios de laboratorio clínico y los de rayos X.

El promedio de consultas externas otorgadas por unidad de atención médica durante 1980 y 1984, fue de 2,979 y 2,624, respectivamente; el decremento registrado debe atribuirse básicamente a que el ritmo de crecimiento de las unidades médicas fue mayor que el correspondiente a las consultas, 44.8% contra 27.5% (cuadros 12 y 17).

El número promedio de partos atendidos por unidad de atención médica, pasó de 981 en 1980 a 987 en 1984; dicho incremento de la capacidad de atención en este renglón coadyuvó a elevar la esperanza de vida al nacer, ya que la atención profesional y la mayor higiene reducen los riesgos en este sentido (cuadros 12 y 17). Lo expuesto hasta aquí muestra que para 1984 la atención a las comunidades marginadas rurales se ha mejorado y ampliado con similares recursos económicos reales.

Por otro lado, el porcentaje de ocupación por parte de los usuarios de los distintos servicios prestados en los Hospitales Rurales "S", se ha incrementado en más del 100% durante el período 1980-1984; por ejemplo, la

ocupación del servicio de cirugía pasó de 32.2% a - -
 73.7%, el servicio de ginecología de 44.6% a - -
 91.3% y el servicio de medicina general de 42.0% a - -
 82.6% (cuadro 18).

Estos incrementos en la ocupación de los servicios que ofrecen los Hospitales Rurales "S", han hecho posible reducir sustantivamente la mortalidad hospitalaria; así, en el año de 1980 fallecían 3.3 de cada 100 personas que egresaban de los hospitales y en 1984 el índice disminuyó a 2.3 personas (cuadro 18).

5.6 Acciones de medicina preventiva.

Entre las acciones más importantes llevadas a cabo, debe señalarse el incremento en la aplicación de dosis de vacuna que aumentó durante el período 1980-1984 en 493.9%; este esfuerzo es de vital importancia debido a que se orienta fundamentalmente a la población infantil, a fin de prevenirla de enfermedades como la polio mielitis, la viruela, el sarampión, la tuberculosis, etcétera (cuadro 19).

Los cursos y pláticas de educación para la salud que se imparten a la población adscrita, se traducen en extensión y mejora de los hábitos de higiene, de aplicación de conocimientos de primeros auxilios y de prevención de enfermedades infecciosas. El número de sesiones durante 1981-1983 se incrementó en un 43.9% y el número de los asistentes en 107.6%.

Por medio de estas acciones de medicina preventiva y educación para la salud, el Programa ejerce un mejor control sobre las enfermedades infecciosas, los niveles de salud de la población infantil, y la familia en general.

5.7 Participación comunitaria.

Se ha señalado que la participación de la comunidad constituye la aportación que los beneficiarios dan a cambio de los servicios que reciben del Programa. Dicha participación consiste, entre otras acciones, en la donación de terrenos para la construcción de las unidades de atención médica y en la aportación de mano de obra voluntaria. El esfuerzo de la comunidad es utilizado en la ejecución de obras de beneficio colectivo, en acciones orientadas a prevenir enfermedades y en el mejoramiento de la salud en general.

En el período 1980-1984 el número de familias participantes aumentó sustancialmente en diversas acciones que coadyuvaron a mejorar las condiciones de saneamiento del medio ambiente familiar; entre tales acciones destacan la orientación para el uso adecuado del agua, la disposición sanitaria tanto de excretas como de desechos y el mejoramiento de la vivienda. Para el período señalado, el número de familias que participaron en la orientación del uso adecuado del agua se incrementó en 343.8%; en la disposición sanitaria de excretas en 260.6%; en la de desechos en 493.7% y en el mejoramiento de la vivienda en 125.6% (cuadro 20).

Para el año de 1984 el número de familias participantes en este tipo de saneamiento asciende a 551,289. Si se supone que cada familia está compuesta en promedio por 5.5 personas, se estima que un total de tres millones de habitantes, es decir un 22% de la población adscrita, participa en alguna de las acciones mencionadas (cuadros 9 y 20). Este hecho permite constatar la importancia que tiene el Programa en la participación activa de la población. En adición de lo anterior debe señalarse que una de cada cuatro personas adscritas participa en la promoción del saneamiento del medio ambiente familiar.

El número de Comités de Salud que representan la forma más concreta de participación de los solidariohabitantes en la promoción de la salud, aumentó en 66.3% durante el período 1980-1984 (cuadro 21). Estos comités que representan los intereses de la población trabajan en estrecha relación con el personal médico del Programa y son un elemento clave para el éxito del mismo.

Simultáneamente, en cada localidad sede de las unidades de atención médica existe un Comité de Salud y por lo menos otro similar en las localidades consideradas como de "Acción Intensiva". Estas localidades constituyen el centro de acción de diversos grupos de apoyo para la promoción y defensa de la salud. En el período 1980-1984, el número de localidades de "Acción Intensiva" creció en 58.8% (cuadro 21). Otro importante grupo de apoyo está constituido por los Promotores Voluntarios de Salud Comunitaria, quienes se capacitan -

mediante su participación en actividades que van desde el análisis y jerarquización de la información obtenida de los problemas colectivos, hasta la toma de decisiones en relación a los compromisos y acciones que deben realizarse para enfrentarlos.

En 1980 el número de promotores voluntarios fue de 8,841, mientras que en 1984 ascendió a 46,083, es decir se registró un crecimiento de 421.2% (cuadro 21); esta evolución muestra claramente una mayor participación comunitaria y por consecuencia el éxito obtenido en el cumplimiento de los objetivos del Programa.

El número de parteras empíricas controladas por el Programa aumentó de 3,302 en 1980 a 14,517 en 1984 lo que representa un incremento del 353.8% (cuadro 21). Su aprovechamiento ha hecho posible que se cuente con mayores recursos humanos para otorgar mejor atención a la población rural adscrita.

El sistema de interrelación entre la medicina moderna y la tradicional, que se lleva a cabo desde el año de 1982, ha hecho posible mejorar la salud de la población de las comunidades rurales; en este sentido cabe mencionar que se promueven seminarios con médicos tradicionales tales como curanderos hierberos, hueseros, parteras, etcétera.

Es pues evidente que la existencia de este tipo de programas adquiere una relevancia crucial ya que beneficia a aquellos sectores que han sido más afectados por

Las actuales dificultades económicas.

Lo que importa destacar aquí es, simplemente, que los mecanismos tradicionales de redistribución del ingreso no propiciaron una mayor equidad en el reparto en la etapa de auge económico, por lo que la intervención -- del Estado mediante este tipo de estrategias complementarias en el ámbito de la política económica resultan necesarios, a fin de elevar el nivel de vida de la población menos favorecida. Es en este sentido donde el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR aparece como un mecanismo complementario de redistribución del ingreso que hace posible la transferencia de recursos -- en este caso servicios médicos -- de los estratos sociales más favorecidos hacia los grupos de población con mayores restricciones de ingreso.

La acción del Programa representa un incremento significativo al ingreso real de estos grupos, debido a que amplía su acceso a servicios de salud gratuitos y permite aumentar sus niveles de vida.

Otra de las formas de beneficio del Programa, aunque menos amplia, se da con el aumento de la ocupación en las zonas donde opera. El Programa ha creado 16,363 empleos directos y un mayor número de empleos indirectos por medio de las inversiones en construcción en las áreas rurales.

Si bien el impacto del Programa sobre la desigual distribución del ingreso en México debe considerarse limi-

tado, su importancia total radica en que atiende la sa-
lud de los grupos de población rural con mayores caren-
cias. Así mismo, el Programa se torna importante debi-
do a que abre la posibilidad de iniciar e incluso am-
pliar la operación de otros programas afines que se --
orienten a atender a otros grupos y áreas prioritarias.
por medio de la seguridad social.

C O N C L U S I O N E S

1. Para este propósito conviene señalar que en el con
texto de este análisis se maneja como concepto es-
pecífico de "seguridad social" principalmente lo -
que se refiere a los programas de las institucio--
nes de seguridad social que contribuyen con sus --
servicios preventivos, curativos, de prestaciones
económicas, de difusión, etcétera, al goce pleno -
de las facultades físicas y psíquicas de los trabaja
dores que disfrutan de una relación de trabajo -
permanente y remunerado, tanto en períodos de incapa
cidad física temporal o permanente como al pasar
al retiro.
2. El término "solidaridad social", que se ha acuñado
como concepto característico del sistema mexicano,
significa la transferencia deliberada de recursos
y servicios financiados principalmente por el Estado
y destinados a grupos carentes de capacidad con
tributiva de bajos ingresos que corresponden a di-
cho esfuerzo social por medio del trabajo volunta-
rio.
3. Para analizar y explicarse la evolución de la dis-
tribución del ingreso se ha recurrido básicamente
a dos enfoques: el primero, consiste en estudiar-
cómo se distribuye el ingreso entre los factores -
de la producción: tierra, trabajo y capital, llamado
comúnmente distribución funcional, y el segundo
do, examina esta distribución entre los hogares, -

después de ser modificado por la tributación y la seguridad social, a éste se le conoce como distribución personal.

4. A pesar de no contar con estudios empíricos adecuados sobre la distribución del ingreso para - - nuestro país, en la presente investigación se da como un hecho que ésta se ha caracterizado en los últimos años por su naturaleza rígida y regresiva en favor del capital, lo que pone en evidencia -- que el carácter dual de la economía no ha cambiado y se afirma otro tanto por lo que respecta a - la concentración.
5. Así mismo, se apunta que la participación relativa de la agricultura en el ingreso ha disminuido frente a otros sectores de la economía, lo cual - es una característica asociada a la marginalidad; punto éste en donde adquiere vital importancia el Programa IMSS-COPLAMAR por estar orientado a la - atención de la salud de la población rural.
6. Una de las conclusiones fundamentales ha que se - llega con el desarrollo de esta exposición es que la seguridad social no tiene como objetivo fundamental la redistribución del ingreso, sino proteger la salud y el nivel socioeconómico de la población. En este sentido constituye un mecanismo auxiliar que complementa a instrumentos macroeconómicos más directos, en particular los tributarios. Las posibilidades de redistribución del in

greso, vertical y horizontal a través de la seguridad social, forman parte de los programas sociales que complementan a estrategias económicas cuyo efecto aislado sería menos efectivo.

7. Se aprecian tres fuentes principales de financiamiento de la seguridad social, que son las aportaciones obreras, patronales y del Estado. Este último contribuye con recursos provenientes del presupuesto fiscal ordinario y los obreros con deducciones a su ingreso global. En el caso de las aportaciones patronales existen discrepancias en cuanto a su carácter social o privado, en virtud de la posibilidad con que cuenta el empresario para repercutir dichas contribuciones en el precio final de sus productos.
8. En países en vías de desarrollo, se considera que el financiamiento tripartito de la seguridad social puede operar en perjuicio de las clases marginadas, al transferir recursos fiscales hacia las clases medias que tiene acceso a la seguridad social. Para el caso de México, esto tiende a corregirse actualmente por medio de esquemas específicos de servicio a los grupos marginados como es el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, a los que la seguridad social hace llegar atención médica virtualmente gratuita, sin requerirles cotizar por los servicios según los esquemas tradicionales de financiamiento.

9. Es frecuente que las prestaciones otorgadas por la seguridad social se canalicen en especie, lo cual origina, sin embargo, problemas conceptuales en cuanto a la medición del valor de las transferencias que permiten elevar el nivel de vida de la población, en particular la de bajos ingresos. En México destaca el caso de los servicios médicos, donde incluso se proporciona atención preventiva a la población no asegurada, en un esquema efectivo de distribución del ingreso. Por este medio se beneficia en forma real a los grupos de ingreso medios y bajos, que son los que mayor uso hacen de las prestaciones en especie, en particular las médicas.

10. Estos efectos de los sistemas de seguridad social sobre la distribución del ingreso se tornan aún más importantes, debido a que se realizan con base en aportaciones concretas y efectivas al nivel de vida de los grupos marginados y de las personas que se encuentran en los niveles más bajos de ingreso. Para sostener esta afirmación en la realidad social del país, baste constatar cómo originalmente el grupo de trabajadores organizados, base y sustento del seguro social mexicano, recibió en mayor medida los beneficios de la modernización de la economía; y cómo actualmente se ha logrado llevar servicios a otros grupos sociales, con lo que se han elevado sus niveles de bienestar.

11. El caso de México presenta características muy interesantes, ubicadas en una situación intermedia entre las que pueden considerarse típicas de los países desarrollados y de los subdesarrollados. Así, si bien desde su fundación la seguridad social mexicana se orientaba hacia las personas que disfrutaban de una relación de trabajo permanente y remunerada, en la actualidad se han desarrollado esquemas de solidaridad, como es el caso del Programa IMSS-COPLAMAR, que permiten canalizar recursos hacia los grupos marginados en una efectiva distribución vertical del ingreso.
12. Por lo que se refiere a las bases jurídicas, cabe destacar que la legislación laboral mexicana ha sido una de las más avanzadas en materia de relaciones laborales, al incluir en el texto constitucional del año de 1917 la reglamentación de las relaciones obrero-patronales, con provisiones específicas respecto a los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales de los trabajadores, y la utilidad social de las instituciones de previsión popular. En 1929 ya se consideraba de utilidad pública la expedición de una Ley del Seguro Social, que viniese a definir claramente el concepto de seguridad social, la cual fue expedida en 1943.
13. La seguridad social en zonas rurales se inicia en el año de 1954 con el "Reglamento que establece -

las modalidades del régimen del seguro social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa" y se amplía en 1960 mediante la expedición del "Reglamento para el seguro social obligatorio de los trabajadores del campo". Este proceso desemboca en la nueva Ley del Seguro Social de 1973, que recoge la experiencia de 30 años de seguridad social mexicana.

14. Respecto al objetivo principal del Programa para ampliar el ámbito de cobertura de los servicios de seguridad social, debe señalarse que el Programa IMSS-COPLAMAR se fijó como meta incrementar la cobertura hasta alcanzar el número de 10 millones de habitantes. En la actualidad este y otros objetivos se han superado ampliamente, ya que el Programa cuenta con 325 unidades médicas rurales y 71 Hospitales Rurales "S" con una capacidad suficiente para atender a una población potencialmente protegida y estimada en 18 millones de solidariorhábientes.
15. La población adscrita al Programa asciende en 1984 a 13.7 millones de solidariorhábientes. Durante el período de 1980-1984 esta cobertura real tuvo un importante incremento del 308.7% que representó un promedio anual de 2'730,056 personas de nuevo ingreso.
16. El Programa atendía en 1980 al 40.1% de la población rural y 13.4% de la población nacional y pa-

ra 1984 cubre el 60.6% y 17.8%, respectivamente, y tiene una cobertura potencial para atender al 82.2% de la población rural y al 21.1% de la población nacional. Así mismo, en 1980 el total de la población adscrita representó un 63.5% de la potencial, mientras que para 1984 este porcentaje se incrementa a 72.8%.

17. Para 1984, los médicos y paramédicos del Programa IMSS-COPLAMAR suman un total de 15,395 personas que están ubicadas, el 61.1% en las Unidades Médicas Rurales y el 38.9% en los Hospitales Rurales "S". Además existen a nivel comunitario - 46,083 promotores voluntarios sin retribución económica, que coadyuvan al mejor funcionamiento del Programa.
18. Para el mismo año, existe en el Programa un médico por cada 887 solidariohabitantes, mientras -- que a nivel nacional se estima la cifra de un médico por cada 1,080 habitantes. Estos promedios muestran los avances en la atención por médico y por unidad hospitalaria, a partir del establecimiento del Programa IMSS-COPLAMAR.
19. Para el período objeto de análisis, el número de Unidades Médicas Rurales se incrementó en un 878%, y el de los Hospitales Rurales "S" en 143%, lo que da un promedio de 547 Unidades Médicas Rurales y 9 Hospitales Rurales "S" construidos por

- año. Respecto al número de camas de servicio en las unidades de atención médica, se han cuantificado 1,374 en 1980 y 2,440 en 1984, que representa un incremento del 77.6% para dicho lapso.
20. El Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLANAR es financiado en su totalidad con fondos fiscales provenientes del Gobierno Federal. Durante el periodo objeto de análisis, el presupuesto total ejercido se incrementó a precios corrientes en 536.1% y para el año de 1984 el presupuesto asignado asciende a -- 13,644.5 millones de pesos.
21. Para el mismo año, el 81.4% del presupuesto total ejercido se programó para destinarse a gastos de operación y el 18.6% a gastos de inversión. Este drástico desequilibrio debe atribuirse a la crisis económica que sufre el país, que provocó una disminución en el gasto público a fin de no aumentar el déficit de este sector. Esto, se inscribe especialmente en el contexto generalizado de desincentivos para la inversión no productiva y de medidas de política económica orientados a dar -- prioridad al empleo y a fortalecer la planta productiva.
22. Aun cuando el presupuesto total del Programa para el periodo 1980-1984 se incrementó, a precios corrientes, en forma sustantiva; a precios de 1980

prácticamente se mantuvo estable, ya que pasó de 2,145 en 1980 a 2,163 millones de pesos en 1984. Empero, esto significa que en 1984, el Programa atiende a un mayor número de habitantes, con -- iguales recursos reales a los disponibles en -- 1980.

23. El costo por persona adscrita a precios corrientes se incrementó en el período 1980-1984 en un 317.1%, mientras que a precios de 1980 tuvo una disminución de 33.8%. Este decremento en el costo también es reflejo de la crisis por la que -- atraviesa el país, que obliga al gobierno federal a instrumentar medidas de ajuste en sus gastos.
24. Para el período 1980-1984, los servicios básicos otorgados por el Programa tuvieron un aumento -- sustancial que se presenta en la forma siguiente: las consultas externas se incrementaron en 27.5%, los egresos hospitalarios en 59.2%, las intervenciones quirúrgicas en 149.7%, los partos en -- 79.1%, los estudios de laboratorio clínico en -- 35.0%, los estudios de rayos X en 53.4% y las curaciones en 69.0%.
25. El porcentaje de ocupación por parte de los usuarios de los distintos servicios prestados en los Hospitales Rurales "S", se ha incrementado en -- más del 100% durante el período 1980-1984; por -- ejemplo, la ocupación del servicio de cirugía --

- pasó de 32.2% a 73.7%, el servicio de ginecoba-
 tricía de 44.6% a 91.3% y el servicio de medicina
 general de 42.0% a 82.6%.
26. Estos incrementos en la ocupación de los servi-
 cios que ofrecen los Hospitales Rurales "S", han
 hecho posible reducir sustantivamente la mortali-
 dad hospitalaria; así, en el año de 1980 falle-
 clan 3.3 de cada 100 personas que egresaban de --
 los hospitales y en 1984 el índice disminuyó a --
 2.3 personas.
27. Entre las acciones más importantes llevadas a ca-
 bo, debe señalarse el incremento en la aplicación
 de dosis de vacuna que aumentó durante el periodo
 1980-1984 en 493.9%; este esfuerzo es de vital im-
 portancia debido a que se orienta fundamentalmen-
 te a la población infantil.
28. Los cursos y pláticas de educación para la salud
 que se imparten a la población adscrita, se tradu-
 cen en extensión y mejora de los hábitos de higie-
 ne, de aplicación de conocimientos de primeros au-
 xilios y de prevención de enfermedades infeccio-
 sas. El número de sesiones durante 1981-1983 se
 incrementó en un 43.9% y el número de los asisten-
 tes en 107.6%. Por medio de estas acciones de me-
 dicina preventiva y educación para la salud, el -
 Programa ejerce un mejor control sobre las enfer-
 medades infecciosas, los niveles de salud de la -

población infantil, y la familia en general.

29. La participación de la comunidad constituye la --
aportación que los beneficiarios dan a cambio de
los servicios que reciben del Programa. Dicha --
participación consiste, entre otras acciones, en
la donación de terrenos para la construcción de --
las unidades de atención médica y en la aporta--
ción de mano de obra voluntaria. El esfuerzo de
la comunidad es utilizado en la ejecución de - -
obras de beneficio colectivo, en acciones orienta--
das a prevenir enfermedades y en el mejoramiento
de la salud en general.
30. En el período 1980-1984 el número de familias par--
ticipantes aumentó sustancialmente en diversas ac--
ciones que coadyuvaron a mejorar las condiciones
de saneamiento del medio ambiente familiar. En -
dicho lapso el número de familias que participa--
ron en la orientación del uso adecuado del agua -
se incrementó en 343.8%; en la disposición sanita--
ria de excretas en 260.6%; en la de desechos en -
493.7% y en el mejoramiento de la vivienda en - -
125.6%.
31. El número de Comités de Salud que representan la
forma más concreta de participación de los solida--
riohabientes en la promoción de la salud, aumentó
en 66.3% durante el período 1980-1984. Estos co--
mités que representan los intereses de la pobla--
ción trabajan en estrecha relación con el perso--

nal médico del Programa y son un elemento clave para el éxito del mismo.

32. En 1980 el número de promotores voluntarios fue de 8,841, mientras que en 1984 ascendió a 46,083, es decir se registró un crecimiento de 421.2%; esta evolución muestra claramente una mayor participación comunitaria y por consecuencia el éxito obtenido en el cumplimiento de los objetivos del Programa.
33. El número de parteras empíricas contralodas por el Programa aumentó de 3,302 en 1980 a 14,517 en 1984 lo que representa un incremento del 353.8%. Su aprovechamiento ha hecho posible que se cuente con mayores recursos humanos para otorgar mejor atención a la población rural.
34. El sistema de interrelación entre la medicina moderna y la tradicional, que se lleva a cabo desde el año de 1982, ha hecho posible mejorar la salud de la población de las comunidades rurales; en este sentido cabe mencionar que se promueven seminarios con médicos tradicionales tales como curanderos, hierberos, hueseros, parteras, etcétera.
35. En virtud de que los mecanismos tradicionales de redistribución del ingreso no propiciaron en el medio rural una mayor equidad en el reparto en la etapa de auge económico, la intervención del Esta-

do mediante este tipo de estrategias complementarias en el ámbito de la política económica resultan necesarios, a fin de elevar el nivel de vida de la población menos favorecida. Es en este sentido donde el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR aparece como un mecanismo complementario de redistribución del ingreso que hace posible la transferencia de recursos —en este caso servicios médicos— de los estratos sociales más favorecidos hacia los grupos de población con mayores restricciones de ingresos ya que su acción representa un incremento significativo al ingreso real de estos grupos, debido a que amplía su acceso a servicios de salud gratuitos y permite aumentar sus niveles de vida.

36. Otro beneficio del Programa, aunque menos amplio, se da con el aumento de la ocupación en las zonas donde opera. El Programa ha creado 16,363 empleos directos y un mayor número de empleos indirectos por medio de las inversiones en construcción en las áreas rurales.
37. Si bien el impacto del Programa sobre la desigual distribución del ingreso en México debe considerarse limitado, su importancia total radica en que atiende la salud de los grupos de población rural con mayores carencias. Así mismo, el Programa se torna importante debido a que sienta las bases para alcanzar una organización socioeconómica en las zonas donde opera y abre la posibilidad de lograr un desarrollo integral que mejore los

niveles de bienestar de la población marginada. - También inicia la opción de emprender e incluso ampliar la operación de programas afines que se orienten a resolver otro tipo de problemas de estas regiones marginadas.

38. La dispersión de la población rural representa un obstáculo para las posibilidades reales del Programa de ofrecer a todos un servicio inmediato, - por más que el que actualmente se ofrece sea oportuno y de calidad. Intimamente relacionado con el problema de la dispersión se halla el de la incomunicación entre las localidades objeto de influencia del Programa; estos dos problemas se ven reforzados por las características topográficas del país, ya que se estima que dos terceras partes del territorio nacional corresponden a regiones montañosas.
39. Otro factor aparentemente ajeno a la sociedad marginal pero indicador del desarrollo desigual, - - afecta también negativamente la aplicación del Programa; así, la adquisición de equipos que generalmente no se fabrican en México y la producción de medicamentos -sujeta no a las necesidades del país, sino a políticas mercantilistas y de lucro impuestas por intereses monopólicos transnacionales-, reflejan una clara dependencia tecnológica que afecta la labor tanto de las unidades de atención médica del Programa, como de la totalidad de los servicios que presta el sector salud y seguridad social.
40. Junto al rezago advertido en materia de comunicación y servicios, las áreas marginadas padecen un

problema aún más grave: el atraso económico y cultural de la población. En el aspecto económico, la marginación incide sobre la escasa capacidad de la población para mejorar su vivienda, vestido y alimentación, factores condicionantes del proceso salud-enfermedad.

41. El rezago cultural de la población amparada por el Programa presenta, como una de sus características, que a pesar de contar con servicios de salud accesibles, una parte de la población todavía se muestra indecisa de utilizarlos racional y oportunamente, como resultado de que sus hábitos, costumbres y actitudes no le permiten aceptar totalmente los programas médicos, preventivos y asistenciales. Lo anterior confirma que el tránsito de la medicina tradicional a la medicina occidental es un proceso paulatino que requiere de tiempo y esfuerzos, ya que implica cambios en la estructura mental de la población, así como una verdaderaística de servicio en el personal de salud.
42. Empero lo anterior, la promoción permanente del Programa, las acciones de educación para la salud y la organización de la comunidad—además del determinante papel que juegan las auxiliares bilingües del área médica seleccionadas en las propias localidades, a efecto de que la población establezca comunicación con el médico en su lengua natal— han hecho que progresivamente sea mayor el -

porcentaje de la población amparada que se registra como usuaria de los servicios.

43. Es un hecho bien conocido que, en el medio rural y principalmente en las poblaciones indígenas, por el concepto mágico-religioso que se tiene de la enfermedad, los problemas básicos de salud sean enfrentados mediante el concurso de individuos de la propia comunidad, quienes a través del tiempo y mediante herencias culturales de generación en generación han ganado prestigio como curanderos, brujos o chamanes, hueseros, parteras, etcétera, los que no siempre utilizan técnicas inofensivas, sino que muchas veces resultan verdaderamente nocivas para la salud. Lo anterior obliga a que, al igual que se ha hecho con un buen número de parteras empíricas, se establezca contacto con los "médicos tradicionales", a efecto de orientarlos y capacitarlos en los principios elementales de la medicina occidental, con el propósito de que sus técnicas empíricas, difíciles de erradicar, no produzcan daño a los sujetos que las reciben, pero sobre todo para que dichas técnicas se acompañen de acciones de eficacia comprobada por la medicina occidental.
44. El Programa ha enfrentado problemas de disponibilidad oportuna de recursos humanos suficientemente capacitados para la operación de las unidades; así tenemos que en cuanto al personal médico del primer nivel de atención se presenta la limitada dis-

ponibilidad de pasantes de medicina que acepten -- cumplir su servicio social en las áreas rurales, -- sobre todo cuando tienen la alternativa de realizarlo en zonas urbanas con condiciones de vida más ventajosas lo que ha conducido a una mala distribución territorial de los médicos. Esta situación -- es un indicador más de la polarización que existe entre la sociedad desarrollada y la sociedad marginada. Intimamente relacionado con lo anterior se -- advierte que la formación profesional de los médicos no siempre responde a las necesidades de salud de la población rural.

45. Singular problema enfrenta el Programa para ofrecer las especialidades básicas de la medicina en -- los Hospitales Rurales "S", ya que los médicos especialistas en ocasiones se muestran reacios a tra bajar en el medio rural. Ante esta situación el -- Instituto Mexicano del Seguro Social determinó un sistema rotatorio por los Hospitales Rurales "S" -- para los residentes del tercer año de estas especialidades, dando así una solución económica, justa y de gran importancia para la formación de estos especialistas. Económica, porque permite tener en el área rural personal altamente calificado a bajo costo; justa, porque los beneficios de su -- adiestramiento profesional se aplican a quien más lo necesita, y de importancia para la formación -- profesional porque el contacto con la realidad sociocultural de las zonas rurales permite a los mé-

dicos conocer la justa dimensión de los problemas de salud que vive el país.

46. Los niveles de salud de la población rural del país están directamente relacionados con las precarias condiciones de la infraestructura sanitaria, que propician un medio marcadamente hostil; con los patrones educativos y culturales de la población que dificultan enfrentar con éxito sus problemas de salud y, fundamentalmente, con su crítica capacidad económica, expresada en la dificultad para satisfacer adecuadamente los requerimientos básicos de: alimentación, vivienda y vestido. Lo anterior ha dado como resultado que la estructura de salud de esta población se caracterice por el predominio de enfermedades infectocontagiosas.
47. Está ampliamente demostrada, la relación directa y causal que existe entre los procesos infecciosos y la desnutrición, que tan profundamente se manifiesta en el medio rural y sobre todo en el grupo de preescolares, resulta por lo tanto impostergable abatir las serias deficiencias en el medio físico y en el ambiente social.
48. Conviene destacar, por otra parte, que dentro de la población rural el grupo que requiere de mayor atención es el materno-infantil. Esto ha obligado

a que las acciones de salud se orienten prioritariamente al grupo materno-infantil, sin menoscabo de la vigilancia a la población general, básicamente mediante la atención primaria a la salud, en la que participan en forma muy destacada las parteras empíricas y las promotoras voluntarias de salud comunitaria de las propias localidades, que han sido previamente capacitadas por elementos de la institución.

49. La participación de las parteras empíricas en el desarrollo del Programa las ha convertido en los mejores vectores de su promoción, por lo que la relación con ellas deberá incrementarse; es importante incorporar, de igual manera, a otros elementos de la comunidad que cumplan de alguna forma funciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad, con lo que se logrará una mayor vinculación de la medicina tradicional con la occidental, nexo muy importante para el logro de los objetivos del Programa.
50. En atención al Plan Nacional de Desarrollo y a las políticas que ha definido el Estado Mexicano, para lograr la protección del total de la población rural, se hace necesario la coordinación efectiva y real del sector salud y seguridad social, y para ello se hace obligatorio integrar en un solo programa todos los recursos de salud instalados y destinados a la población rural. Así -

mismo, es impostergable fortalecer la estructura creada por el Programa IMSS-COPLAMAR, a fin de consolidar en un corto plazo los recursos que en términos de organización social y económica ha llevado a las zonas marginadas.

51. Con los recursos ya instalados y los próximos a operar, se podrá dar la integración de un sistema que permita ofrecer servicios de salud a la población rural del país con normas, criterios y procedimientos uniformes tanto para la programación -- como para la presupuestación, operación y control de las acciones, lo que necesariamente incidirá en una mayor eficiencia de los servicios proporcionados, cuya repercusión se verá reflejada en mejores niveles de salud de la población amparada.
52. Pasar de la medicina curativa a la medicina preventiva es todavía una meta por cumplir. En la medida que se aproveche la infraestructura existente como punto de apoyo a estas acciones, los recursos que ahora se destinan a este propósito y los que en el futuro se asignen podrán contribuir a hacer realidad este viejo anhelo y a coadyuvar en paralelo en la resolución de los problemas socioeconómicos que aquejan a los mexicanos marginados.
53. Con esta intención se estudia la ampliación del -

primer nivel con personal paramédico y grupos de promotoras voluntarias a efecto de contrarrestar la dispersión y hacer accesibles los servicios preventivos y de primeros auxilios al mayor número -- posible de personas.

54. Realizado el esfuerzo de atender el primer y segundo niveles de atención con el Programa, el tercer nivel, de alto costo en términos unitarios, resulta un objetivo que, por su escasa demanda, es factible alcanzar, para lo cual es necesario realizar un estudio de la demanda real por zonas del país y de la capacidad instalada de las instituciones que el sector salud y seguridad social tiene para atenderla, así como de su expresión presupuestal, a -- fin de fundamentar su financiamiento ante el gobierno federal.
55. La protección de la población rural total, meta -- que está próxima a concretarse, debe ser apenas el punto de partida para derivar de este hecho un verdadero sistema nacional de salud y seguridad social que rebase la sola limitación del daño.
56. Para lo anterior, es necesario atender al espíritu de la Ley del Seguro Social en cuanto a que la marginalidad debe entenderse como una situación modificable por la acción de múltiples programas que impulsen a los marginados hacia su superación; por tanto, es de esperarse que zonas hoy deprimidas y

grupos hoy marginados, en el menor plazo posible sean sujetos de aseguramiento en los términos que la Ley señala.

57. A fin de que los polos de desarrollo que se pretenden estimular con el Programa y demás acciones concurrentes alcancen una consolidación efectiva, será necesario estrechar más las relaciones entre -- las instituciones participantes y las organizaciones campesinas que actúan en los niveles locales y regionales, pues no debe olvidarse que los actores principales del proceso de desarrollo son los propios beneficiarios del mismo; de otra forma se fomentaría el paternalismo y la pasividad en contra de la acción, la dignidad y la voluntad de cambio.
58. El Programa necesita de personal médico y paramédico con un nuevo concepto de medicina social; por lo tanto es imperativo que las instituciones encargadas de formar el personal médico modifiquen sus planes de estudio, que informen sobre los problemas sociales y económicos que afectan el país, y en particular sobre las variantes culturales de -- nuestra heterogénea sociedad, de tal suerte que -- esta información dé una perspectiva de servicio -- acorde con el nuevo tipo de médico que el país necesita.
59. En el desarrollo y aplicación de la Doctrina Mexi-

cana de Seguridad Social Integral, el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria se inscribe como una medida de avanzada -- que surge de las condiciones sociales, políticas y económicas de nuestro país, en su indeclinable propósito por lograr una sociedad más igualitaria en la salud y el bienestar.

60. En México la seguridad social habrá de tener sus mayores efectos redistributivos a través de los esquemas de solidaridad social que benefician a las grandes mayorías. Al respecto, cabe dejar consignado que nuestro país no alcanzará el progreso -- real si las grandes mayorías continúan careciendo de la mínima seguridad y si no comparten en la justicia, los bienes de la vida.

A N E X O I

ANALISIS DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS FINANCIEROS DE -
LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

I N D I C E

	Página.
INTRODUCCION.	161
A. <i>Participación del gasto público federal y del gasto público del sector salud en el producto interno bruto.</i>	163
B. <i>Participación de la inversión del sector salud en la inversión pública federal.</i>	167
C. <i>Participación de las instituciones en el ingreso total del sector.</i>	168
D. <i>Participación de las instituciones en el presupuesto total ejercido y en programas básicos de salud.</i>	173
E. <i>Participación de las instituciones en la cobertura de atención a la población.</i>	178
F. <i>Participación de las instituciones en el otorgamiento de servicios.</i>	181
G. <i>Participación de las instituciones de seguridad social en el otorgamiento de prestaciones económicas.</i>	184

I N T R O D U C C I O N

El sector salud y seguridad social se encuentra integrado por instituciones que brindan servicios de salubridad y asistencia a población abierta, siendo su financiamiento con cargo al presupuesto fiscal ordinario de la Federación.

En este grupo se encuentran la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los servicios del Departamento del Distrito Federal, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y algunos servicios asistenciales en los gobiernos de los Estados coordinados con la propia - Secretaría de Salubridad y Asistencia. Estas institucio- nes se dedican sustancialmente a proporcionar servicios de salud.

El otro grupo que complementa el sector salud y seguridad social, está constituido por organismos que atienden estratos de la población definidos por las relaciones -- contractuales que guardan los trabajadores con patrones privados y con el Gobierno Federal. En su sistema de fi- nanciamiento tri o bipartito intervienen las aportacio- nes de las tres figuras jurídicas antes mencionadas, en función de los sujetos involucrados en el mecanismo de - aseguramiento. Las instituciones que componen este gru- po son el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Insti- tuto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajado- res del Estado, el Instituto de Seguridad y Servicios So

ciales para las Fuerzas Armadas de México, Petróleos Mexicanos y otras. Estos organismos proporcionan una parte de sus prestaciones en especie, por medio de servicios médicos, y otras en dinero. De acuerdo al volumen de sus servicios ocupan un lugar preponderante en el sector, como se apreciará más adelante.

A continuación se presenta, primero: un análisis del monto de recursos federales destinados al bienestar social a través del gasto público ejercido en el sector salud y seguridad social en el contexto de la eficiencia alcanzada por el aparato productivo en términos del producto per-cá-pita, y los recursos aplicados por habitante en salud y seguridad social entre 1971 y 1983, para establecer si existe una relación armónica y congruente entre ambos indicadores, lo que reflejaría de alguna manera un desarrollo económico equilibrado del país.

La atención se centra después en la participación de la inversión del sector salud en la inversión pública federal en el período 1975-1983 y en la evolución de los ingresos percibidos por las principales instituciones que integran el sector salud y seguridad social con base en los datos que arroja la cuenta de la hacienda pública federal y que cubre sólo el lapso 1976-1980. Aquí se analiza la participación de cada institución en el ingreso total del sector, la integración y evolución de los ingresos corrientes y de capital que perciben las instituciones de seguridad social, y la tendencia y destino de las transferencias federales hacia el Instituto Mexicano del

Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Examinados los ingresos, el análisis se enfoca al estudio de la participación relativa de cada institución y de los programas básicos de salud en el gasto total del sector, y a la contribución porcentual de cada institución en los programas básicos entre los años 1978 y 1983, conforme a los datos consignados en los Informes de Gobierno.

Así mismo, se analiza la participación de cada programa básico de salud en el gasto total ejercido en ellos, y la contribución de las instituciones en cada programa básico de salud durante el lapso 1978-1983.

Por último se examina la participación de las Instituciones en la cobertura nacional de atención a la población - y en el otorgamiento de servicios y prestaciones económicas.

A. Participación del gasto público federal y del gasto público del sector salud en el producto interno bruto.

Las matrices de insumo-producto elaboradas para México, - carecen de la información necesaria para conocer la parte del producto interno bruto que se destina en forma periódica para satisfacer las necesidades individuales y sociales en los artículos de consumo y bienestar social, y los

requerimientos de reposición y ampliación de los medios de producción. Por esta razón el análisis sobre la congruencia que pudiera existir entre las variaciones del volumen de la acumulación ampliada de capital y el ritmo de crecimiento de los recursos financieros que se ejercen a través del presupuesto de la Federación es prácticamente imposible de realizarse en este momento.

Por lo anterior el examen de la relación entre gasto en salud y seguridad social, gasto público federal, y el producto interno bruto, sólo permite aproximarse a la parte del esfuerzo productivo nacional —medio en términos de valor— que se canaliza a la instrumentación de las políticas de bienestar social, y en particular de las políticas de salud y seguridad social.

A precios de 1970 el producto interno bruto creció a una tasa media anual del 5.3% entre los años 1971-1983, mientras que el gasto público federal se incrementó a una tasa del 12.0% y el gasto en salud a una tasa del 4.5% (cuadro 23).

El hecho de que el gasto público federal creciera a una tasa promedio que duplicó a la registrada por el producto interno bruto obedece a que el valor generado en el proceso productivo con el apoyo del Estado en la industria, transportes, empresas públicas y comunicaciones, fue financiado en gran parte con recursos provenientes del exterior, respondiendo así a la política económica de continuar con el crecimiento económico del país.

Así mismo, la espiral tasas de interés —precios— tipo de cambio y el aumento en los márgenes de ganancias mantuvo la inflación en el momento actual y ha determinado que la economía mexicana enfrente los mismos problemas —de inicio de sexenio: leve crecimiento de la producción manufacturera, elevado déficit fiscal, aumento considerable de la deuda externa, y una elevada tasa de inflación anualizada que medida a través del índice nacional de precios al consumidor ascenderá alrededor del 55% en 1984, en contraposición al 98% consignado para 1983.

Aun cuando el gasto público federal se incrementó en términos reales a una tasa media anual que representa 2.3 veces la tasa registrada por el producto interno bruto —entre 1971 y 1982 (12.0%/5.3%), el gasto público en salud y seguridad social sólo creció a una tasa del 4.5% —(cuadro 23).

Como resultado de esto, no obstante que el gasto público incrementó su participación relativa en el valor del producto interno bruto, la participación del gasto en salud dentro de éste se redujo.* Entre 1971 y 1983 el gasto público pasó del 24.8 al 48.7% del producto interno bruto, mientras que el gasto en salud mostró primero una tendencia ascendente dentro del mismo entre 1971 y 1976—(año de devaluación del peso). al pasar del 4.3% en el primer año al 5.6% en el último. Sin embargo, a partir de 1977 se observó una tendencia descendente hasta 1983 pasando del 4.7% al 3.7%, con excepción de 1981 y 1982, años en que registró un 4.5% (cuadro 22).

* Esta situación es consistente con lo que ocurre en los países en vías de desarrollo cuyo gasto social se ve disminuido al incrementarse las inversiones productivas.

Para 1983, el gasto público federal experimentó una contracción al representar el 48.7% del producto interno bruto, como efecto de las tasas de interés que provocaron una desaceleración de la producción industrial, un alza vertiginosa de los precios, una reducción en el gasto público, y un deterioro en la balanza de pagos.

El esfuerzo realizado hasta ahora por el Estado, para procurar bienestar social a la población por medio del gasto público en salud y seguridad social, tiene que ser analizado en el contexto de la capacidad y eficiencia alcanzada por el aparato productivo nacional, para determinar si se ha dado una relación estable y congruente entre el nivel del crecimiento económico alcanzado por el país, y los recursos aplicados en salud y seguridad social, lo que reflejaría un desarrollo económico ordenado y sostenido.

Durante el período de análisis, el producto per-cápita creció en términos reales ininterrumpidamente entre 1971 (año en que ascendió a \$8 829.07) y 1981^{1/} (con \$13 016.87), mientras que el gasto público en salud per-cápita creció igualmente entre 1971 y 1976, pasando de \$378.95 en el primer año, a \$576.56 en el último, para luego bajar en forma violenta a \$483.43 en 1977 y a \$475.14 en 1978. Posterior a esto, registra una tendencia ascendente entre 1979 y 1981 al pasar de \$479.40 a \$569.58. Como se puede apreciar, aún en 1981 no se alcanzó el gasto per-cápita en salud registrado en 1976 -- que fue de \$576.56. Además, en 1983 se observa una baja,

1/ En 1982 y 1983 decrece el producto per-cápita —en términos reales— por la crisis económica que experimenta el país, y cuyas causas ya fueron descritas en párrafos anteriores.

al llegar este gasto a \$451.05 (cuadro 24).

B. *Participación de la inversión del sector salud en la inversión pública federal.*

El análisis de la inversión pública federal debe efectuarse sobre precios constantes, para cuantificar fielmente su impacto sobre el crecimiento de la capacidad instalada en el país.

Durante el lapso 1978-1983, la inversión pública federal ejercida creció en términos reales a una tasa media anual de 1.7%, lo que expresa un incremento del 20.2% de 1978 a 1979, 20.3% de 1979 a 1980, 23.3% de 1980 a 1981, y decrementos del 8.3% de 1981 a 1982 y 33.4% de 1982 a 1983 - (cuadro 26).

El gasto de inversión del sector salud y seguridad social mostró en términos reales una tasa promedio de crecimiento anual menor a la de la inversión pública federal, al significar un 1.2% durante los años 1978-1983, de lo que se deduce que el ritmo de crecimiento de la inversión realizada en el sector salud fue 38% menor que el observado en la inversión pública federal efectuada en el mismo lapso (1.2%/1.7%).

Sin embargo, debe señalarse que en el lapso 1978-1981 la inversión del sector salud y seguridad social, en relación a la registrada por la inversión pública federal, representó un 2.9% de la segunda en 1978; 3.0% en 1979; 3.3% en -

1980 y 4.6% en 1981. La situación cambia sustancialmente en los dos años siguientes pues en 1982 la participación de la inversión salud en la inversión pública federal decae a 4.2% y en 1983 sólo representa 2.8% (cuadro 26).

C. Participación de las instituciones en el ingreso total del sector.

Atendiendo a la información disponible sobre los ingresos percibidos por las principales instituciones que conforman el sector salud, el análisis efectuado en este punto cubre sólo el período 1976-1980.

Durante ese lapso los ingresos en efectivo percibidos -- por las principales instituciones del sector salud y seguridad social ascendieron a 58 384, 1 901, 102 364, -- 2 867 y 171 609 millones de pesos corrientes. En dicho período los ingresos captados por cada institución se mantuvieron estables en términos relativos. El Instituto Mexicano del Seguro Social absorbió alrededor del -- 58.6% del ingreso total, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado el 32.3%, la Secretaría de Salubridad y Asistencia el 7.3% y el -- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia el 1.8% (cuadro 27).

Para el examen de los ingresos del sector es necesario -- comprender como se integran estos. A continuación se -- describen los elementos que conforman el ingreso de cada

una de las instituciones.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social se constituyen por los ingresos ordinarios integrados por las cuotas obrero patronales que se captan bimestralmente mediante la emisión depurada, más los recargos moratorios; las erogaciones recuperables y venta de inversiones (ingresos de capital); y las transferencias de la Federación que se destinan a financiar parte de las prestaciones económicas y en especie de la seguridad social, y parte de la inversión en ampliación o construcción de obras de todo tipo (unidades médicas, guarderías, tiendas, etcétera).

Los ingresos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se originan por las aportaciones de los trabajadores federales y los ingresos por cuenta de terceros (ingresos ordinarios); las erogaciones recuperables y venta de inversiones (ingresos de capital); y las contribuciones anuales del Estado que se canalizan a financiar en forma parcial las prestaciones económicas y sociales y la construcción de unidades de servicio.

En el caso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia sus ingresos proceden del flujo de la masa monetaria circulante que la Federación capta en cada ejercicio fiscal (impuestos sobre la renta, la producción y servicios, impuestos al comercio exterior y al valor agregado, etcétera) que corresponde a un año natural, además de los

recursos financieros que obtiene el Estado mediante los empréstitos contratados (deuda pública) en el interior y con el exterior.

Las transferencias de la Federación hacia las dos instituciones aludidas se destinan tanto al financiamiento de servicios de personal, consumo de bienes para administración y fomento, mantenimiento y servicios generales (transferencias corrientes), como a la construcción de unidades médicas y adquisición de mobiliario y equipo (transferencias de inversión).

En cuanto al análisis de los ingresos percibidos por cada una de las instituciones, se evidencia lo siguiente: En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, -- los ingresos corrientes mantuvieron su importancia relativa en el total de recursos al pasar de 81.6% en 1976 al 83.7% en 1980. En paralelo los ingresos de capital se duplicaron en términos relativos durante el periodo, ya que de representar el 3.0% en 1976 significaron el 6.6% en 1980, lo que revela una mayor canalización de recursos hacia erogaciones recuperables (inversiones); en los años actuales estos ingresos han constituido una base estratégica en el Instituto, a fin de seguir generando el flujo interno de recursos que ha permitido expandir los servicios a la población, y por ende avanzar en un esquema de integración vertical.

Durante el periodo 1976-1980 las transferencias federales al Instituto Mexicano del Seguro Social se mantuvieron relativamente constantes, pues de representar el 10.1% del total de ingresos percibidos en el primer año, significaron el 9.6% en el último año. Esto obedece a que las contribuciones del Estado, contempladas en la Ley del Seguro Social para los seguros de enfermedad

y maternidad e invalidez, vejez, cesantía y muerte, se establecen en base a un porcentaje constante del importe de las cuotas patronales en dichos seguros (cuadro 28).

En cuanto al análisis de los ingresos ordinarios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado durante el período de estudio, se aprecia que su participación en el total de ingresos registró un leve descenso, pasando del 74.7% en 1976 a un 70.4% en 1980; su explicación se encuentra en la disminución de 9.2% que registraron los ingresos corrientes en el lapso mencionado (50.6% en 1976 y 41.5% en 1980), lo que evidencia una dependencia financiera cada vez menor del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en cuanto a las aportaciones que realizan los trabajadores federales, y un mayor soporte económico con el flujo de recursos que sus inversiones generan provenientes de las erogaciones recuperables y de la venta de inversiones.

Las contribuciones del Gobierno Federal experimentaron un ligero incremento de 1976 a 1980, registrando un 25.4% en el primer año y un 29.6% en el segundo, como resultado de un mayor volumen relativo de recursos que el Estado canaliza a sus trabajadores a través de la institución, para impulsar con mayor celeridad el incremento de la capacidad instalada (1.6% en 1976 y 14.0% en 1980), aunque en detrimento de los ingresos asignados para financiar parte de las prestaciones económicas y en especie contemplados en la Ley del Instituto de Seguridad y

Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ya -- que en 1976 representaron el 23.8% y en 1980 el 15.6% -- del total de ingresos (cuadro 28).

Las transferencias corrientes de la Federación a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1976 a 1980, mostraron variaciones relativas poco significativas en lo que respecta a las siguientes dependencias: Administración del Patrimonio a la Beneficencia Pública 30.7%, Dirección General de Epidemiología e Investigación en Salud Pública 1.6%, Institutos y hospitales coordinados sectorialmente 12.1% y la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo 10.6%. En cambio, los ingresos destinados a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, y a las demás Direcciones Generales, Subsecretarías, guarderías y asociaciones civiles, observaron una tendencia muy irregular durante el periodo de estudio, pues los mencionados Servicios Coordinados de Salud Pública perdieron su importancia relativa en el total de los ingresos percibidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al pasar de 42.1% en 1976 al 22.3% en 1980, mientras que las demás dependencias (ayuda al sostenimiento de diversas entidades en la República) incrementaron sensiblemente su posición relativa al asignárseles en su conjunto el 2.9% del total de ingresos en 1976 y el 24.5% en 1980.

Lo anterior encuentra su explicación en el hecho de que muchos hospitales en el interior del país, que recibían el monto del subsidio a través de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, se reubicaron en el ru-

bro correspondiente a "ayuda al sostenimiento de diversas entidades en la República" (cuadro 29). De esta manera se reduce el "puente" para el flujo de los recursos financieros.

D. Participación de las instituciones en el presupuesto total ejercido y en programas básicos de salud.

Durante el lapso 1978-1983, el presupuesto total ejercido por las cuatro principales instituciones del sector salud y seguridad social que son: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ascendió a 102,676, - 128.481, 178.371, 261.019, 423,864 y 639,782 millones de pesos corrientes, respectivamente. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha registrado la mayor participación porcentual en dicho presupuesto al absorber el - - 51.4% en 1978 y el 63.8% en 1983; las demás instituciones de manera aislada experimentaron una disminución en su participación relativa dentro del gasto total en el lapso mencionado; por ejemplo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado - ejerció el 34.9% del presupuesto en 1978 y el 25.6% en - 1983 (cuadros 30 al 35).

Del total del presupuesto ejercido en salud y seguridad social, se destinó a los programas básicos de salud - - (atención preventiva, curativa, formación y desarrollo -

de recursos humanos para la salud y capacitación de la población) el 43.0% en 1978; el 35.7% en 1979; el 37.0% en 1980; el 36.2% en 1981; el 42.5% en 1982 y el 40.1% en 1983. Atendiendo a los límites del lapso considerado, se puede afirmar que a pesar de que los programas básicos de salud perdieron importancia dentro del gasto público ejercido en salud y seguridad social durante los años intermedios, en los últimos dos años absorbieron un porcentaje de recursos similar al registrado en 1978 - (cuadros 30 al 35).

En cuanto al total de recursos aplicados a los programas básicos de salud durante los años mencionados, se observa que aun cuando la participación porcentual del Instituto Mexicano del Seguro Social se redujo ligeramente - del 67.1% en 1978 al 62.9% en 1981, éste no perdió su primacía absoluta y relativa en los mismos, y para 1983 vuelve a repuntar con el 71.4%.

Por lo que respecta al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, su participación relativa en el gasto ejercido en programas de salud registró un leve incremento ya que de representar el 13.3% en 1978 pasó al 13.5% en 1983. De manera contraria, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia observó una tendencia descendente al contribuir con el 4.3% en los programas básicos de salud durante 1978 y el 0.6% en 1983. También la Secretaría de Salubridad y Asistencia observó una tendencia similar al registrar un 15.3% en 1978 y un 14.4% en 1983 (cuadros 30 al 35).

En términos relativos los recursos aplicados en cada uno de los programas básicos de salud se han mantenido sin variaciones significativas durante el lapso 1978-1983; - en los programas de atención preventiva, atención curativa, formación y desarrollo de recursos humanos para la salud y capacitación de la población, se destinaron en promedio para cada uno de los programas los siguientes porcentajes del gasto total: 7.3, 86.2, 5.4 y 1.1% respectivamente. Esta situación muestra que los servicios de salud se encuentran orientados fundamentalmente hacia la atención curativa de la población y se comprueba con el peso de los recursos destinados a la misma en los últimos años (cuadros 30 al 35).

La estructura programática del presupuesto ejercido entre 1978 y 1983 por las instituciones del sector refleja en consecuencia el predominio de los servicios de atención curativa, con mayor énfasis en el caso de las instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y un poco menos en las instituciones sanitarias y asistenciales.

En 1978 el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado participaron cada uno con el 17.4% del programa de medicina preventiva, mientras que la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia intervinieron con el 30.4 y 34.8%. En el gasto para este programa, la

Secretaría de Salubridad y Asistencia mantuvo esa participación mayoritaria en 1983, con un 54.5%, contra 34.6% del Instituto Mexicano del Seguro Social. Así, tanto la Secretaría de Salubridad y Asistencia (30.4 contra 4.5%) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (17.4 contra 34.6%) incrementaron su participación relativa en el programa de 1978 a 1983, mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (17.4%) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (34.8) vieron disminuida su participación relativa en 1983 al absorber el 7.5 y el 3.3%, respectivamente, del gasto total.

Es importante destacar la labor que a este respecto realiza el Instituto Mexicano del Seguro Social. En virtud del papel que desempeña la atención preventiva en el cuidado de la salud, el Instituto proporciona estos servicios a un universo abierto, sin requerir que los beneficiarios sean cotizantes de la seguridad social. De esta forma se hacen llegar a la población de escasos recursos servicios de salud que de otra forma estarían fuera de su alcance. Se aprecia así una contribución importante a la redistribución del ingreso, así como al nivel de salud y bienestar de la población.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha orientado la mayor parte de sus recursos al programa de atención curativa, así entre 1978 y 1983 destinó el 72.7% y el 74.5, respectivamente.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado aumentó su participación relativa durante los años de análisis, al significar el 12.7% en 1978 y 19.1% en 1981, no obstante que para 1983 su participación cae al 14.5%; en contraposición la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia redujeron su participación durante el lapso señalado, al pasar de 13.1 a 10.7% la primera institución, y de 1.6 a 0.3% la segunda.

Respecto al programa de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social conservó su participación estratégica en el gasto del programa, al contribuir con un 56.7% en 1978, y el 68.0% en 1983. La Secretaría de Salubridad y Asistencia mostró una tendencia ascendente al pasar del 21.9% en 1978 al 25.5% en 1983, en tanto que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado deterioró su participación relativa en el programa al aportar el 17.7% de los recursos en 1978 y el 5.9% en 1983; lo mismo ocurrió con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuya participación en 1978 fue de 3.8% y en 1983 de 0.6%.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia mantuvo el mayor gasto en el programa de capacitación de la población durante el lapso aludido, al ejercer el 62.4% del gasto total en 1978 y el 47.7% en 1983, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social participó con el 31.4% y el 36.9%. El Instituto de Seguridad y Servicios Socia-

les de los Trabajadores del Estado mejoró su posición relativa en este rubro al pasar del 6.3% en 1978 al 9.1% en 1983; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia mostró una tendencia descendente al registrar en 1980 —año en el que participó por primera vez en el Programa— 17.8%, y 7.8% en 1983 - - (cuadros 30 al 35).

E. Participación de las instituciones en la cobertura de atención a la población.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por las dependencias, en relación a su cobertura de atención de la población, el país cuenta para el año de 1984 con servicios públicos de salud para atender aproximadamente a 66.3 millones de mexicanos, que representan el 86.7% de la población total. Es conveniente aclarar que las cifras consignadas en el texto se refieren a la cobertura real y no a la cobertura nominal. Esta última se entiende como aquella que incluye a población radicada en las localidades de ubicación y en las zonas de influencia de las unidades de atención médica.

En el análisis de la cobertura se encuentra que para 1984 el Instituto Mexicano del Seguro Social en coordinación con el Programa IMSS-COPLAMAR, proporciona servicios de salud a un número de 42.1 millones de mexicanos, compuestos por 28.4 millones de derechohabientes y 13.7 millones de solidariohabientes (cuadro 37). Esto significa que en cuanto a la extensión de la salud,

los servicios del Instituto cubren en conjunto al - - -
54.9% de la población total del país.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia otorga servicios a 13 millones de personas que representa el 17.0% del total de la población. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cubre a 6 millones de derechohabientes, o sea el 7.9% de la población del país; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Marina y otras instituciones, con un poco más de 1.5 millones de derechohabientes cubren al 2.0% del total y finalmente el 18.1% de la población que representa 13.9 millones de personas se atiende en otros organismos, en servicios privados de atención para la salud, o bien quedan fuera de la atención de las instituciones del sector, (cuadro 37).

Para el año de 1970 la cobertura de los servicios de salud de las instituciones mencionadas ascendía a poco más de 21 millones de personas, y representaba de manera aproximada el 43% de la población total del país; para 1984 la cobertura real estimada para las instituciones de salud y seguridad social ha aumentado al - - 86.7%. De lo anterior, puede concluirse que el incremento en la cobertura ha sido superior al 100% en el periodo señalado. Las instituciones han contribuido al aumento de la cobertura en forma diversa, como reflejo del proceso de desarrollo socioeconómico y de su propia capacidad de evolución.

En relación con la población beneficiada por los servicios de salud y seguridad social el Instituto Mexicano del Seguro Social pasó de 9.8 millones en 1970 a 42.1 millones de derechohabientes y solidariohabientes en 1984, lo cual representa un 330.0% de crecimiento en 14 años. De la población protegida por el Instituto Mexicano del Seguro Social aproximadamente un 67.5% se ubica en el ámbito urbano y 32.5% en el rural. Esta proporción se ha logrado por el énfasis puesto durante los últimos años en los programas de atención al medio rural.

Para el mismo período la cobertura del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado creció de 1.3 a cerca de 6.0 millones de derechohabientes, lo que representa un aumento de 361.5% respecto al año inicial. La población derechohabiente de esta institución es en su totalidad urbana.

El alcance de la Secretaría de Salubridad y Asistencia pasó de poco más de 10 millones de personas en 1970 a 13 millones en 1984, con un 30.0% de crecimiento en relación a 1970. En 1984 el 69.0% de la población protegida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia radica en el área urbana y el 31.0% en la rural.

Del total de la población urbana cubierta el 54.3% está protegida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, 15.6% por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y 11.2% por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

F. *Participación de las instituciones en el otorgamiento de servicios.*

Entre las metas de servicios que el sector logró durante 1983 sobresalen las correspondientes al subprograma de control de enfermedades prevenibles, en el que se aplicaron 58.9 millones de dosis de vacuna, se impartieron casi 6.3 millones de consultas para el control de enfermedades transmisibles y se proporcionaron 17.2 millones de consultas para la detección oportuna de enfermedades. Destacan también las 5.6 millones de consultas otorgadas a aceptantes voluntarios de planificación familiar; las 66.7 millones de consultas externas generales y las 20.8 millones de consultas externas especializadas. El sistema hospitalario generó 2.2 millones de egresos, y por lo que se refiere a la formación y desarrollo de recursos humanos se adiestró a 76.5 mil personas y en educación para la salud se impartieron pláticas a 22.6 millones de personas. (cuadro 41).

Con respecto a la participación de las instituciones en el logro de las metas sectoriales alcanzadas, es posible afirmar que las dos instituciones estratégicas han sido el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ya que un 96.3% del total de dosis de vacuna aplicadas por el sector fue proporcionado por estas dos dependencias (cuadro 41).

En el control de enfermedades transmisibles la Secreta

ria de Salubridad y Asistencia participó con el - -
44.4% del total de las consultas otorgadas, el Institu-
to de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajado-
res del Estado con un 29.8% y el Instituto Mexicano --
del Seguro Social con 25.8%.

La detección oportuna de enfermedades fue integrada -
con las aportaciones de 84.1% del Instituto Mexicano -
del Seguro Social, 8.7% por parte del Instituto de Segu-
ridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Es-
tado y de 7.2% de la Secretaría de Salubridad y Asis-
tencia.

Respecto a la planificación familiar voluntaria, la ci-
fra del sector se constituyó por un 48.3% de la Secre-
taría de Salubridad y Asistencia, 35.2% del Instituto
Mexicano del Seguro Social y 16.4% del Instituto de Se-
guridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del -
Estado.

El otorgamiento de consulta externa general se efec-
tuó en un 67.6% en el Instituto Mexicano del Seguro So-
cial, 18.6% en la Secretaría de Salubridad y Asisten-
cia; 13.7% en el Instituto de Seguridad y Servicios So-
ciales de los Trabajadores del Estado y 0.1% en el Sis-
tema Nacional para el Desarrollo Integral de la Fami-
lia. La meta sectorial del subprograma de consulta ex-
terna especializada estuvo integrada en un 63.3% por -
el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 19.9% por -
el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado, en 16.3% por la Secretaría de

Salubridad y Asistencia y 0.4% por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (cuadro 41).

La mayor proporción de los egresos hospitalarios en el sector provino del Instituto Mexicano del Seguro Social con 70.0%, siguiéndole la Secretaría de Salubridad y Asistencia con 16.9% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con 13.1%.

En cuanto a formación y desarrollo de recursos humanos, la participación fue de 57.5% por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 27.4% por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, 14.4% por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 0.6% por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Para el período 1981-1983, en la mayor parte de los subprogramas de atención preventiva, el Instituto Mexicano del Seguro Social mostró una tendencia ascendente en su participación sectorial llegando a ser preponderante en 1983. Por su parte la participación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia mostró una tendencia al alza para esos mismos conceptos, y cubrió para ese mismo año cerca de la mitad del total de las metas sectoriales. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado mostró también una tendencia de crecimiento. Cabe hacer notar que la participación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia fue poco significativa.

En relación a los subprogramas de atención curativa, - en su mayoría se observa que el Instituto Mexicano del Seguro Social tuvo un comportamiento preponderante y estable en la participación sectorial, la Secretaría de Salubridad y Asistencia mantuvo estable su aportación al total de servicios del sector y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por su parte, incrementó en forma leve su participación dentro del período examinado, con excepción del subprograma de hospitalización general cuya participación declinó en forma notable; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia presentó también una escasa participación en el sector - (cuadros 39 al 41).

Por último, la participación de las instituciones en el programa de capacitación de la población es ascendente para el Instituto Mexicano del Seguro Social, y descendente para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Secretaría de Salubridad y Asistencia; para el sector, la participación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia no es significativa (cuadros 39 al 41).

G. Participación de las instituciones de seguridad social en el otorgamiento de prestaciones económicas.

El programa de prestaciones económicas de las instituciones de seguridad social se ocupa de proporcionar al

trabajador protección sobre sus medios de subsistencia en períodos de incapacidad física temporal o permanente, así como de asegurarle un ingreso digno y adecuado al final de su vida productiva. Para este fin existen previsiones en los diversos ramos de seguro, que proporcionan al asegurado o sus derechohabientes prestaciones en dinero en proporción al nivel de los ingresos y tiempo de cotización en el sistema de seguridad social. De entre ellas destacan las que se refieren a subsidios y ayudas otorgadas como compensación por el salario perdido a causa de períodos de enfermedad así como las pensiones y jubilaciones otorgadas por incapacidad permanente o retiro por edad avanzada.

Por otro lado, la seguridad social mexicana se caracteriza por un ambicioso programa de prestaciones sociales, orientado a proporcionar a la población en general —no solamente a la asegurada— servicios que permitan elevar los niveles de bienestar. Se realiza de esta forma una de las contribuciones específicas de la seguridad social en favor de la distribución del ingreso, al utilizar recursos del conjunto de la sociedad —en favor de las clases populares. Destacan entre los servicios de prestaciones sociales los que se refieren a la capacitación de la población para la actividad productiva, y que se proporciona a un universo abierto. También es pertinente mencionar las actividades relacionadas con la difusión cultural y la promoción deportiva, en las que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene una labor relevante a nivel nacional.

Salvo algunos esquemas especiales de pensiones que operan en empresas públicas, como es el caso de Petróleos Mexicanos, la gran mayoría de los subsidios y pensiones otorgados se originan en los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las más importantes instituciones de seguridad social en el país. Existe además una dependencia específica para las fuerzas armadas, y algunas otras de carácter regional manejadas por gobiernos estatales. De 1971 a 1984, la proporción de la población económicamente activa asegurada por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pasó del 27.5% al 37.4% (cuadro 42). En tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social protege a trabajadores involucrados en actividades productivas y de servicio, los empleados del gobierno federal son atendidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Del total de trabajadores asegurados por ambas instituciones, que en agosto de 1984 representaban aproximadamente 9.3 millones de personal, el Instituto Mexicano del Seguro Social protege alrededor del 79.6% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado al 20.4%. (cuadro 43). Al incorporar a grupos que no estaban cubiertos, el crecimiento de ambas instituciones ha sido superior al de la población, en un esfuerzo constante por difundir los beneficios de la seguridad social a todas las regiones y ramas de actividad económica para beneficio del mayor número posible de me-

xicanos (cuadro 44).

Durante 1980 el programa de prestaciones económicas de ambas instituciones absorbió recursos por un total de 44.1 mil millones de pesos, que representan el 0.5% del producto interno bruto, y el 1.1% del presupuesto ejercido de la federación. En 1983 los subprogramas de subsidios y de pensiones representan el 98% del total, en virtud de que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuenta además con un sistema de préstamos personales. Al igual que en el caso de los servicios médicos, las prestaciones económicas representan una proporción creciente aunque pequeña del Producto Interno Bruto, en comparación con lo que se destina a ellas en países desarrollados.

Con relación a los subprogramas arriba mencionados el Instituto Mexicano del Seguro Social representa la casi totalidad de los recursos y casos de subsidios y ayudas. Por lo que se refiere a las pensiones, se estima que cerca del 90% de las mismas han sido otorgadas por esa institución, proporción que crece en el transcurso del tiempo como resultado del crecimiento y estructura de la población asegurada. Estas dos instituciones tienen incorporados en sus respectivas legislaciones diversos procedimientos de ajuste en el monto de las pensiones orientados a proteger el poder adquisitivo de los pensionados ante el efecto del proceso inflacionario.

El proceso inflacionario de la última década ha pues-

to a prueba la eficiencia de las instituciones de seguridad social así como las bases de solidaridad que las sustentan. Las previsiones actuariales de los comienzos de la seguridad social mexicana, fueron afectados por niveles de inflación hasta entonces desconocidos en el país. El efecto sobre el poder adquisitivo de las pensiones fue sensible y los ajustes realizados al monto de las pensiones permitieron transferencias por parte de las generaciones activas, que con el sustento de los estudios pertinentes, han hecho posible redistribuir el ingreso y proteger el nivel de vida de los jubilados.

En cuanto al programa de prestaciones sociales, durante 1984 se destinaron 10 mil millones de pesos a sus actividades. El 80% de los recursos y el 84% de los servicios otorgados fueron generados por el Instituto Mexicano del Seguro Social que atribuye gran importancia a estas actividades, por su contribución a mejorar el nivel de vida de la población. En el subprograma de adiestramiento y capacitación esta institución atendió a un total de 3.2 millones de asistentes a sesiones, con especial énfasis en trabajadores de la industria turística, las artesanías y labores del campo.

En el programa de prestaciones sociales destaca el subprograma de atención a la infancia, enfocado a proporcionar servicios de guardería a hijos de madres aseguradas. Esta actividad está enmarcada en un ramo de seguro específico, el de más reciente creación en la Ley

del Seguro Social. Por este conducto el Instituto Mexicano del Seguro Social subsidia los ingresos de la familia trabajadora, al permitir a la mujer continuar con sus actividades productivas en la seguridad de que sus hijos son atendidos durante su jornada de trabajo con los mayores esmeros y avances científicos. Vale la pena destacar que las cotizaciones en esta rama de seguro provienen en forma exclusiva de los patronos, que pagan el 18 sobre el salario del trabajador para este fin (cuadros 45 y 46).

A N E X O II

APENDICE ESTADISTICO

CUADRO 1**INGRESO PER CAPITA E INDICE DE CONCENTRACION
EN MEXICO, 1968.**

PAIS	INDICE DE CONCENTRACION	INGRESO PER CAPITA (DOLARES)
COLOMBIA	0.52	299
BOLIVIA	0.53	151
ECUADOR	0.52	196
PERU	0.63	2.46
COSTA RICA	0.50	3.84
BRASIL	0.55	2.71*
CHILE	0.45	449
MEXICO	0.53	511
VENEZUELA	0.44	803
ARGENTINA	0.43	609
ESTADOS UNIDOS	0.35	3 578
FRANCIA	0.33	1 927
ALEMANIA FEDERAL	0.47	1 682

* Datos de 1967.

Fuente: Fabio Córdova, Análisis econométrico de la distribución de ingresos,
Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Bogotá, 1973.

	DESIGUALDAD ALTA GINI > 0.50					DESIGUALDAD MODERADA GINI = 0.40 - 0.50					DESIGUALDAD BAJA GINI < 0.40				
	PAIS ¹	AÑO	INGRESO PER CAPITA ²	RAZON ³	GINI	PAIS ¹	AÑO	INGRESO PER CAPITA ²	RAZON ³	GINI	PAIS ¹	AÑO	INGRESO PER CAPITA ²	RAZON ³	GINI
INGRESO BAJO < U.S. \$100	BRASIL ⁴	1970	231	6.5/66.7	0.61	DANOMÉY ⁴	1959	63	13.3/50.0	0.44	CEYLAN	1969-70	155	17.0/56.0	0.37
	COLOMBIA ⁴	1970	251	9.4/59.5	0.54	EL SALVADOR ⁴	1969	240	12.7/52.0	0.43	TAIWAN	1964	201	20.4/40.1	0.32
	ECUADOR ⁴	1970	202	6.4/73.5	0.66	GUYANA	1955-56	272	14.0/45.7	0.40	CHAD	1958	63	10.0/43.0	0.35
	GABON ⁴	1960	261	6.0/71.0	0.65	INDIA	1961-64	84	14.0/54.0	0.44	COSTA DE MARFIL	1959	139	17.5/55.0	0.43
	HONDURAS ⁴	1967-68	224	7.3/67.5	0.61	FILIPINAS	1965	150	11.6/55.4	0.50	COREA DEL SUR	1970	100	18.0/45.0	0.36
	IRAQ ⁴	1956	172	6.0/68.0	0.61	SUDAN	1963	91	14.3/50.3	0.43	LIBIA	1962	220	23.5/37.0	0.26
	MADAGASCAR ⁴	1960	93	13.5/61.0	0.52	TANZANIA	1967	70	14.0/57.0	0.48	MALASIA	1957-58	205	17.7/43.9	0.36
	PERU	1970-71	297	6.5/60.0	0.57	TAILANDIA	1962	92	12.9/57.7	0.50	NGEN ⁴	1960	73	10.0/42.0	0.36
	RHODESIA ⁴	1968	214	8.2/69.0	0.62	TUNEZ	1961	156	10.5/55.0	0.50	PAKISTAN	1963-64	83	17.3/45.0	0.37
	SENEGAL ⁴	1960	171	10.0/44.0	0.56	ZAMBIA	1959	150	14.6/57.0	0.49	UGANDA	1969-70	110	17.1/47.1	0.38
	INGRESO MEDIO U.S. \$300-750	JAMAICA	1958	388	8.2/61.5	0.56	ARGENTINA	1961	681	17.3/52.0	0.42	BULGARIA	1962	407	26.8/33.2
LIBANO		1955-60	454	13.0/61.0	0.52	CHILE	1968	427	13.0/56.0	0.49	GRECIA ⁴	1957	341	21.0/49.5	0.37
MÉXICO		1968	464	10.2/65.0	0.58	COSTA RICA	1971	423	14.7/50.6	0.43	ISRAEL ⁴	1957	686	20.2/39.4	0.30
PANAMA ⁴		1969	560	9.4/59.3	0.54	URUGUAY	1967	460	14.3/47.4	0.42	POLONIA	1964	649	23.4/36.0	0.25
SUDAFRICA ⁴		1965	530	6.2/50.0	0.56						ESPAÑA	1974-65	572	17.0/45.2	0.30
VENEZUELA		1962	750	9.7/50.0	0.52						SURINAM	1962	311	21.7/42.6	0.31
INGRESO ALTO > U.S. \$750						DINAMARCA	1968	1,838	13.6/47.6	0.42	CANADA	1965	2,057	20.0/40.2	0.32
						FINLANDIA	1962	1,193	11.1/49.3	0.43	CHECOSLOVACIA ⁴	1964	810	27.6/31.0	0.18
						FRANCIA	1962	1,373	9.5/53.7	0.50	HUNGRÍA ⁴	1969	870	24.0/33.5	0.24
						ALEMANIA OCC. ⁴	1964	1,614	15.4/52.9	0.43	JAPÓN	1963	700	20.7/40.0	0.31
						HOLANDA ⁴	1967	1,437	13.0/48.3	0.43	NVA. ZELANDIA ⁴	1968-69	1,000	15.5/42.0	0.37
						PUERTO RICO	1963	988	13.7/50.6	0.44	NORUEGA	1965	1,609	16.6/40.5	0.35
											SUECIA ⁴	1963	2,220	14.0/44.0	0.39
											REINO UNIDO	1968	1,599	18.0/39.0	0.32
											ESTADOS UNIDOS ⁴	1970	2,603	19.7/36.0	0.31

Fuente: Mantel Ahlbeck, "Dimensions of the problem", en Chenery, Daley, and Jolly (eds.), *Redistribution with Growth. An Approach to Policy* (Washington D. C.: BIDU, 1973) (mimeo).

¹ La información sobre países sin la marca se basa en la distribución del tamaño de la muestra.

² El ingreso per cápita está calculado en dólares de 1964 considerando los dos años más próximos.

³ Las razones están entre la razón más baja, 40 por ciento y la más alta 20 por ciento.

⁴ Los datos se basan en la distribución del ingreso de trabajadores ocupados.

CUADRO 3

**DISTRIBUCION DEL INGRESO EN MEXICO POR DECILES
(PORCENTAJES)**

DECILES ¹	1950 ²	1958	1963	1968 ³	1970	1975 ⁴	1977 ⁵
I.	2.43	2.32	1.69	1.21	1.42	0.35	1.00
II.	3.17	3.21	1.97	2.21	2.34	1.39	2.21
III.	3.18	4.06	3.42	3.04	3.49	2.50	3.23
IV.	4.29	4.98	3.42	4.23	4.54	3.53	4.42
V.	4.93	6.02	5.14	5.07	5.46	4.96	5.73
VI.	5.96	7.49	6.08	6.46	8.24	6.57	7.15
VII.	7.04	8.29	7.85	8.28	8.24	8.52	9.11
VIII.	9.63	10.73	12.38	11.39	10.44	11.51	11.98
IX.	13.80	17.20	16.45	16.06	16.61	16.84	17.09
X.a	10.38	10.24	13.04	14.90	11.52	43.40	12.54
X.b	35.10	25.46	28.56	27.50	27.69	--	25.45
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

¹ Número de familias en cada decil: 1950: 449 997; 1958: 640 538; 1963: 732 964; 1968: 827 765; 1970: 889 175; 1 020 892.5; 1977: 1 100 000.

² Datos de la "Parte Especial" del Censo de Población, 1950.

³ Datos de la revisión de la muestra del Censo de México realizada por la Secretaría de la Presidencia.

⁴ CONMET. Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares 1975, tabulación especial (preliminar). Resultados obtenidos después de la depuración realizada al archivo maestro el 22 de junio de 1978.

⁵ Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de las Familias, México, 1979.

CUADRO 4**POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR SECTOR 1940-1984
CIFRAS EN MILES**

AÑO	TOTAL	SECTOR PRIMARIO	SECTOR INDUSTRIAL	SECTOR DE SERVICIOS
1940	5 858	3 831	909	1 118
1950	8 272	4 824	1 319	2 119
1960	11 274	6 097	2 144	3 033
1970	13 181	5 205	3 021	4 955
1977	18 042	7 272	4 456	6 314
1984	24 739*	---	---	---

* Estimado

Fuente: "Estadísticas de la economía mexicana", Nacional Financiera, S. A., México, 1974,
Consejo Nacional de Población, México Demográfico. Boletín 1980-1981, México, 1982.

CUADRO 5**DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN MEXICO 1940-1984
CIFRAS EN MILES**

AÑO	POBLACION		
	TOTAL	URBANA	RURAL
1940	19 654	6 896	12 758
1950	25 791	10 983	14 808
1960	34 923	17 705	17 218
1970	48 993	28 710	20 283
1980	67 396	44 096	23 300
1984*	76 498	53 707	22 791

* Estimado

Fuente: "Estadísticas de la economía mexicana", Nacional Financiera, S. A., México, 1974, Secretaría de Programación y Presupuesto, X Censo General de Población y Vivienda, 1980, Resultados Preliminares, 1981.

CIFRAS EN MILES

AÑO	POBLACION		
	TOTAL	URBANA	RURAL
1940	19 654	6 896	12 758
1950	25 791	10 983	14 808
1960	34 923	17 705	17 218
1970	48 993	28 710	20 283
1980	67 396	44 096	23 300
1984*	76 498	53 707	22 791

* Estimado

Fuente: "Estadística de la economía mexicana", Nacional Financiera, S. A., México, 1974, Secretaría de Programación y Presupuesto, X Censo General de Población y Vivienda, 1980, Resultados Preliminares, 1981.

CUADRO 6**POBLACION AMPARADA
IMSS 1944-1984**

POBLACION		
AÑOS	DERECHONABIENTE	SOLIDARIONABIENTE
1944	355 527	
1950	973 085	
1960	3 360 389	
1970	9 772 492	
1976	16 551 576	3 340 756
1980	24 125 307	8 953 064
1984*	28 361 817	13 652 838

* Al mes de agosto de 1984

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Sumario estadístico, Varios.

CUADRO 7

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL EN MEXICO DE ACUERDO AL TAMAÑO
DE LAS LOCALIDADES.
1940 / 1950 / 1960 / 1970 / 1980¹**

RANGO DE POBLACION/PERIODO	1940			1950			1960			1970 ²			1980 ³		
	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION	TOTAL %	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION	TOTAL %	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION	TOTAL %	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION	TOTAL %	NUMERO DE LOCALIDADES	POBLACION	TOTAL %
CIDADES GRANDES 1'000,000 Y MAS HAB.	1	1 560	7.9	1	2 072	11.1	1	4 910	14.1	3	11 292	22.3	3	10 380	20.5
CIDADES MEDIAS 100,000 1'000,000 HAB.	5	781	4.0	10	1 927	7.5	16	4 059	11.6	32	6 766	12.3	51	12 103	17.4
CIDADES PEQUEÑAS 15,000 99,999 HAB.	49	1 387	6.1	73	2 410	9.4	106	3 778	10.9	143	4 781	9.4	170	6 119	8.3
CENTROS RU-URBA- NOS 2,500 14,999 HAB.	631	1 973	10.0	824	3 940	15.3	1 089	5 288	15.1	1 474	7 656	15.1	1 928	9 934	16.4
CENTROS RURALES 2,500 HAB.	104 002	13 740	70.0	97 417	14 630	56.7	87 793	16 888	48.3	94 254	20 290	29.9	95 410	22 791	32.9
TOTAL	105 488	19 649	100.0	98 335	25 779	100.0	89 003	34 923	100.0	95 906	30 675	100.0	97 363	69 347	100.0

¹ Población en miles de habitantes.

² Censo elaborado en base a la distribución presentada en Villal, L. (1971) — El Desarrollo Urbano en México, Dinámicas e Implicaciones (Icterus), páginas 21 cuadro 1-3 segunda edición, 1972 — El Colegio de México.

³ Población total corregida por Subenumeración y Proyectada al 30/VI/70.-S.P.P.-C.S.N.I.-D.G.I.

⁴ Población Censal Preliminar corregida por Subenumeración y Proyectada al 30/VI/80 — Consejo Nacional de Población-CENAPO — Secretaría 1980-81. La distribución de la población por rangos de población, es resultado de proyecciones propias. 1980 - 2000.

(POR MIL)

AÑO	TASA DE NATALIDAD	TASA DE MORTALIDAD	TASA DE CRECIMIENTO
1897	47.3	34.4	12.9
1902	46.5	33.4	13.1
1907	46.0	32.9	13.1
1912	43.2	46.6	-3.4
1917	40.6	48.3	-7.7
1922	45.3	28.4	16.9
1927	44.3	26.7	17.6
1932	44.6	25.6	19.0
1937	43.5	23.3	20.2
1942	44.6	22.0	22.6
1947	45.0	17.0	28.0
1952	45.1	15.1	30.0
1957	44.9	12.2	32.7
1962	44.4	10.4	34.0
1967	44.3	9.8	34.5
1971	43.9	9.3	34.6
1972	43.2	8.8	34.4
1976	40.0	8.0	32.0
1980	34.4	7.5	26.9
1981	32.9	7.5	25.4
1982	31.5	7.5	24.0
1983	30.5	7.5	23.0

FUENTE:

- 1897-1971 — Aña Francisco, *La Población de México: Evolución y Muestras*, El Colegio de México, 1971.
- 1972 — Ordaz Manuel, "Evolución de la Tasa de Crecimiento de la Población", basada en estadísticas vitales.
- 1976 — CENAPO, *Política Demográfica 1976-1982*.
- 1980 — CENAPO, *México Demográfico, Evolución 1968-1981*.
- 1981-1982 — CENAPO, SPP, *Encuesta Nacional Demográfica, 1982*.
- 1983 — *Comité Técnico Interdisciplinario para la revisión de los niveles actuales de la fecundidad y la mortalidad coordinado por el CENAPO, 1983.*

CUADRO 9**POBLACION TOTAL Y RURAL DEL PAIS, Y COBERTURA DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.****(PERSONAS)**

AÑO	POBLACION DEL PAIS		COBERTURA DEL PROGRAMA		PORCENTAJE			
	TOTAL (1)	RURAL (2)	POTENCIAL (3)	ADSCRITA (4)	1/4	2/3	2/4	4/3
1980	66,846.833	22,326.842	14,088.237	8,953.064	13.4	63.1	40.1	63.5
1981	69,928.717	22,817.740	14,403.488	9,333.400*	13.3	63.1	41.6	64.7
1982	73,010.600	23,108.167	14,878.800	9,653.129	13.2	64.2	41.6	64.8
1983	74,754.515	23,891.670	18,573.843	10,558.364	14.1	80.4	45.7	56.8
1984	76,498.430	22,791.000	18,743.493	13,652.838	17.8	82.2	60.0	72.8

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR
Secretaría de Programación y Presupuesto. X Censo General de Población y Vivienda 1980, México, 1983

Secretaría de Programación y Presupuesto, Consejo Nacional de Población y Centro Nacional de Demografía. México. Estimaciones y proyecciones 1950-2000, México, 1983.

CUADRO 10

**DISTRIBUCION POR ENTIDAD FEDERATIVA DE LA POBLACION TOTAL
Y RURAL DEL PAIS, Y COBERTURA DEL PROGRAMA INSS-COPLAMAR,
1984.**

ENTIDADES	P TOTAL	O RURAL	B L A C I O N POTENCIAL	A B S C R I T A			PORCENTAJE		
				TOTAL	U.M.R.	N.R.S.	1/4	2/3	3/4
AGUASCALIENTES	588,200	293,368	241,268	219,928	169,758	50,178	37.4	82.2	75.0
BAJA CALIFORNIA NORTE	1'369,130	42,475	34,932	6,871	6,871	—	0.5	82.2	16.2
BAJA CALIFORNIA SUR	269,160	7,587	6,240	4,969	4,969	—	1.8	82.2	65.5
CAMPICHE	431,460	144,920	119,103	87,577	74,486	13,091	20.3	82.2	68.4
COAHUILA	1'784,760	362,488	298,113	318,385	138,592	179,793	17.8	82.2	87.8
COLIMA	383,060	127,491	104,850	28,507	28,507	—	7.4	82.2	22.4
CHIAPAS	2'333,800	2'041,875	1'679,254	1'387,346	1'309,887	77,459	59.4	82.2	67.9
CHIHUAHUA	2'077,400	686,690	498,947	297,922	273,273	24,649	14.3	82.2	49.1
DURANGO	1'260,200	588,498	416,548	229,773	232,685	7,168	18.2	82.2	45.4
GUANAJUATO	3'463,930	608,902	500,766	386,978	276,438	110,528	11.2	82.2	63.5
GUERRERO	2'492,230	1'358,091	1'112,242	670,288	643,341	26,947	26.9	82.2	49.3
HALAGO	1'476,730	1'367,607	1'120,868	824,620	737,876	86,644	49.2	82.2	68.2
JALISCO	4'712,630	939,049	772,298	589,353	454,713	134,640	12.5	82.2	62.7
ESTADO DE MEXICO	9'361,330	1'048,568	882,588	1'189,371**	752,831	436,440	12.7	82.2	100.0
MICHOACAN	3'419,430	1'169,258	979,184	547,569	508,126	67,443	16.6	82.2	48.5
MORELOS	1'073,400	433,570	356,572	363,080	117,072	244,936	33.7	82.2	83.5
MAYARIT	809,200	371,278	305,342	143,166	143,166	—	17.7	82.2	38.6
NUEVO LEON	2'762,460	279,011	229,461	175,411	147,823	28,888	6.3	82.2	62.9
OAXACA	2'755,260	2'364,911	1'936,420	1'526,675	1'434,347	92,228	55.4	82.2	64.5
PUEBLA	3'663,330	1'641,136	1'349,683	1'153,787	885,474	348,233	31.5	82.2	70.3
QUERETARO	849,200	485,304	399,118	327,932	258,198	77,742	38.6	82.2	67.6
QUINTANA ROO	301,230	108,440	89,182	85,885	85,885	—	28.3	82.2	79.2
SAN LUIS POTOSI	1'860,830	1'049,321	879,418	640,918	611,887	29,831	34.4	82.2	59.9
SINALOA	2'189,600	681,852	494,968	378,262	387,489	62,083	16.9	82.2	61.5
SONORA	1'685,430	277,049	227,847	199,731	182,249	17,472	11.8	82.2	72.1
TABASCO	1'349,430	736,769	605,925	135,853	135,853	—	18.0	82.2	18.3
TAMAULIPAS	2'138,530	488,194	325,782	123,678	118,874	5,896	5.8	82.2	38.3
TLAXCALA	612,730	172,517	224,128	189,386	135,468	83,838	28.9	82.2	69.4
VERACRUZ	5'996,460	1'668,381	1'365,518	735,953	681,149	84,804	12.3	82.2	44.3
YUCATAN	1'154,200	318,886	256,951	152,348	152,348	—	13.2	82.2	49.1
ZACATECAS	1'238,530	666,340	548,883	321,266	440,122	81,144	42.1	82.2	78.2
DISTRITO FEDERAL	18'433,160	488,842	394,798	—	—	—	—	—	—
REPUBLICA MEXICANA	74'498,420	22'791,888	18'745,493	13'852,838	11'941,163	2,811,675	17.8	82.2	59.9

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria INSS-COPLAMAR
Secretaría de Programación y Presupuesto. II Consejo General de Población y Vivienda, 1980, México, 1982.
Secretaría de Programación y Presupuesto, Consejo Nacional de Población y Centro Nacional de
Demografía. México: Estimaciones y proyecciones 1950-2000, México, 1983.

CUADRO 11**RECURSOS HUMANOS DEL PROGRAMA INSS-COPLAMAR, 1984.
(PLAZAS)**

ADSCRIPCION	TOTAL	
	ABSOLUTO	%
COORDINACION CENTRAL*	294	1.8
DELEGACIONES*	674	4.1
HOSPITALES RURALES**	5 984	36.6
UNIDADES MEDICAS RURALES**	9 411	57.5
TOTAL	16 363	100.0

* Personal Administrativo del Programa

** Personal Médico y Paramédico del Programa.

Nota: Existen 46 083 promotores voluntarios de nivel comunitario sin retribución económica.

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.
INSS-COPLAMAR.

CUADRO 12**UNIDADES MEDICAS EN OPERACION DEL
PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.
(UNIDADES)**

AÑO	HOSPITAL RURAL "S"	UNIDAD MEDICA RURAL	TOTAL
1980	41	2 105	2 146
1981	44	3 024	3 068
1982	60	3 025	3 085
1983	61	3 034	3 095
1984	73	3 034	3 107

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR

CUADRO 13

**NUMERO DE CAMAS EN SERVICIO EN LOS HOSPITALES RURALES "S"
DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.**

(UNIDADES)

AÑO	CAMAS
1980	1 374
1981	1 718
1982	2 245
1983	2 404
1984	2 440

**Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por
Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.**

CUADRO 14**PRESUPUESTO TOTAL EJERCIDO POR EL PROGRAMA
IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.****(MILES DE MILLONES DE PESOS)**

AÑO	OPERACION	INVERSION	TOTAL
1980	1,129.0	1,016.0	2,145.0
1981	2,032.6	1,383.9	3,416.5
1982	7,041.4	1,809.5	8,931.9
1983	8,429.2	1,911.5	10,340.7
1984	11,108.7	2,535.8	13,644.5*

* Presupuesto considerado insuficiente en 1,443.5 millones de pesos.

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

CUADRO 15**PRESUPUESTO TOTAL NOMINAL Y REAL EJERCIDO
POR EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.****(MILES DE MILLONES DE PESOS)**

AÑO	PRESUPUESTO	
	NOMINAL	REAL*
1980	2,145.0	2,145.0
1981	3,416.5	2,593.9
1982	8,931.9	3,887.7
1983	10,340.7	2,724.1
1984	13,644.5	2,163.4

* A precios de 1980.

Fuente: Coordinación General del programa de solidaridad social por cooperación comunitaria
IMSS-COPLAMAR.

CUADRO 16**COSTO POR SOLIDARIANTE DEL PROGRAMA****IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.****(PESOS)**

AÑO	COSTO POR SOLIDARIANTE	
	NOMINAL	REAL *
1980	239.58	239.58
1981	366.05	302.73
1982	925.28	258.00
1983	979.38	161.49
1984	999.38	158.46

* A precios de 1980.

Fuente: Estimado

CUADRO 17**SERVICIOS BASICOS OTORGADOS POR EL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.****(UNIDADES)**

AÑO	CONSULTAS EXTERNAS	EGRESOS HOSPITALARIOS	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	PARTOS	ESTUDIOS DE LABORATORIO CLINICO	ESTUDIOS DE RAYOS X	CURACIONES
1980	6'392,765	73,150	19,639	40,231	630,072	125,425	941,646
1981	6'538,004	62,847	20,639	42,380	353,861	102,487	1'176,971
1982	7'088,684	80,249	28,295	55,037	527,767	129,849	1'397,089
1983	8'164,222	104,076	38,376	65,712	756,742	172,604	1'405,004
1984*	8'152,848	116,460	49,536	72,054	850,740	192,372	1'591,200

* Anualizado.

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR.

**PORCENTAJE DE OCUPACION, PROMEDIO DIAS-ESTANCIA
Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LOS HOSPITALES RURALES "S"
DEL PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.**

CONCEPTO		1980	1981	1982	1983	1984
	GENERAL	42.0	53.9	67.4	79.4	82.6
PORCENTAJE	CIRUGIA	32.2	47.1	63.9	58.5	73.7
DE	GINECO-OBSTETRICIA	44.6	58.9	80.8	101.4	91.3
OCUPACION	MEDICINA INTERNA	47.4	56.4	62.4	72.4	79.2
	PEDIATRIA	42.2	51.7	59.7	69.5	69.2
PROMEDIO	GENERAL	4.0	4.1	4.0	3.7	3.8
DE DIAS	CIRUGIA	5.4	6.0	5.9	5.1	5.7
	GINECO-OBSTETRICIA	2.6	2.6	2.6	2.6	2.4
ESTANCIA	MEDICINA INTERNA	5.8	5.9	5.9	5.6	6.5
	PEDIATRIA	5.5	5.5	5.3	5.1	5.6
	MORTALIDAD HOSPITALARIA (Porcentaje por 100 egresos)	3.3	3.0	2.8	4.4	2.3

Fuente: Coordinación General del Programa de Seguridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR

CUADRO 19**ACCIONES DE MEDICINA PREVENTIVA DEL PROGRAMA
INSS-COPLAMAR, 1980-1984.****(UNIDADES)**

AÑO	DOSIS APLICADAS	DETECCIONES	EDUCACION PARA LA SALUD	
			SESIONES	ASISTENTES
1980	1'683,859	---	---	---
1981	3'169,925	983,960	325,376	2'493,497
1982	4'601,856	1'852,617	598,194	2'704,958
1983	8'364,749	2'178,806	468,196	5'175,992
1984*	10'000,000	1'716,872	---	---

* Estimado en base al presupuesto de metas para 1984

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria INSS-COPLAMAR.

CUADRO 20**SANEAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR PROMOVIDO POR EL
PROGRAMA IMSS-COPLAMAR, 1980-1984.
(FAMILIAS)**

AÑO	USO ADECUADO DEL AGUA	DISPOSICION EXCRETAS	DISPOSICION DESECHOS	MEJORAMIENTO DE LA VIVIENDA
1980	124,212	87,122	55,221	144,409
1981	294,621	224,908	203,624	283,303
1982	363,207	233,044	300,866	272,502
1983	431,792	241,179	398,107	261,700
1984*	551,289	314,140	505,929	325,746

* Estimado.

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR

CUADRO 21**LOCALIDADES DE ACCION INTENSIVA Y GRUPOS DE APOYO
PARA PROMOCION DE LA SALUD, 1980-1984.
(UNIDADES)**

CONCEPTO	1980	1981	1982	1983	1984
Localidades de Acción Intensiva	8,416	11,778	11,713	11,715	13,363**
Comités de Salud	7,325	11,969	10,996	10,362	12,182**
Promotores voluntarios	8,841	15,024	17,008	42,000*	46,083**
Parteras empíricas controladas	3,202	6,143	8,115	12,061*	14,517**
Pláticas proporcionados a grupos organizados	117,740	225,450	175,767	182,067*	211,080**

* Cifras preliminares.

** Estimado

Fuente: Coordinación General del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR

**PARTICIPACION PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO Y EN EL GASTO PUBLICO FEDERAL DE MEXICO.**

1971-1983

(Millones de pesos)

AÑOS	P.I.B.	GASTO PUBLICO FEDERAL	% DEL P.I.B.	GASTO PUBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	% DEL P.I.B.	% DEL G.P.F.
1971	490 011	121 331	24.76	21 036	4.29	17.34
1972	564 727	148 768	26.34	27 300	4.83	18.40
1973	690 891	204 033	29.53	32 946	4.77	16.15
1974	899 707	276 483	30.73	44 764	4.97	16.19
1975	1 100 030	400 630	36.42	57 242	5.20	14.29
1976	1 370 960	483 798	35.29	76 822	5.60	15.88
1977	1 849 263	730 593	39.51	86 760	4.69	11.87
1978	2 337 398	937 397	40.10	102 676	4.39	10.93
1979	3 067 526	1 266 878	41.30	128 400	4.19	10.14
1980	4 276 490	2 018 598	47.20	178 371	4.17	8.84
1981	5 038 226	2 761 126	47.13	261 019	4.45	9.43
1982	6 417 089	3 514 776	58.40	423 864	4.50	7.67
1983	17 428 989	8 492 540	48.70	639 782	3.70	7.50
TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL	34.71%	42.50%		32.90%		

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto. Sistema de Cuentas Nacionales de México, México, 1983.
Presidencia de la República. Segundo Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social, México, 1984.

CUADRO 23**PARTICIPACION PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO Y EN EL GASTO PUBLICO FEDERAL DE MEXICO. 1971-1983.****(Millones de pesos a precios de 1970)**

AÑOS	P.I.B.	GASTO PUBLICO FEDERAL	GASTO PUBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
1971	462 804	114 571	19 844
1972	502 086	132 238	24 338
1973	544 307	160 783	25 962
1974	577 568	177 460	28 732
1975	609 976	222 213	31 748
1976	635 831	224 396	35 632
1977	657 722	259 813	38 853
1978	711 983	285 618	31 285
1979	777 163	320 972	32 551
1980	841 855	396 893	35 871
1981	910 253	429 013	40 550
1982	983 839	586 740	45 097
1983	861 769	447 566	33 717
T.M.A.	5.31%	12.02%	4.80%

Fuente: Cuadro número 22

**PRODUCTO INTERNO BRUTO Y GASTO PÚBLICO EN
SALUD POR HABITANTE EN MÉXICO.
1971-1983**

(Millones de pesos a precios de 1970)

AÑOS	P.I.B.	POBLACION TOTAL	PRODUCTO PER-CAPITA (PESOS EN UNIDADES)	GASTO PÚBLICO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL PER-CAPITA (PESOS EN UNIDADES)
1971	462 804	52 418 200	8 829.07	378.95
1972	502 886	54 195 250	9 264.39	449.88
1973	544 307	56 021 600	9 716.02	463.43
1974	577 568	57 898 300	9 975.56	496.25
1975	609 976	59 826 300	10 195.78	530.67
1976	635 831	61 800 600	10 288.42	576.56
1977	657 722	63 821 500	10 305.64	483.43
1978	711 983	65 843 600	10 813.26	475.14
1979	777 163	67 899 000	11 445.80	479.40
1980	841 855	66 846 000	12 593.80	520.37
1981	910 253	69 928 700	13 016.87	569.58
1982	903 839	73 010 600	12 379.56	617.67
1983	861 769	74 754 500	11 527.99	451.04
TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL	5.31%	3.02%	2.21%	1.43%

Fuente: Cuadros números 21 y 22

Consejo Nacional de Población, Métricas Demográficas. Boletín 1980-1981, México, 1982.

CUADRO 25

**RELACION ENTRE LO EJERCIDO EN INVERSION PUBLICA FEDERAL
Y EN INVERSION DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
DE 1978 A 1983**

(Millones de pesos)

CONCEPTOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL
Gasto de Inversión Pública Federal	217 381.6	313 750.7	486 177.7	758494.8	101 604.2	1 365 427.2	44.4
Incremento anual en %:		44.3	54.9	56.0	33.9	34.4	
Gasto de Inversión del Sector Salud y Seguridad Social	6 224.5	9 535.8	16 050.6	35 278.1	42 870.5	38 233.1	43.8
Incremento anual en %:		53.2	68.3	119.8	21.5	-10.8	
Inversión Sector Salud y Seguridad Social/Inversión Pública Federal %:	2.9	3.0	3.3	4.6	4.2	2.8	

Fuente: Presidencia de la República. Tercero, Cuarto, Quinto, Sexto, Primero y Segundo Informes de Gobierno. Anexas Sector Salud y Seguridad Social. México, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983 y 1984.

CUADRO 26

**RELACION ENTRE LO EJERCIDO EN INVERSION PUBLICA FEDERAL
Y EN INVERSION DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
DE 1978 A 1983**

**(Millones de pesos a precios constantes)
Base 1970 = 100**

CONCEPTOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL
Gasto de Inversión Pública Federal	66 234	79 491	95 591	117 852	108 101	71 959	1.67
Incremento anual en %:		20.0	20.3	23.3	-8.3	-33.4	
Gasto de Inversión del Sector Salud y Seguridad Social							
Social	1 897	2 416	3 156	5 401	4 561	2 015	1.21
Incremento anual en %:		27.4	30.6	73.7	-16.8	-55.8	
Inversión Sector Salud y Seguridad Social/Inver- sión Pública Federal %:	2.9	3.0	3.3	4.6	4.2	2.8	

Fuente: Presidencia de la República. Tercero, Cuarto, Quinto, Sexto, Primero y Segundo Informes de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. México, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983 y 1984.

CUADRO 27

**INGRESOS PERCIBIDOS POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES
QUE INTEGRAN EL SECTOR SALUD EN MEXICO, 1976-1980.
(MILLONES DE PESOS)**

INSTITUCION	1976		1977		1978		1979		1980		SUMA	
	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%
IMSS	35 116	60.15	49 886	60.91	58 746	57.39	74 857	56.34	101 919	59.39	320 514	58.58
ISSSTE	18 813	32.22	25 017	30.55	33 871	33.09	45 123	33.96	53 720	31.30	176 544	32.27
SSA	3 747	6.42	5 822	7.11	7 779	7.60	10 209	7.68	12 602	7.35	40 159	7.34
DIF	708	1.21	1 176	1.43	1 968 ¹	1.92	2 678	2.02	3 368	1.96	9 898	1.81
SUMA:	58 384	100.00	81 901	100.00	102 364	100.00	132 867	100.00	171 609	100.00	547 125	100.00

Nota: ¹ A partir de este año se establece el DIF con la fusión del INPI y el IMAN.

Fuente: S.P.P. Cuentas de la Nación Pública Federal. Tomo 1. 1976-1980. México.

CUADRO 28

ESTRUCTURA DE INGRESOS DEL IMSS E ISSSTE DURANTE EL PERIODO 1976-1980.

(MILLONES DE PESOS)

AÑOS	INGRESOS CORRIENTES ¹		INGRESOS DE CAPITAL ²		INGRESOS ORDINARIOS		FINANCIAMIENTOS		TRANSFERENCIAS FEDERALES						INGRESOS TOTALES	
	A		B		C		D		E		F		G		H	
	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE
1976	28 639	9 523	1 067	4 521	29 706	14 044	1 850	---	---	4 469	3 560	300	3 560	4 769	35 116	18 813
%	81.55	50.62	3.04	24.03	84.59	74.65	5.27	---	---	23.76	10.14	1.59	10.14	25.35	100.00	100.00
1977	39 928	11 160	1 537	5 254	41 465	16 414	3 250	---	3 133	7 224	2 038	1 379	5 171	8 603	49 886	25 017
%	80.04	44.61	3.08	21.00	83.12	65.61	6.51	---	6.28	28.88	4.09	5.51	10.37	34.39	100.00	100.00
1978	51 048	15 692	1 542	9 391	52 590	25 083	---	---	3 723	6 077	2 433	2 711	6 156	8 788	58 746	33 871
%	86.90	46.33	2.62	27.72	89.52	74.05	---	---	6.34	17.94	4.14	8.01	10.48	25.95	100.00	100.00
1979	65 106	19 264	1 570	13 851	66 676	33 115	---	---	4 467	8 805	3 714	3 203	8 181	12 008	74 857	45 123
%	86.97	42.69	2.10	30.70	89.07	73.39	---	---	5.97	19.51	4.96	7.10	10.93	26.61	100.00	100.00
1980	85 329	22 267	6 764	15 549	92 093	37 816	---	---	1 940	8 390	7 886	7 514	9 826	15 904	101 919	53 720
%	89.72	41.45	6.64	28.94	90.36	70.39	---	---	1.90	15.62	7.74	13.99	9.64	29.61	100.00	100.00

Notas: ¹ Incluye cuotas obrero-patronales, ingresos por cuenta de terceros e ingresos diversos.

² Se refiere a erogaciones recuperables y venta de inversiones.

³ Son los recursos destinados a financiar parte de las prestaciones económicas y en apoyo de la seguridad social.

⁴ Es importe de la ayuda o fomento de trabajos, obras o construcciones.

Fuente: S.P.F. Cuenta de la Hacienda Pública Federal. Tomo 1. 1976 a 1980. México.

CUADRO 29

**TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE LA FEDERACION A LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
Y AL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, DE 1976 A 1980**

(MILLONES DE PESOS)

APORTACIONES OTORGADAS A LAS INSTITUCIONES	1976		1977		1978		1979		1980	
	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%
SSA. (RAMO PRESUPUESTAL):	2 652	100.0	5 144	100.0	6 403	100.0	8 489	100.0	11 173	100.0
ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO A LA DE- FICIENCIA PUBLICA	815	30.7	1 241	24.1	934	14.1	1 418	16.7	3 615	32.4
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS COORDINA- DOS DE SALUD PUBLICA EN LOS ESTADOS	1 116	42.1	2 245	43.6	3 561	55.9	4 732	55.7	2 492	22.3
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E IN- VESTIGACION EN SALUD PUBLICA	44	1.6	104	2.1	157	2.4	178	2.0	161	1.4
COMISION NACIONAL PARA LA ERRADICACION DEL PALUDISMO	280	10.6	510	9.9	695	10.5	758	8.9	984	8.1
INSTITUTOS Y HOSPITALES COORDINADOS SEC- TORIALMENTE POR LA SSA ¹	321	12.1	706	13.7	888	13.3	1 018	12.0	1 267	11.3
AYUDA AL SOSTENIMIENTO DE DIVERSAS ENTI- DADES EN LA REPUBLICA ²	76	2.9	338	6.6	376	5.8	393	4.7	2 734	24.5
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO IN- TEGRAL DE LA FAMILIA:										
INPI:	391		427							
MIRAN:	178		532							
SUMA:	569	100.0	959	100.0	1698	100.0	2 329	100.0	2 507	100.0

NOTAS: ¹ Instituto Hospital de Enfermedades de la Nutrición, Hospital General "Dr. Manuel González", Hospital Infantil de México, Institu-
tos Nacionales de Cardiología, Neurología, Oncología y de la Senectud, y Centro Materno Infantil "General Maximiliano Avila Camacho".

² Involucra al Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, Asistencia Médica en el D. F., Farmacias para Empleados, Hospita-
les, Guarderías y Asociaciones Civiles, Central de Tuberculosis e Infecciones del Aparato Respiratorio y Otras; Subsecretarías, Di-
recciones Generales e Instituto Mexicano de Psiquiatría.

³ En ese año se crea el SNF con la fusión del INPI y el MIRAN.

Fuente: S.P.P. Cuento de la Hacienda Pública Federal. Tomo I. 1976-1980. México.

(Millones de pesos)

PROGRAMAS BASICOS DE SALUD	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR POR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. ATENCION PREVENTIVA	610	608	1 065	1 217	3 450	7.9
	17.4	17.4	30.4	34.8	100.0	
01 CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR YACUNACION	398	--	--	34	432	1.0
02 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	--	--	--	--	--	--
03 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	17	--	--	--	17	0.1
04 PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	122	59	--	--	181	0.4
	73	549	1 065	1 183	2 870	6.5
2. ATENCION CURATIVA	27 524	4 798	4 960	596	37 877	85.8
	72.7	12.7	13.1	1.6	100.0	
01 CONSULTA EXTERNA GENERAL	5 461	2 303	--	--	7 965	19.1
02 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	9 035	--	--	--	9 035	20.5
03 HOSPITALIZACION GENERAL	5 224	2 495	--	--	7 719	17.5
04 HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	5 936	--	--	--	5 936	13.5
	1 667	--	4 960	596	7 222	16.4
3. FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1 402	439	541	93	2 475	5.6
	56.7	17.7	21.9	3.8	100.0	
4. CAPACITACION DE LA POBLACION	8	8	174	--	280	0.6
	31.4	6.3	62.4	--	100.0	
01 ORIENTACION E INFORMACION	--	--	--	--	--	--
02 EDUCACION PARA LA SALUD	--	--	--	--	--	--
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS POR INSTITUCION	29 624	5 862	6 740	1 906	44 132	100.0
ABSOLUTO	67.1	13.3	13.3	4.3	100.0	
RELATIVO						
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	52 421	35 003	12 461	1 991	102 676	
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS/ PRESUPUESTO TOTAL	56.3	16.3	34.1	95.0	49.0	

CUADRO 31 PRESUPUESTO TOTAL EJERCIDO Y EN PROGRAMAS DE SALUD POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 1979.

(Millones de pesos)

PROGRAMAS BASICOS DE SALUD	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR POR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DIF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. ATENCION PREVENTIVA	1 524	285	1 511	944	4 264	9.2
	35.7	7.6	35.4	22.2	100.0	
01 CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	137	23	462	39	660	1.4
02 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	96	27	225	--	348	0.7
03 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	155	22	61	--	238	0.5
04 PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	280	18	127	--	426	0.9
05 OTROS	857	194	637	905	2 592	5.6
2. ATENCION CURATIVA	25 451	6 462	5 914	460	38 288	83.3
	66.4	16.8	15.4	1.2	100.0	
01 CONSULTA EXTERNA GENERAL	6 275	1 269	1 173	--	8 717	18.9
07 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	3 818	442	940	--	5 200	11.3
03 HOSPITALIZACION GENERAL	3 634	4 722	3 721	--	12 077	26.3
04 HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	10 269	--	--	--	10 269	22.3
05 OTROS	1 454	29	80	460	2 024	4.4
3. FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1 968	166	665	51	2 850	6.2
	69.0	5.8	23.3	1.7	100.0	
4. CAPACITACION DE LA POBLACION	143	8	361	--	512	1.1
	27.9	1.5	70.5	--	109.0	
01 ORIENTACION E INFORMACION	114	2	32	--	148	0.3
02 EDUCACION PARA LA SALUD	29	5	47	--	82	0.1
	--	--	282	--	282	0.6
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS POR INSTITUCION	29 086	6 921	8 451	1 435	45 913	100.0
ABSOLUTO	63.3	15.0	18.4	3.1	100.0	
RELATIVO						
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	67 370	43 498	16 030	2 585	128 481	
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS/ PRESUPUESTO TOTAL	43.1	16.2	52.7	56.2	35.7	

CUADRO 32 PRESUPUESTO TOTAL EJERCIDO Y EN PROGRAMAS DE SALUD POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 1980.

(Millones de pesos)

PROGRAMAS BASICOS DE SALUD	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR POR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DIF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. ATENCION PREVENTIVA	1 944	407	3 622	111	6 084	9.2
	31.95	6.69	59.53	1.83	100.00	
01 CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	191	196	1 281	2	1 670	2.5
02 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	172	50	1 050	--	1 272	1.9
03 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	236	31	23	--	290	0.4
04 PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	358	64	264	--	686	1.0
05 OTROS	987	66	1 004	109	2 166	3.2
2. ATENCION CURATIVA	37 107	11 673	6 408	800	55 996	84.8
	66.27	20.85	11.44	1.44	100.00	
01 CONSULTA EXTERNA GENERAL	11 020	3 988	1 188	86	16 282	24.6
02 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	5 078	2 078	857	332	8 345	12.6
03 HOSPITALIZACION GENERAL	5 394	5 083	4 220	2	14 699	22.2
04 HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	13 235	--	--	328	13 563	20.5
05 OTROS	2 380	524	143	60	3 107	4.7
3. FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	2 359	661	390	178	3 498	5.3
	67.44	18.90	8.57	5.09	100.00	
4. CAPACITACION DE LA POBLACION	186	12	145	74	417	0.6
	44.60	2.88	34.77	17.75	100.00	
01 ORIENTACION E INFORMACION	146	2	33	4	185	0.2
02 EDUCACION PARA LA SALUD	40	10	91	70	211	0.3
03 OTROS	--	--	21	--	21	0.0
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS POR INSTITUCION						
ABSOLUTO	41 596	12 753	10 475	1 171	65 995	100.0
RELATIVO	63.83	19.32	15.87	1.78	100.00	
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	91 388	63 811	19 486	3 706	178 391	
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS/ PRESUPUESTO TOTAL	45.52	19.99	53.76	31.60	37.00	

(Millones de pesos)

PROGRAMAS BASICOS DE SALUD	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR POR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DIF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. ATENCION PREVENTIVA	2 713	1 397	4 425	145	8 680	9.2
	31.3	16.1	51.0	1.7	100.0	
01 CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	338	516	1 048	3	1 095	2.0
02 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	272	171	656	N.D.	1 099	1.2
03 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	392	333	225	N.D.	950	1.0
04 PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	647	173	324	N.D.	1 144	1.2
2. ATENCION CURATIVA	52 960	15 108	9 892	1 081	79 041	83.5
	67.0	19.1	12.5	1.4	100.0	
01 CONSULTA EXTERNA GENERAL	16 654	3 791	2 099	64	22 517	23.8
02 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	5 745	3 040	2 169	413	11 387	12.0
03 HOSPITALIZACION GENERAL	6 909	7 205	4 154	1.0	18 269	19.3
04 HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	19 709	N.D.	1 404	498	21 611	22.8
3. FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	3 563	73	1 688	323	5 647	6.0
	63.1	1.3	29.9	5.7	100.0	
4. CAPACITACION DE LA POBLACION	309	214	631	97	1 251	1.3
	24.7	17.1	50.4	7.7	100.	
01 ORIENTACION E INFORMACION	242	128	360	10	740	0.8
02 EDUCACION PARA LA SALUD	67	86	271	87	511	0.5
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS POR INSTITUCION	59 345	16 792	16 636	1 646	94 619	100.0
ABSOLUTO	62.9	17.7	17.6	1.7	100.0	
RELATIVO						
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	152 417	75 785	28 468	4 349	261 019	
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS/ PRESUPUESTO TOTAL	39.1	22.2	28.4	27.8	36.2	

CUADRO 34 PRESUPUESTO TOTAL EJERCIDO Y EN PROGRAMAS DE SALUD POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 1982.

(Millones de pesos)

PROGRAMAS BASICOS DE SALUD	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR POR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DIF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. ATENCION PREVENTIVA	4 023	1 150	9 059	347	14 587	8.1
	27.6	7.9	62.1	2.4	100.0	
01 CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	536	248	2 141	15	2 940	1.6
02 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	417	91	2 094	--	2 602	1.4
03 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	675	139	564	--	1 398	0.8
04 PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	650	127	821	--	1 598	0.9
2. ATENCION CURATIVA	112 032	24 136	15 335	1 923	153 426	85.2
	73.0	15.7	10.0	1.2	100.0	
01 CONSULTA EXTERNA GENERAL	30 024	6 665	4 741	42	41 472	23.0
02 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	7 116	3 940	3 390	695	15 141	8.4
03 HOSPITALIZACION GENERAL	44 199	11 345	4 131	131	59 806	--
04 HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	19 293	N.D.	--	--	--	--
3. FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	5 612	1 15	3 166	221	10 014	5.6
	56.8	10.1	31.6	2.2	100.0	
4. CAPACITACION DE LA POBLACION	4.9	170	1 166	129	1 960	1.1
	25.2	8.7	59.5	6.6	100.	
01 ORIENTACION E INFORMACION	391	70	261	6	728	0.4
02 EDUCACION PARA LA SALUD	104	100	905	123	1 232	0.7
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS POR INSTITUCION						
ABSOLUTO	122 162	26 479	28 726	2 620	179 987	100.0
RELATIVO	67.9	14.7	16.0	1.4	100.0	
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	256 715	115 562	45 313	6 274	423 864	
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS/ PRESUPUESTO TOTAL	47.6	22.9	63.4	41.7	42.5	

(Millones de pesos)

PROGRAMAS BASICOS DE SALUD	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR POR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. ATENCION PREVENTIVA	5 366	1 167	8 447	517	15 497	6.04
	34.6	7.5	54.5	3.3	100.0	
01 CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	889	248	2 574	14	3 725	1.45
02 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	640	99	1 701	--	2 440	0.93
03 DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	1 060	166	134	--	1 360	0.53
04 PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	827	180	675	--	1 682	0.65
2. ATENCION CURATIVA	167 999	32 623	24 090	760	225 472	87.82
	74.5	14.5	10.7	0.3	100.0	
01 CONSULTA EXTERNA GENERAL	48 275	10 287	7 087	48	65 697	25.59
02 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	13 942	5 510	4 349	615	24 416	9.51
03 HOSPITALIZACION GENERAL	64 891	14 205	7 603	--	86 699	33.77
04 HOSPITALIZACION ESPECIALIZADA	31 615	--	4 493	16	36 124	14.07
3. FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	9 033	786	3 383	83	13 285	5.17
	68.0	5.9	23.5	0.6	100.0	
4. CAPACITACION DE LA POBLACION	916	189	1 186	193	2 484	0.97
	36.9	9.1	47.7	7.8	100.	
01 ORIENTACION E INFORMACION	603	75	150	11	839	0.33
02 EDUCACION PARA LA SALUD	313	114	1 036	182	1 645	0.64
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS POR INSTITUCION						
ABSOLUTO	183 314	34 765	37 106	1 553	256 738	100.0
RELATIVO	71.4	13.5	14.6	0.6	100.0	
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	400 260	163 936	60 646	6 032	639 782	
PRESUPUESTO DE PROGRAMAS BASICOS/ PRESUPUESTO TOTAL	44.9	21.3	61.2	22.4	40.1	

**PRESUPUESTO TOTAL EJERCIDO Y EN PROGRAMAS BASICOS DE SALUD DURANTE EL PERIODO
1981-1983, POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

(MILLONES DE PÉSO)

	PRINCIPALES INSTITUCIONES				PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR PROGRAMA	
	IMSS	ISSSTE	SSA	DF	ABSOLUTO	RELATIVO
1. — ATENCION PREVENTIVA	12102	3722	21931	1009	38764	7.3
	31.2	9.6	56.6	2.6	100	
1981	2713	1397	4425	145	8680	
1982	4023	1158	9059	347	14587	
1983	5366	1167	8447	517	15497	
2. — ATENCION CURATIVA	332991	71867	49317	3764	457939	86.2
	72.6	15.6	10.8	1.0	100	
1981	52960	15108	9892	1081	79041	
1982	112032	24136	15335	1923	153426	
1983	167999	32623	24099	760	225472	
3. — FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	18208	1874	8237	627	28946	5.4
	62.9	6.4	28.8	2.2	100	
1981	3563	73	1688	323	5647	
1982	5612	1015	3166	221	10014	
1983	9033	786	3383	83	13285	
4. — CAPACITACION DE LA POBLACION	1720	573	2983	419	5695	1.1
	30.2	10.0	52.4	7.4	100.0	
1981	309	214	631	97	1251	
1982	495	170	1166	129	1960	
1983	916	189	1186	193	2484	
PRESUPUESTO TOTAL POR INSTITUCION	365021	78036	82468	5819	531344	100.0
	68.7	14.7	15.5	1.1	100	
1981	59545	16792	16636	1646	94619	
1982	122162	26479	28726	2620	179987	
1983	183314	34765	37106	1553	256738	

fuente: Presidencia de la República. Sexto, Primero y Segundo Informes de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. México 1982, 1983 y 1984.

**POBLACION AMPARADA POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES
DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL 1984.***

(Millones de personas)

INSTITUCION	POBLACION	
	TOTAL	PORCENTAJE
IMSS ¹	28.4	37.1
SSA ²	13.0	17.0
ISSSTE ³	6.0	7.9
PEMEX ⁴	0.7	0.9
SEDENA ⁴	0.5	0.7
SECRETARIA DE MARINA ⁴	0.3	0.4
PROGRAMA DE SOLIDARIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-COPLAMAR	13.7	17.8
OTRAS INSTITUCIONES, SERVICIOS PRIVADOS ⁵	3.7	4.8
POBLACION SIN ATENCION MEDICA ⁵	18.2	23.3
TOTAL	76.5	100.0

Fuente:

* Estimado

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social: Informe Mensual de la Población Derechohabiente. Agosto, 1984.

² Catálogo de Entidades Médicas de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública del Distrito Federal y de los Estados, 1983.

³ Proyecciones sobre el Anuario del ISSSTE, 1982.

⁴ Secretaría de Programación y Presupuesto. Coordinación General del Sistema Nacional de Información. Dirección General de Estadística. 1976-1982. Proyección para 1984.

⁵ Datos obtenidos por diferencia.

**PARTICIPACION PORCENTUAL DE LOS PROGRAMAS BASICOS DE SALUD* EN EL GASTO DEL SECTOR PUBLICO Y EN EL PRODUCTO INTERNO BRUTO DE MEXICO, 1981-1983.
(MILLONES DE PESOS)**

<u>CONCEPTO</u>	1981	1982	1983	TASA DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL
<u>ABSOLUTOS</u>				
Programas Básicos de Salud	94 619	179 987	256 738	64.7
Presupuesto Ejercido de la Federación	2 760 630	5 314 766	8 492 540	75.4
Producto Interno Bruto	5 858 226	9 417 089	17 428 988	72.2
<u>RELATIVOS</u>				
Programas Básicos de Salud				
En relación al Presupuesto	3.4	3.3	3.0	
En Relación al PIB	1.6	1.9	1.5	
Presupuesto Ejercido de la Federación				
En relación al PIB	47.0	58.6	48.7	

* Los programas básicos de salud comprenden: atención preventiva, atención curativa, formación y desarrollo de recursos humanos para la salud y capacitación de la población.

FUENTES: Presidencia de la República. Cuarto, Primero y Segundo Informes de Gobierno, 1982, 1983 y 1984.
PIB. Secretaría de Programación y Presupuesto. Sistema de Cuentas Nacionales, México, 1982 y 1983.

CUADRO 39

**SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
METAS SECTORIALES DE OPERACION POR SUBPROGRAMA, 1981.**

(MILES)

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	SECTOR		IMSS		SSA		ISSSTE		DIF	
	ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.	
ATENCION PREVENTIVA										
CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	48 433.8 (dosis)	100	31 244	64.5	15 021	31.0	2 113	4.4	55.8	0.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	5 967 (consultas)	100	1 396	23.4	3 326	55.8	1 235	20.8	N.D.	--
DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	8 773 (consultas)	100	6 741	76.8	1 455	16.6	577	6.6	N.D.	--
PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	3 406 (consultas)	100	647	19.0	2 630	77.2	129	3.8	N.D.	--
ATENCION CURATIVA										
CONSULTA EXTERNA GENERAL	51 972.9 (consultas)	100	39 705	76.4	8 353	16.1	3 791	7.3	123.9	0.2
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	20 485.6 (consultas)	100	11 677	57.0	5 466	26.7	3 040	14.8	302.6	1.5
HOSPITALIZACION GENERAL	9 408.2 (egresos)	100	1 688	17.9	336.2	3.6	7 203	76.6	179	1.9
FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS										
FORMACION Y DESARROLLO DE PROFESIONALES Y TECNICOS	73.0 (personas)	100	17.2	23.6	33.7	46.2	17.3	24.0	3.4	3.6
CAPACITACION DE LA POBLACION										
EDUCACION PARA LA SALUD	4 189 (personas)	100	67	1.6	3 079	85.4	340	13.0	N.D.	--

FUENTE: Presidencia de la República. Sexto Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. México, 1982.

SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
METAS SECTORIALES DE OPERACION POR SUBPROGRAMA, 1982.

(MILES)

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	SECTOR		IMSS		SSA		ISSSTE		DIF	
	ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.		ABSOLUTO REL.	
ATENCION PREVENTIVA										
CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION	47 613 (dosis)	100	27 767	58.3	17 453	36.6	2 832	5.9	61.8	0.1
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	4 511 (consultas)	100	1 308	29.0	1 657	36.7	1 546	34.3	N.D.	--
DETECCION OPORTUNA DE ENFERMEDADES	13 364 (consultas)	100	10 019	75.0	816	6.1	2 529	18.9	N.D.	--
PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA	6 950 (consultas)	100	3 023	43.5	3 292	46.1	725	10.4	N.D.	--
ATENCION CURATIVA										
CONSULTA EXTERNA GENERAL	59 725 (consultas)	100	39 970	66.9	9 840	16.5	9 814	16.4	101	0.2
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	20 850 (consultas)	100	11 969	57.4	4 590	22.0	3 990	19.4	301	1.4
HOSPITALIZACION GENERAL	1 991 (egresos)	100	1 386	69.6	331	16.6	274	13.8	--	--
FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS										
FORMACION Y DESARROLLO DE PROFESIONALES Y TECNICOS	99.2 (personas)	100	50	50.4	32	32.2	13.5	13.6	3.7	3.7
CAPACITACION DE LA POBLACION										
EDUCACION PARA LA SALUD	16 902 (personas)	100	16 599	87.0	552	2.9	1 760	9.3	N.D.	--

FUENTE: Presidencia de la República. Primer Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. México, 1983.

METAS SECTORIALES DE OPERACION POR SUBPROGRAMA, 1983.

(MILES)

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	SECTOR		MSS		SEA		MESTE		DW	
	ABSOLUTO	REL.	ABSOLUTO	REL.	ABSOLUTO	REL.	ABSOLUTO	REL.	ABSOLUTO	REL.
ATENCION PREVENTIVA										
Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	58 864 (dosis)	100	38 934	66.1	17 792	30.2	2 062	3.5	76	0.1
Control de Enfermedades Transmisibles	6 251 (consultas)	100	1 613	25.8	2 773	44.4	1 865	29.8	—	—
Detección Oportuna de Enfermedades	17 217 (consultas)	100	14 480	84.1	1 241	7.2	1 496	8.7	—	—
Planificación Familiar Voluntaria	5 586 (consultas)	100	1 968	35.2	2 700	48.3	918	16.4	—	—
ATENCION CURATIVA										
Consulta Externa General	66 664 (consultas)	100	45 053	67.6	12 376	18.6	9 160	13.7	75	0.1
Consulta Externa Especializada	20 789 (consultas)	100	13 165	63.3	3 392	16.3	4 140	19.9	92	0.4
Hospitalización General	2 174 (egresos)	100	1 523	70.0	367	16.9	284	13.1	0	—
FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS										
Formación y Desarrollo de Profesionales y Técnicos	76.5 (personas)	100	21	27.4	44	57.5	11	14.4	0.5	0.6
CAPACITACION DE LA POBLACION										
Educación para la Salud	22 573 (personas)	100	19 099	84.6	2 238	9.9	1 127	5.0	100	0.5

Fuente: Presidencia de la República. Segundo Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. Bogotá, 1984.

CUADRO 42

**COBERTURA DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
(MILES DE PERSONAS)**

CONCEPTO	AÑOS		1971		1980		1984		INCREMENTO 1971-1984	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo		
Población Económica Activa	13 501	100.0	18795	100.0	24239	100.0	11238	83.2		
Asegurados del IMSS	3233	24.0	6369	33.9	7380	29.8	4147	128.2		
Asegurados del ISSSTE	469	3.5	1563	8.3	1895	7.6	1426	304.0		

Fuente: Presidencia de la República. Segundo Informe de Gobierno, Anexo Sector Salud y Seguridad Social y Sector Laboral. México 1984.
PEA 1984: Datos estimados por la Dirección General de Empleo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en base al Sistema de Censos Nacionales de Población, el Plan Nacional de Desarrollo y estimaciones de crecimiento del PIB por la Secretaría de Programación y Presupuesto.

CUADRO 43**COBERTURA DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
(MILES DE PERSONAS)**

CONCEPTO	1971	1980	1984	INCREMENTO 1971-1984
TOTAL DE ASEGURADOS	3 702	7 932	9 275	5 573
PORCIENTO DEL IMSS	87.3	80.3	79.6	74.4
PORCIENTO DEL ISSSTE	12.7	19.7	20.4	25.6

Fuente: Presidencia de la República. Segundo Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social.
México, 1984.

CUADRO 44**POBLACION DERECHONABIENTE DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
RESPECTO A LA POBLACION TOTAL****(MILES DE PERSONAS)**

POBLACION	1971	1984
1. POBLACION TOTAL	48,993	76,498*
2. DERECHONABIENTE	12,015	35,682
3. RELACION 2/1	24.5%	45.9%

* Estimado

FUENTE: Probitencia de la República, Segundo Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. México 1984.
Secretaría de Programación y Presupuesto, II Consejo General de Población y Vivienda, 1980, Escuetados Preliminares, 1981.

CUADRO 45

**PRESUPUESTO EJERCIDO EN LOS PROGRAMAS DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
(MILLONES DE PESOS)**

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	1980						1983					
	TOTAL		IMSS		ISSSTE		TOTAL		IMSS		ISSSTE	
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.
Prestaciones Economicas	44 145	100.0	17 669	40.0	26 476	60.0	78 471	100.0	61 700	78.6	16 771	21.4
Subsidios y Ayuda	5 958	100.0	5 953	99.0	5	1.0	15 182	100.0	14 982	98.7	200	1.3
Pensiones y Jubilaciones	16 013	100.0	11 584	72.4	4 429	27.6	61 836	100.0	46 718	75.6	15 118	24.4
Indemnizaciones Globales	341	100.0	121	35.5	220	64.5	66	100.0	--	--	66	100.0
Finiquitos	10	100.0	10	100.0	--	--	--	--	--	--	--	--
Devolución Depósitos (FOVISSSTE)	144	100.0	--	--	144	100.0	699	100.0	--	--	699	100.0
Asignaciones Familiares	1	100.0	1	100.0	--	--	--	--	--	--	--	--
Préstamos a Corto Plazo	21 678	100.0	--	--	21 678	100.0	688	100.0	--	--	688	100.0
Prestaciones Sociales	2 933	100.0	2 438	83.1	495	16.9	10 368	100.0	8 292	80.4	2 016	19.6
Asistencia Social e Int. Familiar	1 311	100.0	1 070	82.0	241	18.0	4 774	100.0	3 855	80.7	919	19.3
Adiestramiento y Capacitación	207	100.0	178	86.0	29	14.0	594	100.0	415	70.0	179	30.0
Atención a la Infancia	1 389	100.0	1 190	86.0	199	14.0	4 890	100.0	4 022	82.2	868	17.8
Atención a la Vejez	26	100.0	--	--	26	100.0	50	100.0	--	--	50	100.0

Fuente: Presidencia de la República. Quinto y Segundo Informe de Gobierno. Anexos Sector Salud y Seguridad Social. México, 1981 y 1984.

**METAS ALCANZADAS EN LOS PROGRAMAS DE PRESTACIONES ECONOMICAS
Y SOCIALES POR LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES
DE SEGURIDAD SOCIAL
(Miles)**

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	TOTAL		IMSS		ISSSTE		TOTAL		IMSS		ISSSTE	
	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.	ABS.	REL.
	— Prestaciones Economicas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
— Subsidios y Ayudas (Personas)	4752	100.0	3662	77.1	1090	22.9	2012.1	100.0	2011	99.9	1.15	0.1
— Pensiones y Jubilaciones	439	100.0	371	85.0	68	15.0	820	100.0	746	90.1	82	9.9
— Indemnizaciones Globales (Liquidaciones)	12	100.0	10	83.0	2	17.0	2	100.0	--	--	2	100.0
— Faltas	3	100.0	3	100.0	--	--	--	100.0	--	--	--	--
— Devolución Depósitos (POVISSTE) (Casos)	7	100.0	--	--	7	100.0	6	100.0	--	--	6	100.0
— Asignaciones Familiares	247	100.0	247	100.0	--	--	--	100.0	--	--	--	--
— Préstamos e Cartera Financ.	612	100.0	--	--	612	100.0	239	100.0	--	--	239	100.0
— Prestaciones Sociales Familiares (Personas)	9079	100.0	8360	94.0	519	6.0	21760	100.0	19301	89.0	2 307	11.0
— Adiestramiento y Capacitación (Personas)	1815	100.0	1791	99.0	24	1.0	5237.1	100.0	3237	100.0	0.00	0
— Atención a la Infancia (Miles)	2490	100.0	2483	99.0	7	1.0	32	100.0	20	62.5	12	27.5
— Atención a la Vejez	02	100.0	--	--	0.2	100.0	1.0	100.0	--	--	1	100.0

FUENTE: Presidencia de la República. Quinto y Segundo Informes de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social. Miles 1981 y 1984.

B I B L I O G R A F I A

Aspe Armella, Pedro. Una visión panorámica sobre el análisis de la distribución del ingreso en México, ponencia presentada en el seminario promovido por la Asociación de Ciencia Política, México, 1979.

Benejam, María Antonieta. Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944, - Imprenta Talleres Gráficos de Ediciones Culturales, México, 1980.

Comisión Federal Electoral. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1978.

Consejo Nacional de Población. México demográfico. - Breviario 1980-1981, México, 1982.

Cordera, Rolando y Tello, Carlos. México: La disputa por la nación. Perspectivas y opciones de desarrollo-mexicano, Siglo XXI Editores, México, 1981.

Córdova, Polibio. Análisis económico de la distribución de ingresos, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Bogotá, 1973, citado por Adalberto García Rocha, en "La distribución del ingreso en México", en revista Demografía y Economía, núm. 8, 1974.

Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. Necesidades esenciales y estructura productiva en México. Lineamientos de pro-

gramación para el proyecto nacional. Siglo XXI Ediciones-COPLAMAR, México, 1982.

Cueva, Mario de la. "La seguridad social y la gente del campo", IV Congreso Iberoamericano de derecho del trabajo y de la seguridad social, Sao Paulo, en Cuadernos del Trabajo, serie seguridad social, septiembre, - 1972.

Chávez Orozco, Luis. "Orígenes de la política de seguridad social", sobretiro de la revista Historia Mexicana, vol. XVI, núm. 2, octubre-diciembre, 1966.

Foxley, Alejandro. Introducción al libro Distribución del ingreso, selección de Alejandro Foxley, serie lecturas, núm. 7, Fondo de Cultura Económica, México, - - 1974.

Foxley, Alejandro; Aninat, Eduardo, y Arellano, José - Pablo. Las desigualdades económicas y la acción del Estado, Fondo de Cultura Económica, México, 1980.

French-Davis, Ricardo. "Mecanismos y objetivos de la redistribución del ingreso", en Distribución del ingreso, selección de Alejandro Foxley, serie lecturas, - - núm. 7, Fondo de Cultura Económica, México, 1974.

García Cruz, Miguel. La seguridad social en México. - Bases, evolución, importancia económica, social, política y cultural, 1906-1958, tomo I, B., Costa Amic Editor, México, 1972.

Hernández Laos, Enrique y Córdova Chávez, Jorge. "Estructura de la distribución del ingreso en México", en revista Comercio Exterior, vol. 29, núm. 5, mayo, - - 1979.

Instituto Mexicano del Seguro Social. El seguro social en México. Antecedentes y legislación, convenios, recomendaciones, resoluciones y conclusiones en materia internacional, México, 1971.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social de 1973, México, 1974.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Servicios médicos de campo y solidaridad social, México, 1976.

Instituto Mexicano del Seguro Social. "Colección de manuales IMSS-COPLAMAR para Unidades Médicas Rurales", varios, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR, informe de la primera etapa, México, 1980.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Memorias estadísticas, México, 1970 y 1980.

Instituto Mexicano del Seguro Social. La extensión del campo de aplicación de los servicios médicos de la seguridad social a sectores marginados urbanos y rura-

les: El caso de México, ponencia presentada en el VII Congreso Americano de medicina de la seguridad social, X reunión de la Comisión Americana médico-social, Quito, 1981.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Organización de la Coordinación General del Programa IMSS-COPLAMAR, México, 1981.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria de la primera reunión anual de análisis del desarrollo del Programa IMSS-COPLAMAR, México, 1981.

Instituto Mexicano del Seguro Social. La Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República y el convenio IMSS-COPLAMAR para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, México, 1981.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943-1983. 40 años de historia, México, 1983.

Instituto Mexicano del Seguro Social. "Informe mensual de la población derechohabiente", varios, México.

Kaldor, Nicholas. "Teorías alternativas acerca de la distribución", en Teorías del Capital y la Distribución, selección de Oscar Braun, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1973.

Kuznetz, Simon. "Economic growth and income inequality", en The American Economic Review, vol. XLV, núm. 1, marzo, 1955.

Leal de Araujo, Lucila. "Los sistemas de seguridad social como mecanismo de redistribución del ingreso en los países en desarrollo", en revista Mexicana de Seguridad Social, año 1, núm. 3, febrero, 1972.

López Sánchez, Cuauhtémoc, "La extensión de la seguridad social del campo", en Boletín de Información Jurídica, año 1, núm. 2, julio-agosto, 1973.

Luna Gómez, Sixto. Tesis, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1982.

Lydall, H. A theory of income distribution, Clarendon Press, Oxford, 1979.

Martínez de Navarrete, Ifigenia, "La distribución del ingreso en México: Tendencias y perspectivas", en El Perfil de México en 1980, vol. 1, Siglo XXI Editores, México, 1974.

Medina, Luis. "Período 1940-1952, del cardenismo al avilacamachismo", en Historia de la Revolución Mexicana, núm. 18, El Colegio de México, México, 1978.

Mesa Lago, Carmelo. Social security in latin america. Pressure groups, stratification and inequality, University of Pittsburgh, P.A., 1978.

Oficina de Asesores de la Presidencia de la República. Incidencia global de los subsidios sobre la distribución del ingreso, mimeo, 1981.

Organización Internacional del Trabajo. Efectos macroeconómicos de la seguridad social. Ginebra, 1970.

Partido Nacional Revolucionario. Plan Sexenal, México, 1934.

Paukert, F. "Seguridad social y redistribución del ingreso: estudio comparado", en revista Internacional del Trabajo, vol. 78, núm. 5, noviembre, 1968.

Pinto, Aníbal. "Heterogeneidad estructural y modelos de desarrollo reciente en América Latina", en "Inflación: Raíces Estructurales, ensayos de Aníbal Pinto, serie lecturas, núm. 3, Fondo de Cultura Económica, México, 1973.

Presidencia de la República. Tercero, cuarto, quinto y sexto Informes de Gobierno. Anexo sector salud y seguridad social, México, 1979, 1980, 1981 y 1982.

Presidencia de la República. Primer y segundo Informes de Gobierno. Anexo sector salud y seguridad social, México, 1983 y 1984.

Reyes Heróles, Jesús. Extensión de la seguridad social en el medio rural, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1976.

Sánchez Mireles, Rómulo. El movimiento burocrático, Fondo de Cultura Económica, México, 1960.

Secretaría de la Presidencia. "La seguridad social...", en México a Través de los Informes Presidenciales, tomo 13, México, 1976.

Secretaría de Gobernación. "Diario Oficial de la Federación", varios, México.

Secretaría de Programación y Presupuesto. X censo general de población y vivienda, México, 1980.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Encuesta nacional de ingresos y gastos de las familias, México, - 1977.

Secretaría de Programación y Presupuesto. La distribución del ingreso y el gasto familiar en México, México, 1979.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Plan Global de Desarrollo, México, 1980.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Cuenta de la hacienda pública federal. tomo I, 1976-1980, México, 1981.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Sistema de cuentas nacionales de México. Estimación preliminar, 1981, México, 1982.

Secretaría de Programación y Presupuesto, Consejo Nacional de Población y Centro Latinoamericano de Demografía. México: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2000, México, 1983.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Plan Nacional de Desarrollo, México, 1983.

Sen, A. On economic inequality, Clarendon Press, - - Oxford, 1973.

Silva Herzog, Jesús. "La etapa constitucionalista y - la lucha de facciones", en Breve Historia de la Revolución Mexicana, tomo II, Fondo de Cultura Económica, México, 1960.

Solls, Leopoldo. La realidad económica mexicana. Retrospección y perspectivas, Siglo XXI Editores, México, 1981.

Stavenhagen, Rodolfo. Las clases sociales en las sociedades agrarias, Siglo XXI Editores, México, 1970.

Tello, Carlos. La política económica de México 1970--1976, Siglo XXI Editores, México, 1978.

Van Ginneken, Wouter. Grupos socioeconómicos y distribución del ingreso en México, Croom Helm, London, 1980.