

850
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

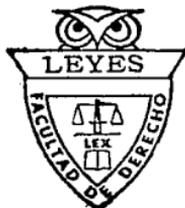
FACULTAD DE DERECHO

"ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL
EN MEXICO"

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A :

MARIA ANGELICA SANCHEZ OLVERA



México, D. F. Cd. Universitaria, Mayo 1992

FALLA DE ORIGEN



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

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

CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL

Pág.

1. Asistencia Social.....1
2. Seguridad Social.....9
3. Previsión Social.....18

CAPITULO II. NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

1. Inseguridad del hombre en la antigüedad.....22
2. Caridad y ayuda religiosa del Siglo VI
al XVIII.....32
3. Beneficencia pública en el Siglo XIX.....64
4. De la Beneficencia a la asistencia social
en el Siglo XX.....72
5. Origen y evolución de la seguridad social....80

CAPITULO III. POLITICAS GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

1. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.....103
2. Programa Nacional de Salud 1990-1994.....115
3. Convenios Unicos de Desarrollo.....125

**CAPITULO IV. MARCO LEGISLATIVO DE LA SEGURIDAD
Y ASISTENCIA SOCIAL**

	pág.
1. Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	143
2. Ley del Seguro Social.....	150
3. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Edo.....	156
4. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.....	162
5. Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal.....	171

**CAPITULO V. PRINCIPALES ORGANISMOS ENCARGADOS DE
LA ADMINISTRACION Y PROMOCION DE LA
ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL**

1. Secretaría de Salud.....	181
2. Instituto Mexicano del Seguro Social.....	192
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Edo.....	201
4. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.....	218
5. Departamento del Distrito Federal.....	229
6. Junta de Asistencia Privada para el D.F.....	235
CONCLUSIONES.....	242
BIBLIOGRAFIA.....	246

INTRODUCCION

México es un país cuya marginalidad social y económica ha incidido en la creación y puesta en marcha de los diversos planes y programas gubernamentales dentro de la política nacional. Las dificultades por las que pasa nuestro país no son ajenas a las existentes en América Latina y aún a nivel mundial.

Uno de los problemas que requieren de mayor atención lo constituye el estado de salud de la población. Este se enmarca en el ámbito del desarrollo social, y por ello consideramos importante el estudio de las causas que merman la salud, así como identificar los esfuerzos institucionales en la materia.

Nuestro país ha alcanzado niveles de prevención de enfermedades bastante aceptables, sin embargo, no con ello queremos decir que se viva mejor, pues los satisfactores, de diversas formas, llegan a ser difícilmente suficientes y en ocasiones, inalcanzables, como son, v.gr. la educación, la capacitación para el trabajo, la salud ocupacional, la rehabilitación, y otras.

El propósito de este trabajo es dar una reseña del origen y evolución de la seguridad y asistencia sociales, el contraste que ha existido a través de los años del tratamiento de que han sido objeto y su posible mejoramiento.

En nuestro primer capítulo conoceremos las distintas acepciones de asistencia, seguridad y prevención social que los doctrinarios han aportado a la humanidad, como

resultado de sus investigaciones. Sin embargo, como veremos, el aspecto de la asistencia y de las demás ramas encargadas de la atención a la salud, revisten tal complejidad, que entre ellos mismos no concuerdan en su definición, pues interfieren factores tan diversos como los biológicos, económicos, sociológicos y otros.

Dentro de nuestro segundo capítulo, comentaremos las circunstancias que vivieron los hombres de la antigüedad, de acuerdo a las distintas etapas de la historia, para llegar a comprender que la marginalidad, y su consecuente falta de satisfactores, conlleva ineludiblemente al menoscabo de la salud en todo su ámbito.

Asimismo, se muestra claramente que la asistencia y la seguridad social, así como se dieron las grandes batallas, buscando una nueva forma de vivir en virtud del yugo gubernamental en muchos casos, nacieron por el clamor popular como resultante de las desigualdades sociales y con ellas, la falta de necesidades satisfechas, hasta que finalmente se institucionalizó la prestación de estos servicios, como reconocimiento de los derechos inherentes al individuo.

A partir de nuestro tercer capítulo, haremos un bosquejo de los principales instrumentos y políticas gubernamentales que han sido implantadas para lograr que todo individuo tenga acceso a los servicios de salud, del mismo modo que en nuestro cuarto y quinto capítulos, de los diferentes documentos legales e instituciones principales que se encargan de la promoción y administración de estos servicios, con el objeto de analizar la actividad que en beneficio de la población, se está llevando a cabo en México.

III

Es también nuestro propósito, hacer ver al lector la efectividad o no, de las diferentes normas que sobre la materia se han creado, así como la puesta en marcha de los planes y programas arriba señalados, que rigen y son base para la prestación de dichos servicios.

Por último, nuestra intención es señalar la importancia que tiene el comprender la amplia gama de atributos que tienen la seguridad y la asistencia social en el desarrollo socio-económico, así como la presentación de sugerencias para su mejoramiento.

I. CONCEPTOS GENERALES

1. Asistencia Social

La asistencia social nace con el hombre. Desde que el hombre vive en sociedad ha manifestado su ayuda a sus congéneres para enfrentar un medio físico y social adverso.

En México se tiene conocimiento de antecedentes atribuidos a la asistencia social que datan del Siglo XIII, específicamente que durante la existencia de los grupos mexicas se crearon organizaciones sociales llamadas "Calpullis". Estas organizaciones realizaban acciones benefactoras en favor de los grupos más desfavorecidos, consistiendo, entre otras, en que los frutos de las tierras trabajadas por los campesinos (Tlalmillis), sirvieran para el consumo familiar, teniendo como obligación asimismo, otorgar tributo, por lo que quedaba a cargo del jefe o "Calpollec" la vigilancia de esta acción. Otro ejemplo de este tipo de actividades consistió en que los plebeyos que deseaban casarse, recibían en garantía tanto viveres como ropa a fin de ser apoyados en su vida futura.

Durante el período colonial se manifestaba la construcción de hospitales, escuelas, casas de niños expósitos e instituciones para enfermos mentales y asilos. Las cofradías y gremios fueron formas sociales por las que se ejercitaron obras de piedad y misericordia.

Más tarde el espíritu religioso conformó las llamadas "cooperaciones gremiales", procurando la asistencia médica y reparto de especies, entre otros; posteriormente

fueron las congregaciones y las asociaciones las que realizaron esta actividad.

La beneficencia privada basada en la filantropía, fraternidad, altruismo y humanitarismo, surgieron en la época de la ilustración y posteriormente en el Siglo XIX aparecieron casas de expósitos, hospitales, asilos, hospicios, escuelas, maternidades e instituciones de préstamo para la ayuda a personas de escasos recursos.

Fue en la segunda mitad del Siglo XIX cuando el Presidente de México, Benito Juárez, adscribió la beneficencia al gobierno del Distrito Federal, exceptuando de toda contribución los bienes asignados para esta causa, aunque no contaba con todo el apoyo deseable.

Los gobiernos de las primeras décadas del Siglo XX asumieron como preocupaciones prácticas la caridad y la beneficencia como un esfuerzo para fomentar el bienestar. No auxiliaban solamente a los individuos necesitados, sino que trataban de mejorar su situación por medio de medidas de alcance general, especialmente a través de instituciones encargadas para este fin, como lo explicaremos en capítulos posteriores.

No fue sino hasta finales de la década de los años 30's e inicio de los 40's cuando la beneficencia ejercida por el gobierno, se transformó en ASISTENCIA PUBLICA.

Bajo este concepto se reconoció el derecho de los débiles sociales, orientándose a combatir las causas que generan esta situación. Surgieron en consecuencia centros de asistencia infantil, de educación profesional, rehabilitación y terapia social, hospitales, dispensarios, internados,

comedores, escuelas, talleres, etc. Se trataba de conseguir seguridad, impulsando el desarrollo de los grupos y comunidades indigentes, haciendo consciente al Estado y los sectores de la sociedad sobre sus irrenunciables requerimientos.

En este sentido, se ofreció el llamado "servicio social", entendido como la ayuda a individuos, grupos y comunidades con el fin de que pudieran satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de adaptación a un esquema de sociedad en constante cambio y realizar acciones de tipo cooperativo para mejorar las condiciones económicas, sociales y biológicas.

Finalmente, en el año de 1981 se aceptó el concepto de ASISTENCIA SOCIAL, entendido como "el conjunto de acciones de prevención, promoción y rehabilitación de carácter obligatorio, que el Estado debe realizar en beneficio de la población marginada, así como de las personas incapacitadas o en desventaja social y cultural para contribuir al bienestar y desarrollo individual y colectivo"⁽¹⁾, identificando a la asistencia con protección; al servicio con beneficio; al bienestar con logro, y al desarrollo con cambio. Se trata entonces, de igualar a los grupos sociales para hacer efectivo el cumplimiento de los bienes de la organización política del Estado Mexicano, es decir, actuar en contra de la desigualdad, fundamentando su acción en instrumentos de política, legislación, y normatividad que más adelante señalaremos con mayor precisión.

El rubro de asistencia social quedó comprendido dentro del sector salud a partir de un ejercicio de coordinación propuesto por el gobierno federal en el año de

(1) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México, Temas de Asistencia Social, 1988, p. 52

1981, respondiendo a una vieja demanda del pueblo mexicano por crear una esfera de salud y bienestar integral en favor de los grupos vulnerables y desprotegidos que tenía antecedentes remotos y urgentes de ser atendidos.

La asistencia social como derecho, describe González Díaz Lombardo, "es la rama del derecho social cuyas normas integran la actividad del Estado y la de los particulares, destinada a procurar una condición digna, decorosa y humana, para aquellas personas, sociedades y estados que, imposibilitados para satisfacer por sí mismos sus más urgentes necesidades y procurar su propio bienestar social, requieren de la atención de los demás, en función de un deber de justicia, o aún, de un altruista deber de caridad"(2). De esta definición resaltan por su importancia dos factores: La justicia social lleva inmersa la paz social, armonía entre todos, tranquilidad; por otro lado, la paz social se logra a través de un bienestar integral del individuo, de la sociedad y por tanto, del Estado.

Sin embargo, la "caridad" como lo llama Díaz Lombardo, o el "altruismo" no se pueden aceptar como dádiva, sino como obligación, principalmente de la Federación, como fue definido en los años 80's. La acción de las asociaciones o de los individuos en lo particular no es soslayable, pero la obligatoriedad del gobierno en este sentido debe ser concentrada, independientemente del deber que tengamos como sociedad de buscar una homogeneidad y una democracia que proporcionen los más vitales servicios de salud a los que tenemos derecho como garantía individual y social. Por tanto,

(2) GONZALEZ DIAZ LOMBARDO, Francisco, El derecho social y la seguridad social integral, Textos Universitarios, segunda edición, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1978, pp.14-15.

consideramos que la definición aludida no contempla esta obligatoriedad.

Un instrumento legal que define a la asistencia social es la Ley General de Salud, reguladora del derecho a la salud y por consiguiente de la asistencia social. Manifiesta que la asistencia social es "el conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva". De esta definición surgen factores importantes, tales como:

- a) Comprende acciones preventivas, promocionales, de protección y rehabilitación;
- b) Se dirige a quienes más lo necesitan (grupos vulnerables);
- c) Implican tanto la participación de estos grupos como la del sector público y privado.
- d) Considera el bienestar integral y la vida productiva como finalidad.

Aunque no establece esta definición quién ejercerá estas acciones, nos parece que implica tanto la participación del gobierno federal, como de los particulares y los sectores sociales, pues el individuo con las características descritas, necesita del apoyo del resto de la sociedad por dos razones principales: a) es miembro de ésta; y, b) debe existir el ánimo de construir una democracia real, con la cual se puedan superar los obstáculos que conducen a una nueva etapa de desarrollo.

Nos interesa hacer la precisión de que la "productividad" establecida en la Ley, la concebimos como la

relación existente entre los elementos dedicados a una actividad y los resultados obtenidos, no enmarcada en algún ámbito exclusivo del desarrollo. Es decir, la entendemos como una productividad social en todo su contexto.

Ahora bien, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, instrumento por el cual se establecen las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia Social del que habla la Ley General de Salud, contiene la misma definición que la citada ley sanitaria en cuanto a asistencia social se refiere. De lo anterior podemos deducir las bases fundamentales por las que opera la asistencia social, y éstas son:

- Actuación en favor de grupos vulnerables, esto es, con desventajas, bio-socio-económicas.
- Consideración de la familia como núcleo y esencia del desarrollo de la sociedad.
- Determinación del individuo como sujeto de desarrollo integral.
- A partir del desarrollo individual, la búsqueda de bienestar social pleno para con ello conseguir la más alta productividad en un plano de paz social.

En consecuencia, el campo de acción de la asistencia social debe ser tan amplia como las necesidades lo requieran y no limitada por razones económicas, políticas o de cualquier otra índole.

La asistencia social actualmente funciona para todos aquellos individuos que no están sujetos a un régimen de seguridad social (derechohabientes), como lo es el sector de los trabajadores (y sus dependientes), pues aquéllos son

protegidos al momento de ser contratados por el patrón de la misma manera que son reguladas sus prestaciones por una ley específica que tiene características similares a la asistencia social en cuanto a seguridad corresponde. El objetivo final, es lograr la suficiente protección, tanto en el presente como en el futuro.

"El carácter caritativo de la asistencia desaparece cuando se reconoce el derecho de los individuos a la ayuda de la colectividad y a la garantía del mínimo necesario para la existencia"(3), señala F. Netter cuando se refiere a que ya no es cuestión de una actitud de "benevolencia" o de "altruismo", sino del ejercicio de un derecho o garantía a la protección de la salud del individuo.

"En la asistencia social se tiene derecho a participar de los beneficios de un servicio público cuyo otorgamiento es discrecional y constituye obligación dentro de las funciones del Estado. Está limitado por los presupuestos o fondos que se constituyan o señalen para diversos fines"(4). No obstante, no debe faltar este presupuesto, aún cuando es limitado, y todavía más, es necesario buscar las vías por las que se logre un financiamiento mayor y adecuado para este fin.

El derecho a la asistencia social supone el derecho a la salud y bienestar social, como ya hemos señalado, y no es sólo la atención esporádica y accidental la meta a seguir. En otras palabras, consideramos que la salud no ha sido debidamente definida en los lineamientos legales, menos aún en los textos doctrinarios. Si establecemos que la salud es "el

(3)NETTER,F., La seguridad social y sus principios, Colec. Salud y Seguridad Social, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, p. 1

(4)GONZALEZ DIAZ LOMBARDO, Francisco, El derecho social y la seguridad social integral, op.cit., p. 409

estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(5) conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud, misma que ha sido la más aceptada por las organizaciones mundiales, no podemos determinar que la atención sanitaria, que comprende la prevención y el tratamiento de la enfermedad, por conducto de procedimientos aplicados individualmente como son, por ejemplo, vacunas, exámenes, procedimientos quirúrgicos y productos farmacéuticos, destinada a un solo cuerpo individual, implique la cobertura sanitaria y con ello se logre el multicitado bienestar, pues éste "es un derecho humano fundamental, y el logro del nivel más alto posible es una meta social mundial muy importante, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector salud"(6), pues como hemos señalado, la salud entraña el futuro de una sociedad, y de su efectiva atención depende su desarrollo bio-socio-económico.

"La provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas, será una meta para llegar a un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria a la salud es la clave para lograr esta meta, como parte del desarrollo en el espíritu de justicia social"(7). Sin embargo, esta provisión se confunde frecuentemente con la atención médica.

El bienestar social, por lo tanto, se logrará en la medida en que el enfoque citado sea comprendido y en el reconocimiento de que el derecho a la salud depende no sólo del

(5)Organización Panamericana de la Salud, El derecho a la salud en las Américas, "Estudio constitucional comparado", Publicación Científica No. 509, Washington, D.C., E.U.A., 1989, P. 539.

(6)Ibidem p. 547.

(7)Ibidem p. 548

cumplimiento que el Estado haga de sus obligaciones, tanto en el aspecto de protección sanitaria, como de las acciones de los individuos en lo particular.

El objetivo final es garantizar un ámbito de seguridad y tranquilidad hoy y en el mañana, lo cual es condición para el mejor aprovechamiento de la capacidad intelectual y física del hombre y llegar así a ser un ente capaz de lograr una productividad eficaz y útil a la sociedad y por supuesto, a sí mismo.

2. Seguridad Social

La Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (México pertenece a esta Organización) el 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo 22 que "toda persona tiene derecho a la seguridad social". Asimismo, el artículo 25 lo complementa diciendo:

"Artículo 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivencia, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"(8).

(8)BURGOA, Ignacio, Las garantías individuales, vigésima edición, Porrúa, México, 1986, p.738.

De lo que se desprende que la seguridad social está plasmada como uno de los mínimos requerimientos del ser humano por el simple hecho de serlo.

Etimológicamente, la palabra "Seguridad" proviene del latín Securus; de Se, contracción de Sine, y Cura; es decir, sin cuidado ni preocupación. "La seguridad la da la sociedad a sus miembros como función y deber suyo (sic) social"(9), y al darle al individuo la seguridad que requiere, se retroalimentará de las seguridades individuales por la suma y resultado de éstas. Es decir, la sociedad tiene obligación de dar seguridad al individuo, pues es parte de ella; al proporcionarsela quedará provista de paz social, fundamentada en la justicia social y por ende, llegará a lograr un bienestar social y una vida plena.

La seguridad social responde a una demanda de la sociedad en virtud de que está expuesta a contingencias que repercuten en la falta de medios económicos indispensables para cubrir las necesidades de subsistencia, cualquiera que sea su origen o causa determinante, por tanto, los legisladores han tratado de cubrirla de la mejor manera, ya sea por medio de organismos públicos o privados, buscando una meta: la satisfacción de esas necesidades indispensables del individuo en sociedad.

La seguridad social se concibe como un derecho del individuo, con la consecuente obligación de su otorgamiento por parte del Estado y no como una acción que se encuentre al arbitrio de los organismos públicos, pues se considera doctrinaria y legalmente, que pertenece y arranca de los

(9) PEREZ LEÑERO, José, Fundamentos de la Seguridad Social, Aguilar, España, 1956, pp.26-27.

derechos sociales, entendidos éstos como "el conjunto de exigencias que el individuo puede hacer valer ante la sociedad, para que ésta le proporcione los medios necesarios, con el fin de poder atender el cumplimiento de sus fines y asegurar un mínimo de bienestar que le permita conducir una existencia decorosa y digna de su calidad de hombre"⁽¹⁰⁾, agregando que no importa su condición económica o social.

"El seguro social y la previsión social nacen al mismo tiempo, para decir al capital y al Estado que los trabajadores no eran ni esclavos, ni siervos, y que sin un tratamiento digno y decoroso en el presente, no podría evitarse un futuro de miseria", señala Mario de la Cueva, "por lo que si no se preparaba el mañana, cuando llegara no podría constituir un presente"⁽¹¹⁾. Esto es, nuestra interpretación en relación a la opinión del Maestro de la Cueva, es que el Estado debe verificar que la clase desheredada goce de los frutos de la civilización, pues los intereses colectivos así lo exigen. En pocas palabras, si no se previenen las contingencias, no podrá garantizarse un resultado óptimo.

Se dice por algunos doctrinarios, que la seguridad social funciona cuando se presentan contingencias, es decir, riesgos. Estos riesgos no son hechos imprevisibles, pero representan una eventualidad que afecta al presupuesto de la familia y por tanto es necesario que se acuda a compensarlos en un sistema de previsión que aspire a dar base económica suficiente para el hogar. En la actualidad tiene por objeto crear en beneficio de los trabajadores asalariados, un conjunto de garantías contra ciertas contingencias que pueden reducir o

(10) CAMPILLO SAINZ, José, "Los derechos sociales", en Revista de la Facultad de Derecho, T.I, 1-2, enero-junio, 1951, U.N.A.M., México, pp. 189-213.

(11) DE LA CUEVA, Mario, El nuevo derecho del trabajo, T.II, cuarta edición, Porrúa, México, 1986, p. 12.

suprimir su actividad, o bien imponerles gastos complementarios [i.e. por medio de seguros sociales].

La protección de los individuos contra las contingencias puede ser el fruto de iniciativas individuales y privadas o constituir el objeto de una intervención de la colectividad⁽¹²⁾. Su objetivo, de acuerdo a F. Netter "es la cobertura de gastos, la prevención por medio de medidas indispensables y la proporción de los medios económicos para encontrar una actividad compatible con el estado físico y la capacidad intelectual del hombre"⁽¹³⁾. No obstante, desde nuestro punto de vista esta capacidad logrará su mayor eficacia siempre y cuando los organismos correspondientes no sólo se limiten a dar los medios económicos necesarios, sino que éstos vayan acompañados de la atención sanitaria adecuada (previa y permanente), basando nuestra opinión en los comentarios hechos sobre bienestar y protección a la salud oportuna y vigilada constantemente.

"Los planes de seguridad social tienden a imponer y garantizar la misma mediante las acciones siguientes: a) humanizando el trabajo y haciendo con ello el equilibrio dentro del individuo; b) armonizando el capital con el trabajo mediante el reparto justo de la riqueza y estableciendo así la seguridad social y económica", establece Pérez Leñero, pues "los seres humanos no han crecido tan rápidamente como los engendros técnicos de sus cerebros. La civilización ya no está hecha a nuestra vida interior. Por ello, el desequilibrio individual y social que trae la inseguridad general en que vivimos. Más que una institución, es un ideal y una aspiración

(12) F. NETTER, La seguridad social y sus principios, op.cit.
p. 1

(13) Ibidem, p. 13.

hacia la felicidad y la paz mundial; ideal que trasciende del individuo y se convierte en colectivo y social"(14).

Asimismo, establece este autor que la seguridad social es integral y unitaria o no lo es. No puede ser concebida como un seguro social pues éste es parte de la seguridad. El seguro social es parcial, basado en la atención médica; es el instrumento técnico con el cual se busca el objetivo, que es la seguridad en su totalidad.

Señala también que "la seguridad social contiene caracteres sustanciales, como son:

a) La seguridad social es un deber social que corresponde a un derecho social y no a una petición de caridad.

b) Es una garantía individual y social contra la miseria.

c) Es un conjunto de medios técnicos que garantiza la eficacia de la seguridad individual y colectiva.

d) Se basa sustancialmente en fundamentos económicos (se concibe tanto como medida para evitar la desocupación, como institución para conseguir que todo el mundo trabaje y produzca y lo haga precisamente en la colocación que mejor cuadre a sus cualidades, consiguiendo con ello una mayor productividad)"(15).

De los anteriores conceptos, observamos que para estos doctrinarios existen factores esenciales para definir a la seguridad social: 1) Se busca una productividad; 2) esa

(14)PEREZ LENERO, José, Fundamentos de la seguridad social, op.cit. p. 5.

productividad se tiene que dar por el trabajador. Al respecto, nuestra opinión es que dicha productividad está determinada en aspectos económicos y no sociales, por lo que no estamos de acuerdo con este enfoque, ya que la concebimos como supra página 6. Por lo demás, concordamos en que la seguridad social busca cubrir necesidades sociales, económicas, morales y culturales tanto presentes como futuras, no obstante, cabría hacer el cuestionamiento de si la encuadramos en un solo rubro, es decir, clase trabajadora y si solamente respondería a contingencias o habría necesidad de darle cierta permanencia para mejorar el nivel de vida de la población.

González Díaz Lombardo cita en su obra: "señala Moscir Velloso de Oliveira que 'en los últimos años la idea de seguridad y previsión social no abarca solamente a las clases trabajadoras, sino a toda la población del país, y no únicamente en los riesgos clásicos del seguro social, sino también a todas las formas posibles de amparo, a modo de alcanzar la supresión de la necesidad y asegurar a todos un nivel de vida y de bienestar social de acuerdo a la dignidad de la persona humana'"(15). Sin embargo, al definir el seguro social, establece que "es la institución o instrumento de la seguridad social, mediante la cual se tiende a garantizar, solidariamente organizados los esfuerzos del Estado y la población económicamente activa, para atender los riesgos y contingencias a que están expuestos y aquellas que de ella dependen, a fin de lograr el mayor bienestar social, biológico, económico, y cultural posible, que permita a todos una vida cada vez más auténticamente humana"(16), por lo que consideramos que no comparte la idea de Velloso de Oliveira en cuanto a la extensión de la seguridad social.

(15) GONZALEZ DIAZ LOMBARDO, Francisco. El derecho social y la seguridad social integral, op. cit. p. 122.

(16) Ibidem, p. 14.

Al respecto, pues desde nuestro punto de vista, Moscir Velloso de Oliveira tiene razón, ya que la seguridad en su acepción más amplia, debe cubrir a todos y no solamente a la población económicamente activa (y sus dependientes), como sucede actualmente, no obstante, la mayoría de los autores aceptan esta situación e identifican a la seguridad social con la clase trabajadora, sin tomar en cuenta que todos los estratos de la sociedad requieren de ésta en cualquier forma, pues estamos expuestos en cualquier momento de la vida a ciertos imprevistos, pero además, debemos alcanzar un nivel de vida adecuado para lograr que nuestra sociedad sea productiva y se desarrolle económica y socialmente.

En el inciso relativo a la asistencia social señalabamos que la asistencia se otorga a quienes no están sujetos a una relación laboral específica como puede ser la de seguridad social; sin embargo, consideramos que la asistencia y la seguridad social tienen características en común, como son: la búsqueda del bienestar integral del individuo; surgen de un clamor de la sociedad por tener paz social en base a un anhelo de justicia; tienen como objetivo final una vida plena para alcanzar la productividad y por ende, el desarrollo de la sociedad. Estas metas a seguir se lograrán cuando se llegue a una real democracia que iguale a todos los seres humanos en sus derechos, por ello es importante la consideración en los planes del gobierno, de la opinión de los individuos en lo particular, a fin de otorgar los satisfactores necesarios tanto en lo individual como colectivamente. Así también consideramos que tanto la asistencia, como la seguridad social deben conformar una sola rama del Derecho Social con características propias y fines específicos.

Ya Pérez Leñero señalaba que la seguridad social contiene tres instrumentos para su aplicación: seguro social, asistencia social y previsión social⁽¹⁷⁾, este señalamiento complementado con la Declaración de México en Seguridad Social, en cuyo contenido establece:

"Declaración de México en Seguridad Social

SE DECLARA:

...la seguridad social implica:

- 1) Garantizar que cada ser humano contará con los medios suficientes para satisfacer sus necesidades en un nivel adecuado a su dignidad; ...
- 3) Establecer las condiciones necesarias para que cada persona y cada pueblo puedan vivir sin temor, sin amenazas y sin recelo; ...
- 6) Fortalecer el ejercicio real de las libertades, mediante un combate sistemático en contra de la miseria, la ignorancia, la insalubridad, la necesidad, el abandono y el desempleo; ...
- 17) En consecuencia, ampliar en la medida en que lo permitan las circunstancias políticas, económicas y jurídicas, del radio de acción de los seguros sociales hacia una concepción integral de la seguridad general, alentando los nuevos factores de bienestar que sea conveniente realizar, en un ambiente de paz social, que permita avances constantes a un fortalecimiento de la justicia social, destino último de esta Declaración"⁽¹⁸⁾.

(17) PÉREZ LENERO, José, Fundamentos de la seguridad social, op. cit. p. 24.

(18) GONZÁLEZ DÍAZ LOMBARDO, Francisco, El derecho social y la seguridad social integral, op. cit. pp. 171-172.

Nos dan la idea y confirman que la seguridad social nació de una concepción del derecho social enfocado a las clases débiles, empero, hoy día surge la necesidad de extenderla a todos los niveles de la sociedad, pues México, en sus más elementales manifiestos, concibe a la seguridad como un satisfactor para todos al decir que cada ser humano tiene derecho a que se le garanticen los medios suficientes para satisfacer sus necesidades.

Al decir que el seguro social "es el instrumento jurídico del Derecho Obrero, por el cual una institución pública queda obligada, mediante una cuota o prima que pagan los patrones, los trabajadores y el Estado, o sólo alguno de éstos, a entregar al asegurado o beneficiarios, que deben ser elementos económicamente débiles, una pensión o subsidio cuando se realice alguno de los riesgos profesionales o siniestros de carácter social"⁽¹⁹⁾, Gustavo Arce Cano llama la atención en algo importante, pues está incluyendo la participación tripartita al régimen de seguridad social, es decir, al trabajador, el patrón y al Estado; además de señalar el aspecto del "subsidio" o "pensión" cuando se realice una contingencia, pero no toma en consideración que la seguridad contempla rubros tales como vivienda, cultura, educación, esparcimiento, previsión, promoción, servicios de salud pública, salud ocupacional, entre otros. Además, considera al trabajador como un ser "económicamente débil", lo cual confirma nuestra opinión en cuanto a que entre el asistido (por la asistencia social) y el que goza de seguridad social, no existe diferencia alguna, pues ambos son vulnerables. Si débil es el trabajador [que cuenta con el aseguramiento social], con mayor razón lo es quien no cuenta con la certidumbre de un ingreso diario.

(19)ARCE CANO, Gustavo, Los seguros sociales en México, Botas, México, 1944, p. 53.

Por otro lado, toca un punto muy importante, que consiste en encuadrar nuevamente -como otros autores- a la seguridad social dentro del derecho del trabajo como exclusivo de éste.

Consideramos, como lo dijimos anteriormente, que debe analizarse el concepto de seguridad social, pues sus elementos ayudan a enmarcar a la seguridad en un contexto más amplio, sin exclusividades de ningún tipo, ya que el trabajador no es el único que necesita de seguridad, sino que abarca a todos los estratos de la sociedad.

Por todo lo anteriormente dicho, nos parece que a la seguridad social la podemos definir como el derecho de todo individuo a recibir del Estado, a través de sus organismos públicos, en coordinación con los sectores sociales y privados, los medios suficientes y necesarios para atender el cumplimiento de sus fines y le asegure un mínimo de bienestar y desarrollo para con ello lograr una vida plena y productiva tanto en el aspecto individual como colectivamente.

3. Previsión Social

El término "previsión social" fue el primero que se utilizó para hablar de seguridad social. Previsión significa acción de disponer lo conveniente para atender contingencias o necesidades previsibles. "La previsión es la acción de los miembros de la sociedad, de los hombres, de sus asociaciones o comunidades y de los pueblos o naciones, que dispone lo conveniente para proveer a la satisfacción de contingencias o necesidades previsibles, por lo tanto, futuros, en el momento en que se presentan, esto es, la proyección de las necesidades

presentes en el futuro"(20) señala Mario de la Cueva, dirigiendo este concepto a evitar el temor del mañana.

Actualmente la idea de previsión social se recoge en términos de relación laboral pues "el hombre que entrega a la economía todo lo que la naturaleza le ha dado, tiene derecho a recibir todo lo que la naturaleza le exige para poder vivir, lo mismo en su presente que en su futuro" declara Mario de la Cueva. Esta afirmación está ligada con los comentarios que hemos hecho en los incisos anteriores, ya que la previsión y la seguridad social son concebidos como ayuda o subsidio al trabajador (y sus dependientes) y al estar ofreciendo sus servicios al patrón y arriesgar su salud y su potencial productivo, exige en consecuencia, sistemas de seguridad para su futuro.

"La previsión social como virtud, es el conocimiento y contemplación del futuro deducida del pasado y relacionada con el presente. Ver por anticipado, prever. Como técnica es precaver y prevenir ese futuro"(21) señala Pérez Leñero, al hablar de los seguros sociales, diciendo que la previsión social se basa sustancialmente en los seguros sociales, ya que el concepto de éstos presupone la de aquella.

"La previsión social dirige su acción hacia el individuo. Más que a la familia, a la comunidad. En cambio la seguridad social toma al individuo como componente de la colectividad" expresa Díaz Lombardo, y complementa la idea diciendo que "Francisco Walter Linares define a la previsión social como 'la institución que tiende a instaurar una cierta seguridad social, al liberar al ser humano económicamente débil

(20)DE LA CUEVA, Mario, El nuevo derecho del trabajo, op. cit. p. 12

(21)PEREZ LEÑERO, José, Fundamentos de la Seguridad Social, op. cit. p. 18

del temor de verse desamparado ante los diversos riesgos que le acechan y que, con sus escasos recursos, no podría afrontarlos", de lo que se desprende que a la previsión social se le ha vinculado con la necesidad del individuo económica y socialmente débil, así como al concepto de seguridad social, pues de una deriva la otra. La seguridad social no puede concebirse sin la previsión, pues lo que no se prevé no puede asegurarse.

La anterior concepción no dista de la verdad, ya que para que se le pueda garantizar al individuo los medios suficientes para su subsistencia, se necesita primeramente prever las posibles contingencias en base a la garantía de un nivel de vida adecuado, de allí que afirmemos que la previsión y la seguridad social nacieron al mismo tiempo, en base a las circunstancias que vivieron los hombres en la época medieval, así como los trabajadores involucrados en los movimientos obreros de los Siglos XVIII y XIX, y quienes eran tratados todavía como esclavos o como siervos, época que constituyó el clímax de las inconformidades a pesar de ya no existir la figura del esclavo y sí la del patrón y el trabajador, como consecuencia de una ideología liberalista y encaminada, por parte del patrón, a defender los medios de producción, y por consiguiente, la permanente explotación del obrero.

Por parte de este último, se hayaba la búsqueda del rescate de la dignidad y el mantenimiento de los derechos surgidos en esta época como sociales, para proteger [ya no al individuo en lo particular], sino a la colectividad de la clase obrera, que en su conjunto podrían ejercer una fuerza mayor, cuyo resultado fuera que el Estado y los patrones protegieran estos derechos.

Por lo expuesto, tanto la previsión como la seguridad contienen la misma fundamentación; una no puede ir sin la otra. Las medidas de prevención se crean a partir de un sistema de previsión para llegar a la idea generalizada de seguridad. Empero, hoy en día la concepción de la seguridad social debe ser cambiada, del enfoque previsional, al enfoque globalizador, es decir, los orígenes de la previsión social y de su consecuencia necesaria, la seguridad social, requieren no sólo descartar la idea de cubrir contingencias, sino establecer una serie de mecanismos que aseguren permanentemente el acceso a los servicios no únicamente a los de atención médica o seguros sociales en lo individual, sino a aquellos que coadyuvan al desarrollo y bienestar del hombre en sociedad.

II. NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIALES

1. Inseguridad del hombre en la antigüedad

El hombre es un ser desprotegido, fundamentalmente desde un punto de vista en la escala biológica. Para su estudio debe considerarse desde varios aspectos que concurren en su personalidad:

Primeramente, el desarrollo de las características físico-químicas que constituyen su materia, es decir, es producto de los atributos ancestrales precedentes a su existencia.

En segundo lugar, debe considerarse la conjugación de la personalidad humana con las contingencias del medio físico determinante en su actuación, misma que contendrá la manera de responder a las eventualidades del medio en donde actúa y al que se adapta.

Por último, la personalidad humana se modela por un factor educativo específico, la experiencia del pasado y las impresiones actuales. Es decir, se deben tomar en cuenta la cultura y las contingencias sociales que determinan una nueva influencia ante la que se responde de manera original, considerando en este último caso la economía, la legislación, la política, la guerra y en general, los aspectos sociales que se presentan.

Por ello, se ha considerado que el hombre debe ser estudiado desde un punto de vista biotipológico, es decir, en

el aspecto biológico humano de manera integral, tomando en cuenta además que la salud y la calidad de un conglomerado, quiérase o no, determina la conducta colectiva.

A fin de poder hacer el estudio biotipológico del ser humano, de los factores que le han afectado y de la manera de protegerlo; debemos decir que desde tiempos remotos el hombre ya vivía con ciertos temores e inseguridades.

El problema eterno de la inseguridad ha venido remediándose de diversos modos, a través de concepciones religiosas primarias, en formas definidas por moralistas y pensadores, por medios empíricos colectivos o en forma unilateral, hasta que, estudiada mejor la necesidad, sus causas vitales y sus concausas sociales, ha podido llegarse a las nuevas fórmulas técnicas. Pero esto no se ha logrado sin haber encontrado, a través del tiempo, los factores sociológicos a través de la historia que actuaron en su creación, que le dieron forma, o que inclusive contribuyeron a su abandono o desaparición, ya sea por transformación radical o por haberse adoptado otra dirección que se creyera más eficiente.

Dentro de la inseguridad actúan factores que obedecen a causas sociales, físicas o biológicas, es decir, a la salud en general. Los que obedecen a causas sociales se han intentado remediar creando estructuras de defensa colectiva que podemos decir, quedan vinculadas al Estado, convirtiéndose en una función de autoridad o de soberanía. Los que obedecen a causas físicas han venido quedando vinculados al proceso de evolución económica, y los que derivan de causas biológicas han tratado de subsanarse mediante acciones referentes al desarrollo productivo del ser humano.

La posibilidad de vida del hombre y su familia dependen de la actividad productora que les sirve para satisfacer sus necesidades, por ende, se ha considerado que la inseguridad aludida es aquella que tiene como consecuencia disminuir o anular la actividad productora del individuo, trayendo como consecuencia ineludible que sus necesidades vitales y las de los suyos, no puedan satisfacerse.

Por un lado, la inseguridad consiste en que la persona, por acontecimiento extraño a su voluntad, no puede satisfacer sus necesidades primarias, o llegando inclusive a suprimirlas; en otro aspecto, se encuentra la extinción de la vida del individuo con la repercusión de la imposibilidad de su familia para satisfacer esas necesidades en caso de haber dependido económicamente de aquél. Esta supresión de actividad conlleva a una repercusión económica inevitable.

Las enfermedades han causado que la vida del hombre contenga una disminución de su actividad productora, esto nos permite decir que la inseguridad de que hablamos se basa fundamentalmente en causas biológicas y es la repercusión social de la forma de vida de la humanidad, la que entonces reviste [principalmente] un aspecto económico. En consecuencia, estas causas quedan comprendidas en dos grupos:

- a) Aquellas que disminuyen o anulan la posibilidad de satisfacer las necesidades cotidianas; y
- b) Las que significan un crecimiento de la necesidad sin un aumento de la percepción.

Las particularidades de esas causas se apoyan en su origen contingente, son generales, de base y forma biológicas, pero con efectos y repercusión socio-económicas. La consecuencia inmediata destacable, es que son previsibles y por

tanto, es posible pensar en medios para evitarlas o remediarlas, ya sea en forma directa por el individuo, por grupos más o menos limitados de acción particular, o por una acción social o general, pero cualquiera que sea esta acción tenderá a restablecer la capacidad productora o a cubrir el déficit que presenta.

La desdicha y la perturbación psicológica derivadas del miedo al porvenir afectan la atención, disminuyendo la capacidad del trabajo del hombre. La felicidad, la liberación del temor, la seguridad en sí, acrecienta el optimismo; la capacidad del trabajador y la calidad de su trabajo mejora y se supera.

La seguridad social tiene como función liberar de esta angustia del hombre, suprimir o mitigar las consecuencias sociales de la pérdida o disminución de la energía de trabajo con la misma secuela en la capacidad de compra del individuo.

Cualquiera que sea la acción a emprender, se han determinado valores morales en su existir. Todas las sociedades, consciente o instintivamente, van buscando el mejoramiento de la vida social colectiva y la regulación de la conducta humana. La moral resulta de una valoración de reglas de conducta, de ella depende lo que se va a realizar y lo que no deberá hacerse.

Para dar una idea de lo comentado anteriormente, diremos que durante la existencia del hombre primitivo, éste vivió bajo la amenaza inevitable de inseguridad, consistente básicamente en fríos, calores tórridos, rayos, sequías, lluvias torrenciales, cosechas perdidas, incendios, pestes y muerte. La inseguridad unió a los hombres por el parentesco y para cohesión del grupo y su fortalecimiento, con el fin de poder

hacer frente a otros grupos humanos. La ayuda entre todos fue respuesta biológica instintiva, consciencia de grupo; llegó a asumirse como estrategia política.

Así, aparecieron primero las organizaciones sociales bajo la característica de la gerontocracia. Sin embargo, el poder de estos ancianos no fue suficiente, pues la dirección, enseñanza y consejo influyeron sobre el carácter de las personas y por consiguiente en su concepción de la vida. Nacieron entonces la magia y el tabú. El tabú es una prohibición de origen mágico y primitivo. La magia positiva o hechicería es un hacer para producir un acontecimiento. La magia negativa es un no hacer para evitar que el hecho en consecuencia se produzca. El propósito de la magia negativa o tabú es evitar el suceso temido. Así el mago aseguraba la caída de lluvia adecuada, regulaba también la marcha del sol, mientras que se exorcizaba al individuo cuando éste era el poseso del demonio.

Los aztecas y mayas precortesianos tenían una religión esencialmente panteísta, esto es, adoraban al sol, la luna, los planetas y las estrellas y les atribuían poderes, por lo que practicaron el ofrecimiento de sacrificios a fin de que fueran protegidos por dichas deidades. "La medicina tenía carácter mágico, sobrenatural. Jugaban valores tales como el maná; el totemismo, valor tribal, compleja simbología de fuerzas terrestres de la que deriva la idea de sagrado e intangible"(22).

El hechicero se convirtió en rey, fue el jefe carismático que hacía del hombre un ser dotado de poderes

(22)ALVAREZ AMEZQUITA, José et al., Historia de la salubridad y la asistencia en México, Vol. I, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, p. 33.

sobrenaturales, algo que propició la santidad del sacerdocio, la veneración que inspiró el jefe o el anciano y la respetuosidad no exenta de admiración y temor que rodeaba la figura del guerrero; así también rendían culto a los muertos, cuyas sombras invisibles vigilaban a la tribu. La medicina también empleó valores religiosos, propios de la magia blanca o negra.

Lo anterior demuestra la existencia de la inseguridad del hombre primitivo y la necesidad que sintió de combatirla y remediarla mediante prácticas, ritos de expiación, exorcismos, prevenciones, augurios, etc.

Dentro de la antigua cultura china, (alrededor del Siglo V a.c.) los grandes filósofos señalaban que la caridad y la piedad filial, así como la armonía, debían ser las grandes virtudes del hombre, por lo que la ayuda entre todos y el trabajo, debían ser el eje sobre el cual se combatiera la inseguridad. Esta ideología aunada a la idea de que la apatía era un crimen universal, llevó al pueblo chino a crear una filosofía conservadora y apacible, lo que fue suficiente para encarar los males que les aquejaban.

En el caso de Japón, la figura del emperador era quien establecía las reglas y quien señalaba lo que era bueno y lo que no. El emperador fue considerado el hijo del sol naciente y propietario originario de las tierras, las que distribuía cada 10 ó 15 años en calidad de concesión. Todos estaban obligados a trabajarlas, pues constituían su futuro. El Goho (jefe) vigilaba las costumbres y la moral de la familia. Si alguien incurría en conductas prohibitivas, se tachaba y se denunciaba ante el jefe, de lo que se deduce que la organización fue muy rigurosa.

Manejaban la agricultura en forma colectiva, normalmente familiar; con ello se prevenían hambrunas, las que por su ubicación geográfica, tenían facilidad de padecer. A esta manera de vivir se le ha considerado la principal señal de inseguridad que demostró el pueblo japonés.

Finalmente, destaca en esta cultura la imperiosa necesidad del varón de no sentirse inseguro, por lo que la legislación era discriminatoria de la mujer en varios aspectos, entre ellos, el no dar a luz un hijo varón significaba pedir el divorcio, aunque en el caso de que la mujer no tuviera donde vivir, se le dejaba permanecer en la casa del cónyuge en tanto ella lograba encontrar vivienda.

En cuanto a India, la inseguridad se reflejaba en su filosofía y religión principalmente. El Brahmanismo les hacía creer que el Atmán (alma) iba a reencarnar y a pasar de una generación a otra; esta reencarnación (Samsara) era en escala ascendente o descendente; posterior a la reencarnación se volvería a Brahman (Dios). Asimismo, tendieron a la meditación, a creer en la vida ulterior, como se ha mencionado.

El Nirvana o nivel máximo de meditación era el grado en que el espíritu estaba en paz con su cuerpo, carente de cualquier temor. El espíritu debía ganarle al cuerpo, por lo que practicaron el fakirismo o austeridad. No obstante, cabe hacer la precisión de que su organización social estaba basada en castas y que la mujer, al igual que en la cultura japonesa, estuvo subordinada al varón, por tanto, discriminada socialmente. De ello se desprende que tuvieron una preocupación por combatir la inseguridad, tratando de justificarla a través del sometimiento de sus congéneres, así como en el apego religioso.

Los egipcios no se diferenciaron mucho de los pueblos aquí descritos en cuanto a los orígenes divinos de sus dirigentes, pues se gobernaban por un monarca de origen divino. Sin embargo, la educación fue rigurosa. El no saber la lección debía ser considerada como una falta grave y se sancionaba con golpes en la espalda. Era un medio de combatir la inseguridad.

Su filosofía estuvo basada en el Tahotep, donde se señalaba que sólo era digno el hombre cuando compartía los bienes que los dioses le daban. La caridad fue obligatoria. Era necesario ser generoso y compartir sus bienes con los demás, de otra manera el hombre se convertiría en rata, porque acumulaba bienes, de acuerdo a su concepción.

Su religión fue altruista y moralista basada en la idea de una vida ultraterrena. Se dice que en la obra "El Libro de las Instituciones" no solamente pensaban en la otra vida. Si querían perpetuar su nombre no tenían que confiar en sus sueños, sino en sus acciones. Asimismo, en "La Canción del Arpista", se establecía que en este mundo debemos arreglar nuestros asuntos. Quien se espera para su muerte, se espera para la eternidad, señalaban.

Por otra parte, mantuvieron previsión para casos de hambruna mediante almacenajes, producto de su actividad agricultora.

En cuanto a los pueblos del lejano oriente y en especial Mesopotamia, se ha establecido como principal documento el Código de Hammurabi, cuyo contenido hace referencia a las prácticas sociales, económicas y jurídicas de su época. El Código permitió que se repartieran tierras a los templos; establece una limitante a la esclavitud, que es de tres años; también la prohibición de exportar para evitar

desabasto en la región, sin embargo, de las ventas se destinaba una parte al Rey. De la misma manera y para evitar dudas e incertidumbres, los contratos se firmaban en presencia de testigos. La ciudad respondía por el robo que sufría un extranjero en ella, así como también estableció la Ley del Tali6n en caso de haber dolo en alguna acci6n civil.

Por haber sido un pueblo en constante fricci6n con otros, pues se componía de asirios, acadios, sumerios, caldeos, semitas, entre otros, Mesopotamia tuvo problemas para mantener un sistema de seguridad permanente, por lo que fueron rígid0s en sus sanciones. Se ha establecido, por ejemplo, que mediante el Idak, se regul6 la pena de muerte a todo responsable de un servicio mal prestado, como fueron los casos de m6dicos que dejaban morir a sus enfermos, maestros que no ensefaran, arquitectos cuya construcci6n se viniese abajo, etc.

Los fenicios tuvieron una vida principalmente militar y comercial. Fueron rígid0s en su trato a los ni6os y las mujeres. Practicaron la esclavitud y el sacrificio de menores a una boca de fuego ante Moloch, su dios. Las mujeres debían defender las murallas mientras los hombres y ni6os se escondían en las montañas.

En el caso de los persas, estos practicaron la caridad; la dignidad fue su arma principal. Se basaban en la religi6n dual (Ormuz, dios del bien y Arimán, dios del mal), por lo que la inseguridad en este pueblo continuaba teniendo una base y estructura religiosas.

Israel ha sido uno de los pueblos m6s importantes de la historia del mundo. Su vinculaci6n permanente con la idea de Dios (Jehová) permiti6 que trascendiera esta raza, pues su ensefanza cre6 toda una concepci6n que acab6 con muchas

inseguridades. Mediante el derecho hospitalario obligatorio se tenía certidumbre de las situaciones, pues por ser un lugar lejano e inhóspito, se debían dar las condiciones necesarias para vivir en armonía y sin temor. Dios fue la base de todo, por lo que se buscaba la manera de recibir su palabra-guía con el fin de saber las reglas a seguir, por eso se dice que el Derecho es Bíblico, ya que en la Biblia se encuentra la palabra de Jehová.

Para evitar la inseguridad, se aprovisionaron de granos y suficiente cosecha en lo que denominaron Año Sabático, en cuyo período no se trabajaba la tierra. De la misma manera, trataron de no infundir inseguridad a los esclavos, dejándolos en libertad cada siete años; no se debían embargar bienes indispensables para la existencia del deudor y su familia; se debía ayudar asistencialmente a los peregrinos (extranjeros), al anciano, a la viuda y al huérfano. Se señaló que a quien incurriera en un delito y se le encontrara culpable, se le debía desterrar y quitar sus bienes. Si se declaraba inocente, se le daban aguas amargas y una pócima de tintas y hiervas para comprobarlo. Si resultaba inocente, se le perdonaba; en caso contrario, moría. Si había muchos testigos de su culpabilidad, era lapidado.

El pueblo israelita dejó huellas importantes de humildad y ejemplo de ayuda en los subsiguientes pueblos que habitaron el viejo continente; se puede decir que fue el más importante. Su enseñanza sirvió para que en los siglos venideros se tomara su doctrina como pilar en favor de los desprotegidos.

Como hemos visto, se puede entender que la inseguridad ha prevalecido a lo largo de la historia, y cada nación, de diversas maneras, ha tratado de evitarla o

combatirla, según sus medios y creencias. Esto tiene una lógica, pues el hombre tendrá una desventaja a lo largo de su vida, que es precisamente su constitución biológica, así como los factores socio-económicos que influyen en su desarrollo.

El hombre antiguo tuvo una gran situación en su contra, consistente en incesantes invasiones y por ende, a las imposiciones que de ellas emanaban; sin olvidar el retraso socio-económico y político que lo rodeaba. Por otro lado, el desarrollo del individuo ha tenido diversos matices, caracterizados por un gradual y lento avance.

Como veremos más adelante, existieron instituciones que a lo largo de varios siglos fueron imperceptiblemente diferentes, por lo que consideramos que fue hasta los últimos siglos de la historia en donde ya hay un logro sensible en cuanto a la cobertura de la seguridad social para los individuos.

2. Caridad y ayuda religiosa del Siglo VI al XVIII

En realidad, hablar de ayuda es hablar de la historia de la humanidad, pues se ha dado de manera instintiva e intuitiva para evitar incertidumbres, de acuerdo a lo expuesto en párrafos precedentes.

Los egipcios, al morir, llevaban en su ataúd un papiro para Osiris, dios juzgador, en el que decían: "he dado de comer a los hambrientos, agua al sediento, ropa al desnudo y

barca al náufrago; he protegido a la viuda y al huérfano, valor moral que le concedían a la protección del débil social."(23)

Los griegos conocieron el sistema médico. Decían que la falta de salud llevaba a la incapacidad del esfuerzo, la riqueza inútil y la elocuencia ineficaz. No se registraron en esta sociedad instituciones para remediar el daño social ni las eventualidades del hombre en lo individual. El vínculo de la comunidad dió origen al mutualismo.

La cultura griega inspiró a los romanos para la creación de sus legislaciones e instituciones, como lo fue, por ejemplo, la esclavitud. Los estoicos manifestaban que esta institución no era congruente con la naturaleza, por lo que era necesario emancipar a los esclavos. Aunque no se dió la libertad total a éstos, hubieron diversas modalidades para que un Instrumentum Vocale (esclavo) tuviera ciertas prerrogativas.

La norma moral, convertida en precepto legal en Roma, inspiró los principios generales del derecho, producto de la influencia estoica griega. Algunos conceptos morales fueron: la conducta honrada y buena impone la ayuda y amparo al desvalido; el respeto a la libertad y derecho ajenos; el ser veraz; el cumplimiento de la palabra empeñada y otras.

Los epicúreos griegos enseñaron que la sociedad y el Estado existían solamente para proteger al individuo. El Estado tenía, para los epicúreos, únicamente el valor de un contrato mutuo de seguridad.

Fue en Roma donde surgieron las primeras cofradías y gremios en el Siglo V. Eran organizaciones religiosas o

(23) FLORES GONZALEZ, Ma. Luisa, Historia de la ayuda en el mundo y en México, U.N.A.M., México, 1986, p.11

profesionales de ayuda para sus miembros, aunque llegaron a extender su función a los no asociados. Revistieron varios nombres y modalidades y han sido considerados como un antecedente de la ayuda organizada.

Las Collegia Compitalicia eran cofradías religiosas formadas por los barrios donde vivía la plebe. También existían las Sodalityes Sacraes (de naturaleza sagrada), cofradías que agrupaban a los patricios en el culto a los dioses. Se ha dicho por algunos autores que este tipo de organizaciones sirvieron más para fines políticos, por el número de sus miembros, que para los fines originales.

Junto a estos dos tipos de organización, aparecieron otras denominadas Collegia artificum vel opificum (Colegios de de tipo profesional).

Todo vínculo de comunidad, cualquiera que sea su carácter, sea de tipo religioso o simplemente profesional, contemplaba y prevenía la seguridad colectiva y la de sus miembros. Mommsen estima que los colegios romanos fueron, en cierto sentido, sociedades de socorros mutuos; otros doctrinarios reducen esta actividad, diciendo que la asistencia mutua fue una excepción en ellas. Lo que nos queda claro, es que fueron una forma de mitigar la inseguridad de sus miembros, pero no estamos del todo convencidos de su función asistencial.

Se ha dicho también que las fundaciones fueron otro tipo de organización mutua, y que fueron creadas con una naturaleza pública y sostenidas por el fisco. Estas fundaciones pia causa (para causa piadosa), se instituyeron para beneficio de los pobres, enfermos, prisioneros, huérfanos y ancianos, pero su patrimonio como causa piadosa estaba sometido a las iglesias y obispos con respecto a su administración.

Respecto a los colegios, de acuerdo a Etienne Martin Saint-León, independientemente de sus funciones como uniones de artesanos y trabajadores, tenían misión de ayudar a sus miembros caídos en estado de necesidad y a los huérfanos. Mario de la Cueva establece que en los orígenes del régimen corporativo se dió una lucha de clases entre maestros y aprendices, dando como resultado las Fraternités o Bruderschaften, parecidas a las Collegia romanas.

Con el triunfo y generalización del cristianismo fueron desapareciendo muchas de estas asociaciones romanas, de matiz pagano, o evolucionaron hacia la cofradía de inspiración cristiana, nacida al amparo de la Iglesia. El cristianismo marcaba una nueva moral, trascendente, religiosa, impulsaba a la solidaridad humana, que obligó a dar alimento y enterrar a los pobres, proteger a los indigentes y huérfanos, y auxiliar a los ancianos.

El cristianismo hizo seguros y rápidos progresos. Contaba con millones de adeptos. Desde el Ganges al extremo Occidente conocido, constituían una sociedad y una organización aparte, incluida dentro de la gran sociedad y del Estado Romano. En el año de 313 Constantino promulgó el Edicto de Milán reconociendo a la Iglesia cristiana y restituyendo los bienes que se habían confiscado; asimismo, concedió el derecho de desempeñar cargos públicos y de edificar templos.

Dos mandamientos resumían toda la doctrina cristiana: "Amarás a tu prójimo como a tí mismo" y "Amarás a Dios sobre todas las cosas". Jesús, al equiparar a todos los seres humanos, sin consideraciones de raza, sexo o edad, fincó la estructura de sociedades más justas. Cuando habló de ayudar al prójimo utilizó la palabra aramea Sigdad, que significa también "justicia".

El cristianismo proclamó la igualdad, dignidad, perfectibilidad de los hombres, sin distinción de razas ni de condiciones sociales; el derecho a la vida, la misericordia hacia los hombres, fundamentalmente hacia los esclavos, los niños y los débiles.

La iglesia cristiana pudo desarrollar una destacada actividad de matiz caritativo en hospitales, hospicios, casas de cuna, asilos y leprosarios. Poco a poco se fue formulando la teoría de la ayuda, como respuesta tanto personal, como de instituciones o del Estado. Se reconoció que la ayuda debía tener en cuenta las características del necesitado, su capacidad y recursos y el interés suficiente para superar su condición de menor valía.

Jorge Torres Díaz establece que la asistencia reviste tres caracteres. Por su importancia, en este capítulo nos concretaremos a señalar dos de ellas:

"La individual voluntaria o caridad. Es de carácter voluntario, se manifiesta como una ayuda y cooperación espontánea, cargada de formas justicieras que consciente o inconscientemente reflejan la desigualdad social, la limosna, hospitalidad, socorro, visitas a los caídos en desgracia, filantropía, auxilios para calamidades, etc. son el reflejo de este tipo de existencia. Es una práctica de amor al prójimo, expresado en obras materiales y apoyo en las relaciones interpersonales. También es una virtud cristiana de alto sentido humanista y moral. Asimismo, es socorro para cumplir con el bien común. De igual manera, es un deber de justicia social obligatoria para los adinerados en favor de los harapientos. Por último, es una expresión piadosa por los humildes.

La asistencia organizada por el Clero o Sectores Laicos. Surge a consecuencia de la incapacidad física del voluntariado individual impedido para solucionar el fondo de los problemas en constante aumento y gravedad. El sector laico funda entidades privadas para atender y proteger indigentes mediante la provisión de los recursos mínimos para subsistir. Otros sectores laborales crean corporaciones de ayuda mutua, sociedades mutuarías, fundaciones comunitarias y cooperativas."(24)

Estas modalidades de asistencia, se dieron de manera más enfática a lo largo de la Edad Media, aunque no como es concebida hoy en día, por las características que revistió.

Se inició la Edad Media en el período de las grandes migraciones de los pueblos. A causa de las intensas invasiones, Roma fue un pueblo deseado por otros en virtud de su adelanto cívico. Los germanos fueron romanizados, sin embargo, ésto trae como consecuencia que las formas de la civilización romana lleven aparejado un gradual empobrecimiento, que hubiera terminado en desaparición absoluta sin el predominio de la Iglesia Católica. En este estado de cosas, los jefes de la Iglesia, que era una institución análoga al Imperio en estructura y unidad, adquirió singular poderío. En sus manos se encontraron enormes dotaciones y la beneficencia de todo imperio. La Iglesia adoptó los cuadros administrativos del Imperio.

Los monjes en esta época (Siglo V d.c.) fueron benedictinos, y su labor se tradujo en la práctica de la caridad como manifestación del amor a los hombres, hermanos de

(24)TORRES DIAZ, Jorge, Historia del trabajo social, Col. Desarrollo Social, Hvmánitas, Bs.As., Argentina, 1987, pp.49-50.

Cristo. Abrieron escuelas y ofrecieron ayuda a los desvalidos. La vida secular se había empobrecido considerablemente en lo económico y había languidecido en lo espiritual. La ciudad era únicamente el asiento de la jerarquía. El comercio había decaído, pues la invasión de los germanos y la irrupción de los sarracenos por el Sur, había cerrado los caminos del mar. El Occidente cayó en una economía cerrada de tipo agrario. Constantinopla en este siglo contaba con 50 000 indigentes. Para el campesino, la carencia de semillas, sin hablar de las inclemencias del tiempo, de las catástrofes y de los pillajes, fue a menudo el origen de la angustia. Asimismo, la huida ante el impuesto y las cargas, fue una forma común de la emigración de los pobres hacia las ciudades. Allí ellos volvían a encontrar a aquellos que los habían precedido y que se encontraban en mejor situación económica.

Existió una gran pobreza e indigencia, pues además de los anteriores factores, las cargas pecuniarias fueron excesivas. Los habitantes de esta época se enfrentaron a graves insuficiencias de vitaminas A, B, y D, resultado de la penuria de pan, el exceso de féculas y la falta de grasa. De allí devinieron enfermedades de carencia, una receptividad acrecentada en los más pobres medios, a las parasitosis, las polineuritis, hidropesía, ceguera, lepra y naturalmente, a la peste; enfermedades que continuaron padeciendo durante varios siglos, no sólo en Europa, sino inclusive, con las emigraciones al Continente Americano, en éste último, hasta el siglo XIX (con mayor fuerza). Este estado sanitario precario constituía un terreno vulnerable entre los pobres; la falta de higiene (suciedad, ulceraciones), las deficiencias vestimentarias y las deplorables condiciones de albergue ofrecían a los animales, vectores de contagio, posibilidades favorables de contaminación, por lo que la duración en términos medios de vida de un habitante era de 35 años.

Asimismo, existió una gran proliferación de vagabundos en los edificios públicos y semipúblicos, sin soslayar las iglesias. En cuanto a la invalidez, la legislación bizantina y la moral hacían de la capacidad al trabajo la línea de divergencia entre la pobreza válida y la invalidez. El vagabundo y el desempleo planteaban un problema político; la invalidez física o mental, un problema moral. Algunos aspectos del primero y de sus soluciones aparecen en la legislación justiniana.

La invalidez concernía, además de los enfermos, imposibilitados y ancianos, a los niños abandonados, las hijas víctimas de los proxenetas y en los tiempos de escasez y de hambruna, a todos aquellos que tenían hambre. Cabe hacer mención que Bizancio y Occidente no siguieron el mismo ritmo, pues mientras Oriente conservaba aún un proletariado urbano, Occidente ya se había metido en una pobreza esencialmente rural.

Fue decisivo para la Edad Media el concepto cristiano de la caridad, uniéndola a la idea de la pobreza, así como la práctica por los obispos y los monjes tanto en Oriente como en Occidente. Este concepto transformó la humildad espiritual en un impulso hacia Dios y tendió a aliviar la humillación material y social de los hombres pobres. Hacia el Siglo VI se dice que se atendieron a 120 000 personas. La ausencia de derechos sobre el suelo y la dependencia alimentaria delimitaron los contornos de la pobreza. Una cierta diversidad, en el espacio y el tiempo intervino en función de los modos de ocupación del suelo, de la importancia de la cohabitación de las antiguas poblaciones romanizadas y de los recién llegados germánicos.

En tiempos carolingios la situación empeoró, pues los abusos hacían que hubiera un estado de pobreza excesivo, por lo que continuó el hambre y la vagancia todavía hasta el siglo XI sin cambio. No obstante, los obispos seguían haciendo esfuerzos por ayudar a sus semejantes desvalidos. El Islam hizo de la limosna uno de sus cinco pilares y destinó a los desdichados una parte de los productos de los habous (bienes amortizados que resultan de fundaciones piadosas o caritativas). En el Siglo VI la matricula funcionaba para tener una lista nominativa de los pobres, mantenidos a costa de la Iglesia, sin embargo, no fue lo suficientemente fidedigna.

Hacia el Siglo IX se buscó un equilibrio moral y social, por lo que se dibujó el mito del "buen rey", quien desde ese momento se convierte en juez equitativo, protector de los menesterosos, remunerador generoso de los servicios prestados. Este tipo de cuentos se desarrollaron durante varios siglos, haciendo que los pobres esperaran paz y justicia.

En esta época la pobreza no es solamente una insuficiencia de entradas, sino también debilidad, dependencia, carencia que las injusticias y las rapiñas engendraban y explotaban. Es a esas injusticias a las que la caridad debía poner remedio. Para el pobre, tres soluciones son posibles: la servidumbre, peor que nada para evitar la angustia; la asociación con otros hombres libres para sobrevivir; y la dependencia de un poderoso, sin alienar su libertad.

El significado de la beneficencia parece contener una contradicción interna. Por su parte, los bienes y las rentas de la Iglesia, las obras de misericordia de los fieles, están destinados a corregir las desigualdades sociales, no a suprimirlas. La limosna tiene por destino preservar la estabilidad del orden social, que es en lo que consistía la

paz. Por otra parte, la caridad es la condición del valor espiritual de la limosna.

La Iglesia contó con grandes bienes raíces, por lo que le fue posible ayudar al necesitado. La caridad comprendía: dar al necesitado pan, cerveza, a veces vino, legumbres, quesos y tocino y en ocasiones carne. Se distribuían también el calzado y los vestidos usados de los monjes, cobertores, leña para calentarse y utensilios para la cocina. Desde el Siglo IX, se daban algunos donativos en dinero, aunque cabe hacer la aclaración que el portero de la Iglesia hacía distinción entre los solicitantes: prelados, canónigos, clérigos, monjes, laicos en viaje, pobres, mendigos o vagabundos, incapacitados y enfermos.

Según algunos textos, durante el Siglo XI el pobre sufrió un rechazo social, pues quien ejercía un mando no debía pertenecer a la clase social baja y no era decente que lo fueran los hombres encargados de guiar al pueblo cristiano. Se aconsejaba al desdichado tomar su mal con paciencia, pues era su suerte con el permiso de Dios (principio oscurantista), pero aunque la caridad fuera reconocida como una virtud y la beneficencia como un deber, el ejercerlo permanecía impreso de altivez.

Estos desdichados fueron enviados a las Cruzadas. Las tropas estaban llenas de incapacitados, desprovistos de armas, sin entrenamiento, ineptas para el combate. Para la Tercera Cruzada, ya los pobres habían sido aniquilados (Siglo XII d.c.). Quince mil fueron enviados en esclavitud a las ciudades musulmanas, porque la falta de solidaridad entre los cristianos no había permitido reunir el rescate.

Hacia el Siglo XIII las limosnerías monásticas fueron desbordadas por la afluencia de mendigos. Algunas no pudieron hacer frente a su tarea sino al precio de sacrificios nocivos para su equilibrio interno.

La desproporción entre los recursos y la demanda, no era, sin embargo, la causa única de esa situación. Algunos autores lo imputan también a una cierta falta de adaptación a las situaciones nuevas. Había transformaciones sociales, pues aparte de las grandes calamidades como la peste, los monjes pasaban por casos de penuria, ya que había demasiada movilidad de los vagabundos e indigentes en los bosques en las pequeñas poblaciones lejanas a los monasterios y por ello, era difícil velar por su bienestar. El monje tuvo una vida esencialmente estable y la limosna se insertaba en la liturgia, por lo que sólo era posible ayudar a los menesterosos cuando ellos mismos iban a los monasterios. De allí que fuera necesario despertar la caridad evangélica, para renovar las obras de misericordia que habían sido un tanto retiradas. Para ello se destinaba la cuarta parte de los diezmos a la atención de los pobres (la cuarta) para restaurar asimismo las limosnas.

Hacia el siglo XV el vagabundo terminó en la delincuencia y el crimen. Las causas fueron muchas: fugas, ociosidad, inmoralidad, incapacidad de pagar un alquiler, carencia de empleo, entre otras, por lo que crece la hostilidad hacia la pobreza. La desconfianza se inspiraba en el temor de lo que fueran susceptibles de hacer: robar, incendiar las granjas, violar a las mujeres, matar a los animales y a las personas, envenenar los pozos, hacer sortilegios, etc. La maldad humana pasaba por encontrarse fuera de todo control y por tanto, su presencia era una molestia constante. De allí que también fueran criticadas las órdenes monásticas por prestarles ayuda a estas personas. Se consideraba que el miserable llegó a

ese estado por su culpa y no por otra razón. De igual manera, era considerada la vagancia como la manera más agradable de vivir, pues no exigía ningún aprendizaje, se ejercía libremente sin maestro, no comportaba ningún riesgo, confería aún libertad para despreciar a todo el mundo sin la menor responsabilidad. Sin embargo, las críticas tenían sus límites y los obispos trataron en sus textos de presentar a la pobreza como una afiliación urgente de ser tratada, así como despertar en la población una conciencia benefactora.

Juan Luis Vives, sociólogo de esta época, mediante el "Tratado de Socorro de los Pobres" declaró el derecho del pobre a la asistencia, así como la necesidad de conocer problemas de cada uno de los desvalidos, visitándolos en sus casas y tomando nota de las circunstancias especiales de su existencia para llegar a un diagnóstico preciso del problema y a una ayuda específica. Recomendó que los mendigos e inválidos fuesen protegidos y a los sanos que podían trabajar, enseñarles un oficio. Los zánganos, que vivían en asilos para evitar trabajar, debían ser enseñados a ganarse la vida, así como a los invidentes debía enseñárseles un oficio compatible con su limitación. Al hablar de enfermos y ancianos, decía que "ninguno hay tan inválido que no tenga fuerza para hacer algo"⁽²⁵⁾, preocupándose además por los enfermos mentales y pidiendo los remedios adecuados, trato benigno y afable para evitar el sosiego, así como la educación de los niños.

Al respecto, debemos decir que la Iglesia no fue la única que coadyuvó a brindar caridad a los pobres e indigentes, también hubieron organizaciones laicas preocupadas por éstos. Se ha dicho que aunque las órdenes monásticas contaban con recursos suficientes para el tratamiento de esta población, en

(25) FLORES GONZALEZ, Ma. Luisa, Historia de la ayuda en el mundo y en México, op.cit. p. 21.

su momento éstos fueron insuficientes en virtud del acrecentamiento de las hambrunas y calamidades como las pestes continuas. Asimismo, este estado de cosas se mantuvo en todo el viejo continente: Italia, Francia, Inglaterra, España, Alemania, Grecia, etc.

Esta obra social llamada caridad, se le ha llamado Beneficencia Eclesiástica⁽²⁶⁾, si directamente la organiza y presta la jerarquía de la Iglesia o el Monasterio; puede ser beneficencia privada, si aún inspirada por la caridad, el socorro lo brinda el seglar, señor o vasallo, artesano, grupo de individuos particulares, corporación o asociación laicas. En este sentido, se le ha llamado a este tipo de ayuda, "altruismo", "filantropía", o en su caso, "impulso solidario".

La base económica de estos servicios caritativos, vino a gravar el ahorro individual o corporativo, que se fue canalizando a través de vinculaciones o fundaciones. La limitación de los medios derivados del ahorro, acrecentada por la prohibición canónica de cobrar intereses en los préstamos, imposibilitaron la relación clara y bastante entre el servicio que se debía prestar y su financiamiento. La necesidad creaba la causa del servicio pero no su medida, pues esta cuantificación de la ayuda o del servicio ofrecidos la constituían y limitaban las disponibilidades económicas con que contaban el particular, la institución o la fundación caritativas. En esta forma el desarrollo del servicio se dio en cuanto a las posibilidades del ahorro o de sus rentas y no a las necesidades que demandaban el auxilio.

Fue necesario adscribir estos bienes perpetuamente a la realización de la caridad, constituir el peculio afectado

(26) Cfr. México y la seguridad social, T.I, I.M.S.S., México, 1952, p. 45.

por la finalidad benéfica o de cultura, y regularlo. Así, los hospitales, asilos, escuelas monacales, estudios parroquiales y catedralicios, eran puestos bajo la advocación del santo titular de los bienes adscritos al servicio, que era el que recibía por conducto de sus administradores eclesiásticos, las donaciones o al que se deferían las herencias. Por todo ello, se dice que el derecho elaborado por la Iglesia, el canónico, es el primero que de modo claro y delimitado ofrece el concepto espiritual y trascendente de la institución.

Entre los germanos existía la convicción que todo lo que el santo poseía, lo poseía como pertenencia de su iglesia. El derecho canónico espiritualizó esta concepción, pues el titular de los bienes y sujeto de los derechos, ya no era el santo, su monasterio o su iglesia materializados, sino la institución, ente jurídico ideal, invisible; los administradores detentaban los bienes de la institución, estando ligada indisolublemente esta facultad de administración al oficio eclesiástico. También los hospitales y casas de caridad fueron institutos personificados y reconocidos como titulares del patrimonio y sujetos de los derechos. Así aparece la concepción de la personalidad moral y la de los miembros que la integran, o la de los individuos que se beneficiaron de ella.

Las gildas también constituyeron organizaciones de personas con el propósito de lograr fraternidad y ayuda entre sus asistentes, con la obligación de defender la vida y honra de quienes disfrutaban los placeres de la mesa. Las gildas deben su origen a las ideas cristianas de caridad y paternidad para la ayuda mutua (en Alemania). Se preocuparon por esta clase de ayuda, los servicios colectivos, la protección de los bienes y personas integrantes. En las cláusulas de sus estatutos se prevenían los riesgos, accidentes, socorro a sus

miembros enfermos, atención permanente, la honra a la memoria de los cofrades difuntos y el encargo de educación de los hijos. Algunos autores le atribuyen un antecedente de la seguridad social organizada.

En Francia se fundaron las corporaciones con un carácter institucional bien organizado. La unión de obreros se dividía en aprendices, criados y maestros. El maestro debía darle al aprendiz albergue, alimento, vestido, gastos de enfermedad, estabilidad en el trabajo y promoción laboral. Es una institución o ente moral e impersonal, cuyo funcionamiento implicaba la cooperación de todos sus miembros para el logro de fines comunes. Fueron centros de trabajo tendentes a brindarse ayuda mutua. Aunque hubo cierta explotación de los maestros hacia los restantes miembros, se pueden considerar, desde nuestro punto de vista, como un antecedente remoto de inspiración a lo que posteriormente fue la seguridad social como institución.

En el Siglo XV el feudalismo había caído a causa de los abusos e intentos de apropiación de la propiedad privada de los gobernantes. Europa se encontraba en constante cambio y desajuste, con una gran variedad de pensadores y filósofos tratando de encontrar la mejor manera de gobierno y estabilidad social. Es entonces cuando emigran al Continente Americano personajes, principalmente españoles, a fin de acrecentar sus territorios, convirtiendo en colonias los territorios conquistados y tratando de ganar la fuerza perdida en Europa.

El caso de México no fue la excepción; a partir de 1521 con la conquista de Tenochtitlán por Hernán Cortés, la población cambió radicalmente su cultura. El pueblo azteca había llevado una educación que hacía énfasis en las normas de convivencia: reverencia y temor a los númenes; amor y respeto a

los padres; consideración al anciano, al pobre y al desvalido; no obstante, este sentimiento fue más marcado con las Leyes de Indias.

Antes que llegaran los españoles a colonizar América se desarrollaban formas de vida tribal, de comunidad compuesta ampliada, de reino e imperial. La comunidad tribal trabajaba colectivamente la tierra y formaba una gran familia social con jefes, tributarios y Consejo de Ancianos. El jefe aportaba su habilidad, capacidad, sabiduría y manejo de la tribu y a cambio de estos servicios recibía un tributo que era parte de la cosecha, la que distribuía para su familia y los ancianos impedidos de trabajar. Los ancianos como retribución, entregaban sus enseñanzas a los niños y jóvenes o al mismo jefe cuando éste lo requería.

Con el paso del tiempo aumentó la población tributaria y sobre ella descansaba la producción, la construcción de obras de infraestructura y la atención de la población impedida de producir. El tributo se representaba en especies y servicios. El producto en especies estaba determinado por los excedentes de los cultivos entregados a los jefes y el segundo representaba fundamentalmente la obligación de trabajar. De igual manera, formaban parte de este tipo de tributo las obligaciones que las comunidades tienen para la comunidad general, creando obras de servicio común.

Existió asimismo el Reino Comunitario, entre los que se encontraban los mayas, aztecas, mochicas, chinues, tilmancotas y otros. Daban un tributo que era obligatorio y supervisado para cumplir las obligaciones sociales, religiosas, culturales y militares. Sin embargo, el sector improductivo era mayor por la cantidad de jefes, sacerdotes, maestros y prestadores de servicios personales, lo que obligó a una mayor

tributación, pero no existió el abandono social y económico de los impedidos de la producción por edad, sexo o incapacidad. Aunque hubo diferenciaciones sociales por el nivel de tributación que obligaba más a unos que a otros, se mantenía el carácter de redistribución adecuado a las jerarquías de poder, religión y necesidades básicas de la comunidad. Estas comunidades fueron desapareciendo en virtud de las guerras y la colonización española.

Algunos autores han establecido que este tipo de mutualismo o cooperación y solidaridad por la naturaleza de la sociedad tribal, forma una asistencia social gregaria y primitiva.

En la Europa del Siglo XVI San Vicente de Paul fundó la orden religiosa "Damas de la Caridad", encargadas de visitar a los pobres para entregarles ropa y comida. En 1663 organizó a las "Pobres aldeanas servidoras de los pobres", constituidas posteriormente en las "Hijas de la Caridad", preocupadas por mejorar los métodos para cuidar a los enfermos e inválidos. Fundó varios centros para niños expósitos, los cuales hasta ese momento eran recogidos por la policía y llevados a un hospicio a fin de ser vendidos o ahogados para que no lloraran ni padecieran hambre. Organizó hospicios para los mendigos y ancianos.

Su obra transformó la limosna en trabajo voluntario organizado y metódico a partir de la organización institucional de la caridad y el fomento de la filantropía. Trató de acercar al pobre y al rico para que de tal relación derivara una ayuda digna. Opinaba que la mendicidad fomentaba la pereza y era medio de cultivo para todos los vicios, por ello el mendigo que insistía en conservar esta situación pese a la ayuda que se le había concedido, se le retiraba el auxilio cuando se oponía a

ser rehabilitado. Recomendó la creación de talleres para adiestrar a niños y a individuos desocupados.

En 1531 Carlos I de España y V de Alemania, hizo promulgar una "Ley de los Pobres", en los países bajos. Esta preveía la atención a los necesitados, prohibía y castigaba la mendicidad, excepto en el caso de ancianos o inválidos. Esta ley se hizo extensiva al Imperio Germánico.

En 1527 el Virrey Antonio de Mendoza en la Nueva España recomendó en forma especial, el buen trato a los indígenas que trabajaban en las minas. Prohibió que se aplicara la marca de hierro a los nativos. Fundó un Colegio de Indios en Tlatelolco, hizo construir caminos, puentes y alcantarillados, ordenó algunas medidas de higiene, pues había peste y con ella miseria e insalubridad. Carlos V ordenó a los españoles que en las tierras conquistadas se hiciesen hospitales para españoles e indios y que trataran bien a éstos. Su intención fue poner en un plan de fraternidad a españoles e indígenas, sin embargo, esto nunca sucedió por tratarse de razas diferentes: una ambiciosa, más culta y con conocimientos técnicos; y otra, primitiva y supersticiosa.

En 1524 Cortés fundó en la Ciudad de México, el Hospital de Jesús Nazareno, para españoles, institución que subsiste hoy en día. En 1526 fundó el Hospital de la Tlaxpana, para enfermos de lepra.

A cambio del mal trato, Cortés, el obispo Zumárraga, cuatro oidores y otros particulares de San Francisco y Santo Domingo, acordaron en 1531 fijar un tributo de dos reales al año para aborígenes. Además prohibieron que éstos fueran tratados como bestias de carga.

La institución de la encomienda funcionó como intento de protección por parte del encomendero, la organización social del Calpulli y hacer del encomendero el instructor religioso del grupo, sin embargo, fue el explotador del aborígen al final de cuentas, pues el tributo lo recibía él abusando de la situación.

A partir de 1523 España envió a su nueva colonia a los franciscanos, en 1526 a los dominicos y en 1533 a los agustinos. En 1572 arribaron a esta ciudad los jesuitas, que fueron los más grandes educadores de la Nueva España. Hacia 1585 se presentaron los carmelitas. Todos ellos se dedicaron a educar, defender y amar a los indígenas. Estos religiosos llevaban en su cultura la vieja idea cristiana de Dios y el ánimo de la caridad que durante varios siglos imperó en la Europa feudal, por lo que intentaron aplicar sus conocimientos y el amor al prójimo a los indígenas tan faltos de buen trato, por el despotismo y la actitud negativa de los españoles radicados en la Nueva España.

En 1551 se fundó el Hospital Real de Indias para los nativos. Los principales problemas con que se enfrentaron los conquistadores fueron las pestes (traídas por los mismos europeos), por lo que tenían que brindar ayuda en alimentos, vestidos y viviendas. Destacó en este siglo la presencia de Fray Bartolomé de las Casas, quien logró convencer al rey de España de la desventura del indio, consiguiendo leyes humanitarias y protectoras para la raza indígena.

Queremos hacer resaltar que el siglo XVI es muy importante en este aspecto, pues los gobiernos europeos empezaron a intervenir en la atención de los problemas de la miseria y desajustes sociales, se trató de reglamentar la ayuda a nivel de estructuras gubernamentales y se dictaron leyes

tendientes a suprimir la mendicidad y la vagancia. Como ejemplo tenemos que en el año de 1531 Enrique VIII ordenó a los jueces de paz investigar las solicitudes de los ancianos e indigentes incapacitados para trabajar y se les expidió una licencia para pedir limosna en una zona designada. Esta ley fue un reconocimiento de responsabilidad pública. Asimismo, en 1536 se establece el Primer Plan de Beneficencia Pública que obliga, entre otras, a parroquias a sostener al pobre incapacitado.

En 1563 el Parlamento inglés adoptó medidas obligatorias para financiar el socorro de los pobres. Cada dueño de casa fue obligado a hacer una contribución semanal basada en el valor de su propiedad y sus ingresos. En 1572 la Reina Isabel firmó una ley del parlamento que introdujo un impuesto general para obtener fondos encauzados al socorro de los obres. Estableció también inspectores para administrar la nueva Ley.

Mientras que esto sucede en Europa, en la Nueva España la preocupación por este tipo de gente no fue diferente, aunque no tuvo el mismo éxito. Fray Pedro de Gante llegó a México en 1523 y fundó la Primera Escuela de Cultura Europea que existió en el continente americano. Se dedicó a la educación de los niños, pues consideraba que ellos aprendían más fácilmente, y porque su influencia en la familia y más tarde, en la sociedad, era decisiva y fructífera. Una de sus obras fue la Escuela de San José de Belem de los Naturales, además de que hizo erigir una iglesia en cada uno de los barrios (antiguos Calpullis).

Fray Bartolomé de Ledesma fundó el Colegio de San Bartolomé en Oaxaca además de un convento para religiosas; Fray Bernardino de Sahagún fue otro clérigo educador; Fray Martín de Valencia estableció internados para los aborígenes. Asimismo,

destacaban Fray Toribio de Benavente o "Motolinía"; Fray Juan de San Miguel; Fray Juan de Zumárraga, protector de huérfanos y viudas. Trabajó por la instalación de escuelas en todos los conventos. Fundó un hospital para atender a los atacados de enfermedades contagiosas, sobre todo venéreas que eran un verdadero problema público en esta época. Este hospital se llamó "Del amor de Dios", iniciando sus servicios en 1540. Fundó el Colegio para mestizos y un asilo y colegio para mestizas.

Vasco de Quiroga fue otro prominente educador. En 1532 fundó el Hospital de Santa Fé, cerca del cual fundó después el Colegio de San Nicolás. Este hospital era una institución en la que se atendía a enfermos, ancianos y a niños desamparados. Fundó en Michoacán hospitales y colegios en 1554.

Fray Bernardino de Sahagún se convirtió en maestro de la primera escuela franciscana fundada en 1536. Los jesuitas se caracterizaron por su buena aportación educativa. A pesar de las trabas impuestas por los españoles laicos, sobresalieron 21 colegios jesuitas en toda la Nueva España. Sus escuelas capacitaban y orientaban a criollos y españoles. Destacan el Colegio Real de San Pedro y San Pablo, San Ildefonso, Colegio Máximo de San Pedro y San Pablo, San Gregorio, San Bernardo y San Miguel. Apoyaron a niños carentes de recursos que eran sobresalientes, cuya continuación facilitaron en una escuela fundada exprofeso, en cuya actividad recibían casa, alimento y servicios, y atención necesarios.

Bernardino Alvarez fue otro caso de amor al prójimo. Visitó cárceles y contribuyó a la fundación del Convenio de Jesús María con sus propios recursos. Fundó en México el Hospital de Convalescientes y Desamparados, para ancianos, inválidos y dementes (hoy es la Iglesia de San

Hipólito). Llegó a viajar a Veracruz para recoger a los pobres y los enfermos y traerlos a la ciudad de México con objeto de darles atención adecuada, después de la cual las conseguía ocupación. Abrió hospitales en La Habana, Guatemala, Oaxtepec, Veracruz y Acapulco. Veló por los enajenados mentales que buscó en las calles. No obstante, sus recursos no fueron suficientes y quedó expuesto a la caridad privada.

Se ha establecido por algunos autores que al iniciarse el Siglo XVII existían en la Nueva España 1000 franciscanos, 600 dominicos, 400 jesuitas, 10 mercedarios, 200 dieguinos y 150 carmelitas, aproximadamente. En este siglo disminuyó considerablemente la caridad en México, pues a pesar de las disposiciones de Carlos V, mediante Cédula del primero de mayo de 1543, en la que recomendaba ayuda a los pobres de tierras conquistadas, los españoles prefirieron construir iglesias para ayudar a los menesterosos del lugar, absorbiendo grandes cantidades de dinero y olvidándose de los pobres del lugar.

No obstante ello, las Leyes de Indias regularon la vida novohispana, teniendo en muchos aspectos, una efectiva aplicación y desarrollo tanto para los conquistados como para los españoles. El derecho indiano tenía las características de ser casuístico; tendente a asimilar y uniformar las costumbres del pueblo azteca y de las principales tribus mexicanas; tenía una minuciosidad reglamentista y un profundo sentido ético y religioso. Estas leyes fueron integrándose por los preceptos que iban dictando el Rey, el Real y Supremo Consejo de las Indias y la Casa de Contratación de Sevilla, o por las autoridades radicadas en los territorios conquistados con facultades para promulgar disposiciones de obligatorio cumplimiento dentro de su jurisdicción.

Se ha dicho por algunos autores que está inspirada por moralistas más que por el gobierno. Se desarrollaron entre presiones singulares que infiltraron normas de cautela de intereses privados, por lo que hubo un gran divorcio entre el hecho y la norma que trataba de regularlo. Ello dió ocasión para que las autoridades españolas en América emplearan la fórmula "se acata pero no se cumple". Si la disposición era peligrosa o difícil de realizar, el virrey o funcionario correspondiente, la colocaban con solemnidad sobre su cabeza en señal de asentimiento, declarando al mismo tiempo quedar en suspenso su cumplimiento, por ello hubieron una serie de arbitrariedades en perjuicio del indígena, sin que la Corona española se enterara o en el mejor de los casos, siendo muy insignificante la sanción a los encargados de cumplir las ordenanzas.

Las Leyes de Indias incluyeron reglas sobre abasto, salubridad, regulación económica, bienes de la comunidad, cacicazgos, obligando a las audiencias que oyeran en justicia a los indios, pago de salarios a los indígenas, que las justicias no consintieran que se maten a los naturales, instauración de colegios, que los encomenderos adoctrinen, defiendan y amparen a los indios en sus personas y bienes, que estos indios no hagan trabajos personales a los encomenderos y que los indios sean amparados por la justicia eclesiástica y secular (la Iglesia continuaba regulando la vida de las poblaciones).

Se establecía que "los obrajeros, podría ser que tratasen mal a los indios y los vejasen y molestasen e hiciesen trabajar demasiado y de noche y en días festivos, contra las ordenanzas, ordeno y mando que en caso de que ellos o sus criados y mayordomos les hicieran ésto, queda el indio en libertad perdiendo lo que le restare el obrajero y quedando

nula la escritura para que el indio pueda contratarse con otro obrajero."(27)

Asimismo, se les obligaba a los obrajeros a dar de comer a los indios o indias, a costa del primero. Se debían dar dos libras de pan, tortillas, tamales, pesados todos los días, con peso fiel y pesas selladas, y la carne los días de carne, y los de pescado, las habas, frijoles, sal y chile también. Estaba prohibido dar dinero por comida, "ni maíz en grano, ni carne, ni legumbres por cocer, sino a costa del obrajero, so pena de 100 pesos de oro común por cada día que excediera o dejen de hacer, éstos aplicados por tercias partes (Cámara, Juez y Denunciador)(28)." Esta regulación tenía una base jurídica que era la prohibición expresa de trabajos personales en las Indias.

El Estado Español a través de normas jurídicas imperativas siguió una política de protección. En 1553 se mandó cédula a la Audiencia de la Nueva España para que se ordenara la institución de un hospital, para curar pobres y enfermos; y para su sostenimiento debió darse cierta cantidad de la Real Hacienda. En 1556 se manda a dicha Hacienda que pague 2000 ducados para el mantenimiento del edificio del hospital; y en general, hay una orden de hacer que estos edificios estén en las mejores condiciones, sin importar su costo.

En 1573 existe ya una orden de carácter general estableciendo que en los nuevos descubrimientos y poblaciones se hagan hospitales en que se curen los enfermos pobres, ya sean indios o españoles.

(27)Ibidem, p. 144

(28)Ibidem, p. 148

Comenzando el Siglo XVII (1601) se firmó en Inglaterra la Poor Law (Ley de los Pobres), recopilación de las anteriores legislaciones que representó en forma final la regulación de la vida indigente en Inglaterra. Esta norma jurídica distinguió tres clases de pobres: a) El corporalmente capacitado; b) El incapacitado; y c) Los niños dependientes (huérfanos, expósitos, y los abandonados por los padres). Asimismo, estableció un sistema de socorro público bajo la responsabilidad del gobierno; duró más de 300 años en Inglaterra esta ley. Sirvió de base a otros países para la institucionalización de la asistencia social e instauró el principio de organización comunitaria local, para sostener económicamente a los indigentes. Permitió la creación de casas de trabajo (Work houses), y para vagos y mendigos que se negaban a trabajar estando aptos, impuso destierro y galeras. Contó con inspectores de los pobres, para decidir los casos en que se necesitaba ayuda. Estos inspectores recaudaban impuestos en favor de los pobres, establecidos sobre el valor de las tierras y de las casas, y recogían diezmos que todos los ciudadanos debían aportar para dicho objeto.

Mediante esta Ley, reconocía el gobierno su obligación de intervención, pero disponía cargas impositivas a particulares para la atención de esa patología social, pues constituía una carga para el gobierno.

En 1602 se fundó el Hospital de San Juan de Dios en la Nueva España, sumándose a las obras de caridad que iniciaron los clérigos. Es de mencionarse que la Nueva España así como Europa en la Edad Media y después, constantemente estuvo expuesta a pestes, tifo, influenza, fiebre amarilla, epidemias, insalubridad y suciedad, pues los medios para combatir este tipo de problemas, eran primitivos y no tenían la suficiente capacidad tecnológica para subsanarla. De la misma manera, la

nueva colonia era objeto de constantes inundaciones y ello contribuía a hacer que la situación empeorara, ejemplo de ello fue que en 1616 hubo hambruna; en 1630 inundaciones; en 1673 carestía y en 1694 peste. Sin embargo, no cesaron los esfuerzos por ayudar en lo posible a quien lo necesitaba y a edificar lugares para su atención.

La salubridad pública era deplorable, por lo que se constituyeron los llamados "Protomedicatos", encargados para su atención, que eran Juntas integradas por un experto en derecho, un fiscal, un escribano que diese fe de sus actos y un portero. Estas Juntas funcionaron de 1628 a 1831.

En 1649 la Inquisición llegó a la Nueva España, sin embargo, los indígenas fueron excluidos de su aplicación por disposiciones reales. En 1675 se fundó el Hospital de Betlem, sostenido por Betlemitas, así como una escuela de primeras letras. En 1680 se fundó el Hospital del Divino Salvador, creación de José Sáyo, dedicado este Hospital a mujeres dementes, las que recogía en las calles y llevaba al hospital. El Hospital de San Antonio Abad fue fundado por los antoninos para histéricos y epilépticos. Este lugar funcionó a base de pago de cuotas de los pacientes. Para estas fechas los jesuitas habían extendido su obra educativa y caritativa desde la Alta California hasta Paraguay.

En la Novísima Recopilación se hace referencia a que los administradores o rectores de niños expósitos del Reino debían cuidar que no se sacaran niños de la casa, "que se les dé educación y enseñanza para que sean vasallos útiles y no ser entregados salvo con las seguridades y cuidados y las formalidades necesarias a personas que los mantengan y enseñen

oficios y destinos convenientes a ellos mismos y al público(29)."

Con el Siglo XVIII se inician prácticamente las obras de beneficencia, aunque no muchas. Este período se caracteriza por una inmensidad de epidemias de fiebre amarilla, tifo e influenza en las costas de México y en la ciudad capital.

Al igual que Europa, México fue foco de vagabundeo y mendicidad, por lo que Cortés decidió erradicarla de raíz, aunque con pobres resultados. La legislación mexicana inspiró una gran persecución en contra de este sector de la sociedad a partir de la segunda mitad del Siglo XVIII. Cortés decía que los vagabundos andaban de pueblo en pueblo molestando a los indios y dándoles mal ejemplo. A lo largo del Siglo XVI se trasladó a la Nueva España la legislación española contra los vagos y se dictaron nuevas medidas para corregir la vagancia que surgió en la Colonia, pero después de este interés inicial, la vagancia dejó de ser un problema urgente, surgiendo hasta el Siglo XVIII nuevamente.

En la capital de México se resintió la creciente crisis rural. El vago era la persona que no trabajaba y que se entregaba a una vida de vicios como la embriaguez y el juego (concepto importado de Europa). Las justificaciones para prohibir la vagancia se repitieron a lo largo de siglos. Uno fue evitar delitos que comúnmente se originaban en la ociosidad; otra fue el obligarles a que fueran útiles a la patria.

En cuanto a los mendigos, la vieja legislación española había distinguido entre los vagos y los verdaderos

(29) Novísima Recopilación, Libro VII, Título XXXVII, Ley III.

pobres, reconociendo su derecho a la caridad y a cuyo favor se les expidió una licencia que les diera derecho a pedir limosna.

En 1774 se prohibió por primera vez en México el pedir limosna, situación que se aplicó en España hasta tres años más tarde y se reiteró con regularidad en la Colonia. Después de 1774 la legislación que ordenaba la recolección de vagos también ordenó la de mendigos. En el Siglo XIX estos dos grupos llegaron a conocerse como léperos.

Al anunciar la apertura del Hospicio de Pobres en la Ciudad de México en marzo de 1774, el virrey aseguró que el asilo de los verdaderos pobres era la mejor manera de socorrer a los mendigos en sus necesidades materiales y espirituales. En primer lugar, se impediría que los mendigos que fingieran serlo, les usurparan las limosnas de los fieles. En segundo lugar, se contribuiría a la seguridad de los desvalidos, pues estaban expuestos a muchos peligros de alma y cuerpo.

Esta nueva forma de tratar la mendicidad le permitió al Estado intervenir directamente en las vidas de personas de todas edades y sexos. La legislación del Siglo XVIII al preocuparse por incorporar a los vagos al servicio militar, designó como vagos principalmente a los hombres robustos y sanos, quedando sin solución el problema de la mujer sin trabajo ni ingreso, así como el del anciano y del niño.

Algunos historiadores han establecido que la solución de internar a los mendigos en asilos respondió a tres objetivos del interés de la familia Borbónica: el primero fue el agrandar el papel del Estado en la sociedad, pues al decretar que la caridad se debía de administrar por vía del asilo, se centralizaba la asistencia pública bajo la dirección de un Estado fuerte. El Estado estableció su supremacía sobre

la Iglesia y sobre los individuos que repartían limosnas mal dirigidas directamente a los hospitales. Los asilos también reformaron la sociedad mediante la educación. Fueron instituciones para instruir a los mendigos y transformarlos en ciudadanos útiles. Otro propósito que se ha considerado, es el de control social, ya que el deseo de ayudar a los verdaderos pobres nunca fue el único detrás de la legislación.

Cuando se reformó el Hospicio de los Pobres y se reiteró que los mendigos tenían que internarse en este asilo, el bando virreinal le dió más importancia al estorbo que causaban, que al bien de los mendigos mismos.

En 1790 se llegó a prohibir la presencia de los mendigos en las procesiones, en las calles por donde pasaran éstas y en los paseos públicos, sin descartar las funciones solemnes que se celebraban en las iglesias. Se previno que siendo la desnudez un indicio de ociosidad o de malas costumbres, los pobres andrajosos serían encarcelados y tratados como si fueran vagos.

En 1801 se tildó a este sector de plebe, el que se presentaba "con indecente y vergonzosa desnudez, sin otra ropa que una asquerosa manta o inmunda gerga(sic) que no alcanza a cubrirla enteramente"(30), es decir, se llegó a considerar de este modo a casi toda la población.

Por todo ello, se dió una nueva relación entre pobres y ricos. Entre otras razones, por el crecimiento urbano y la complejidad de la sociedad, que dió como resultado la fragmentación de la comunidad, pues los miembros pobres no eran

(30) Memoria del IV Congreso de Historia del Derecho Mexicano, T.I., Serie Estudios Históricos, No. 25, U.N.A.M., México, 1988, p. 85

iguales a los miembros ricos -en su concepción- y por tanto, debían separarse.

El 4 de noviembre de 1728 se aprobaron las Ordenanzas Municipales en la Ciudad de México, las que normaron, impusieron y señalaron cómo iban a vivir los habitantes de la capital y revistieron gran importancia en cuanto a salubridad se refiere. Para 1730 la ciudad de México se encontraba dividida en seis cuarteles para facilitar su organización y administración.

El año de 1736 significó una disminución en dos terceras partes de la población de México a consecuencia del tifo. Sin embargo, sobresalen en este período la reacción caritativa de los habitantes de la Nueva España, v.gr. P. Martínez (jesuita) abrió dos hospitales; Vicente Reveque inauguró otro en la Plaza de Gallos; el Ayuntamiento instaló uno, y otro fue creado por el Arzobispo Virrey, en San Hipólito. Otro jesuita, Nicolás de Segura, instaló otro en San Lázaro y uno más fue edificado para convalecientes.

En 1756 se aprobó la Nueva Recopilación de Leyes de Indias obligatoria en su enseñanza (iniciada en 1681 la primera edición). En este documento se hace referencia a la ordenanza de que se funden hospitales en todos los pueblos españoles e indios. En el título III, Libro I, Ley II se establece que los pobres y enfermos que tengan enfermedad contagiosa, deben estar en lugares "levantados"(sic) y partes que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales, vaya a herir a los demás pobladores; y los que no sean contagiosos, deben estar junto a las Iglesias por claustro de ellas.

En 1779 se fundó el Hospital de San Andrés, para enfermos de viruela, que es actualmente el Hospital General. En 1756 también se fundó el Hospital de Terceros y para 1793 el

Conde Revillagigedo estimaba la población en 4 millones y medio de habitantes en la Nueva España.

En 1767 el obispo Lorenzana, alquiló una casa en el barrio del Carmen, la acondicionó y la inauguró como "Casa de Niños Expósitos". En 1773 bajo el gobierno de Bucareli, se inauguró una casa de mendigos, vagos y holgazanes, que había iniciado el Dr. Fernando Ortiz Cortés en 1763, y quien levantaba ancianas que imploraban la caridad pública a las puertas de los templos. A fines de 1771 Alonso Núñez de Haro y Peralta, se interesó por la Casa de Niños Expósitos que había dado escasos resultados, cambió la casa de la calle del Carmen, por otra mejor, le dió recursos suficientes, redactó sus ordenanzas y organizó la Junta de Caridad que había de Administrarla y sostenerla. Esta Junta contaba con un sistema de adopción: los niños podrían ser adoptados después de ser cubiertos minuciosos requisitos; pero si los adoptantes no las atendían bien independientemente de cuál fuera la causa, la institución los recogía nuevamente.

En 1770 el Marqués Carlos Francisco de Croix estableció la Real Lotería de la Nueva España, con fines parecidos a los actuales. El Capitán Francisco Zúñiga, miembro de la Junta de Caridad del Hospital San Andrés inició su "Escuela Patriótica", dedicada a niños huérfanos, para que allí recibieran educación cristiana y civil que los hiciera útiles a sí mismos y al Estado, considerándola hoy día como una escuela con características de servicio social, previsión y readaptación. Actualmente es el Internado Nacional Infantil.

En 1767 se decretó la expulsión de los jesuitas y con ella la educación quedó desprovista de la importante asesoría que estos canónigos daban, hasta el año de 1814, en que pudieron regresar.

En 1775 Don Pedro Romero de Terreros fundó el Nacional Monte de Piedad, cuya función fue facilitar préstamos de dinero, bajo garantía prendaria a todas las personas, con un interés módico. Se ha considerado que esta institución fue y ha sido de gran utilidad a la población.

A finales del Siglo XVIII las noticias de la guerra de Estados Unidos y de Francia llegaron a Nueva España. Los criollos analizaron su sociedad y las condiciones del país, y a la luz de técnicas estadísticas se rebelaron, verbalmente y por escrito, contra la desigualdad social, la subordinación de su país a España y el despotismo político; demandando terminar con el sistema tutelar que pesaba sobre los indios, el cual los había hecho tan inseguros de sí mismos y tan dependientes de otros. Pretendían entregar a los indígenas lo que les correspondía de la parte rural comunal, para que ellos se responsabilizaran totalmente de su manejo.

El Consejo de Indias para estas fechas era anacrónico y fue sustituido por el Despacho de las Indias, resultando la regionalización y descentralización de los mandos en las zonas delimitadas. Así también, la Iglesia ya manejaba créditos a favor de agricultores con grandes extensiones de tierra (españoles), recibía rentas de sus propiedades, del campo y las ciudades, y contaba con intereses de capitales sobre propiedades de particulares. Los cementerios dependían del clero y ellos imponían las cargas a los feligreses, tales como el diezmo y el pago de servicios para contraer matrimonio, bautizos y otras atenciones de índole religiosa, por todo ello, se propició un ambiente listo para la independización de México, para así poder deshacerse del yugo español.

3. Beneficencia pública en el Siglo XIX

Transcurría el Siglo XVIII cuando en Europa aparecieron las máquinas de hilar y otras, que iniciaron el movimiento industrial y con él el individualismo, como reacción contra el régimen absolutista de los reyes, la nobleza y la iglesia, y contra los encasillados sociales de la Edad Media, que mantuviera al pueblo sometido en una estructura piramidal autoritaria, con muy escasas posibilidades de movilidad social vertical.

Este liberalismo alentó a los criollos para acentuar su descontento con el régimen español. La estratificación social de la Nueva España, su régimen jurídico, su dependencia y subordinación a organismos peninsulares, constituidos por personas ignorantes de la conformación de América, y sobre todo, que vivían un conservadurismo totalmente contrario a la natural renovación de lo social, fueron factores determinantes de que las minorías selectas, principalmente constituidas por criollos y mestizos, pugnarán por la independencia de México, única manera de liquidar privilegios, de acabar con las castas, de reordenar todo, desde las leyes hasta los derechos inherentes a la personalidad humana, por encima de cualquier antecedente. La existencia de castas era impedimento para normar las interrelaciones sociales y por tanto, el liberalismo era la salida a tales limitantes, pues se inspiraba en la búsqueda de principios y leyes que aseguraran la libre actuación del hombre en lo individual y colectivamente. La idea a seguir es la libertad del hombre, y con ella la responsabilidad, protegido por un Estado soberano.

En esta época España está en el ocaso, ya que no se ajusta a los cambios habidos en la Guerra de Francia, ni a las

transformaciones sociales europeas. De 1801 a 1824 se sucedieron diversos acontecimientos que causaron la crisis de España. Se firmó la paz entre España y Francia, pero la primera quedó bajo el yugo francés. En 1808 Fernando VII sucedió a Carlos IV en virtud de su abdicación, y es atacado por Francia; el Rey no responde debidamente y lanza a su pueblo al ataque, resultando la firma de la Constitución de Cádiz de 1812, en la que se declaran los derechos del hombre y crea una organización administrativa en la que el poder civil tiene la primacía sobre los intereses de clase y de casta.

Este hecho ayudó a los inconformes conquistados en la Nueva España para que el 16 de septiembre de 1810, mientras se fraguaba el conflicto franco-español, Miguel Hidalgo con 600 famélicos, desarrapados, sin armas, iniciara una lucha que concentrara a la fuerza desencadenada por tres siglos de opresión, dispuestos a iniciar su lucha. El pueblo que seguía a Hidalgo buscaba destruir el orden social y tomar la revancha. Este movimiento se constituyó por campesinos, mineros y plebe de las ciudades. En pocos días se habían concentrado 100,000 rebeldes.

Hidalgo enunciaba abrogar tributos, abolir la esclavitud, suprimir la distinción de castas, confiscar bienes de los europeos y ordenar la restitución de las tierras a las comunidades indígenas.

Desde principios del siglo XIX, Carlos IV había exonerado a los expósitos del pago de tributos, pero los últimos años de la Colonia fueron de infortunio para las obras de beneficencia. El erario real se agotaba y se echó mano de todo lo que quedaba. Aún se impusieron préstamos forzosos al clero, quien manejaba las instituciones de caridad en la Nueva España.

En 1813 en Chilpancingo Ignacio Rayón firmó la primera Acta de Declaración de Independencia emitida el 6 de noviembre, por la que México quedó libre de la dominación española con derecho de regir sus propios destinos, y bajo una religión católica, apostólica y romana, por guía espiritual.

En 1814 José Ma. Morelos y Pavón declaró en el Congreso de Apatzingán moderar la opulencia y la indigencia, alejar la ignorancia, la rapiña y el hurto. La felicidad de los ciudadanos consistía -de acuerdo a sus principios- en el goce de la igualdad, la seguridad, la propiedad y la libertad. En estas fechas se calculaba la población en 6 millones de habitantes, divididos en 18% españoles, 60% indios y 21% de castas.

Hacia 1822 la guerra contra España había significado la pérdida de 600,000 vidas, que era la mitad de la población de trabajadores, por lo que había un déficit de 4 millones de pesos en los ingresos del erario; el país heredó una deuda pública de 76 millones de pesos. La agricultura y la minería, estaban en quiebra; había falta de recursos económicos pues se habían enviado en gran parte a España o se los llevaron consigo españoles que se expatriaban. Privaban en el país el descontento, la inseguridad y la miseria.

El gobierno recurrió a préstamos forzosos y a contribuciones urgentes. Había a principios del siglo XIX por lo menos 30,000 desocupados en condición de miseria y cubiertos de harapos.

En el México independiente, un decreto suprimió las contribuciones de hospitales, ministros y comunidad. La beneficencia pública dependió del Ministerio de Relaciones

Exteriores hasta agosto de 1852. en enero de 1824 la Constitución puso a los establecimientos de beneficencia a cargo de los ayuntamientos y para esta fecha no se concedía todavía carácter federal a la beneficencia. Es en 1841 cuando fue creado el Consejo Superior de Salubridad por el Gobierno de la República.

También en esta fecha Manuel Eduardo de Gorostiza, con el apoyo del Ayuntamiento, fundó una casa de corrección, en un Departamento del Hospicio de Pobres. Esta casa fue conocida más tarde como la Escuela Industrial de Huérfanos que funcionó hasta 1939.

En 1846 Vidal Alcocer fundó la Sociedad de Beneficencia para la Educación y el Amparo de la Niñez Desvalida. Los recogía y se hacía cargo de ellos, los sostenía y educaba. Asimismo, Ignacio Cortina Chávez y Carlos María Bustamante fundaron una Junta de Caridad que vendía semillas a los pobres, a precio infimo.

En mayo de 1853 formaban parte de la Hacienda Pública los establecimientos de caridad y beneficencia sostenidos en forma total o parcial por el gobierno y se ordenaba que de las rentas nacionales se hiciera aplicación a dichas instituciones. En mayo de 1855 el ramo de la beneficencia pasó al control de la Secretaría de Gobernación.

En 1861 se fundó la Escuela Nacional de Sordomudos a iniciativa del Lic. Justo Benítez. En esta misma fecha el Presidente de México, Benito Juárez decretó la secularización de los hospitales y establecimientos de beneficencia y adscribió ésta al gobierno del D.F., creando a la vez la Dirección General de Fondos de la Beneficencia, que exceptuaba de toda contribución los bienes afectados del propio fondo.

Para esta época, las iglesias vivían de los diezmos. Los terratenientes estaban interesados en confiscar los bienes del clero, pues querían dar solución alternativa a un serio impuesto predial que podría haber resuelto parte del problema creado por la enorme deuda interior y exterior. El primer triunfo de la causa liberal dió lugar a dos importantes leyes: la Ley Juárez y la Ley Lerdo (25 de junio de 1856). La Ley Juárez o Ley de Administración de Justicia y Orgánica de los Tribunales de la Federación, abolió el fuero eclesiástico en asuntos civiles, y daba opción a los clérigos para someterse al fuero eclesiástico o al fuero común, en materia penal. La Ley Lerdo atacó el poder económico de la Iglesia. Esta Ley de Desamortización [en realidad un decreto, de acuerdo a Floris Margadant], está basada en consideraciones abstractas, y no toma en cuenta suficientemente la realidad concreta del medio social en el que trabaja.

El autor citado Margadant establece que gran parte de los beneficios obtenidos por la Iglesia, por la acertada explotación de sus bienes raíces, fueron utilizados para fines de enseñanza, hospitales y beneficencia pública. Se ha establecido que mediante esta ley se le dió al Estado autoridad total para intervenir en las corporaciones o fundaciones religiosas.

La Ley Iglesias de José Ma. Iglesias prohibió cobrar derechos parroquiales a personas que apenas tenían lo necesario para vivir (11 de abril de 1857). En este mismo año se exceptuó de toda clase de impuestos a los establecimientos de beneficencia pública y se reconoció que era un deber supremo del gobierno, proteger de cuantos modos fuese posible, los establecimientos de beneficencia. Se ubicó a la beneficencia dentro de las funciones del Estado.

En 1865 Maximiliano de Habsburgo estableció una Junta de Beneficencia y el año siguiente la Emperatriz Carlota inauguró una Casa de Maternidad anexa al Hospital de Pobres. En el mismo año Ignacio Trigueros fundó la Escuela Nacional de Ciegos.

Ha sido considerado por algunos autores que a partir de la creación en 1869 de la Charity Organization Society (Sociedad para la Organización de la Caridad (C.O.S.) en Inglaterra, la asistencia tomó una forma sistemática y con ello se convierte en asistencia social como es conocida hoy en día, pues ésta era una ayuda destinada a reparar los efectos del creciente industrialismo, proporcionandoles medios para su subsistencia.

No obstante ello, en México es hasta el Siglo XX, cuando esta asistencia fue considerada como asistencia social, que es cuando realmente existen organizaciones especiales con fines específicos para esta materia y con un presupuesto dedicado a las funciones correspondientes.

En 1872 se expidió el Reglamento del Consejo Superior de Salubridad, cuya función principal fue dictar medidas referentes a salubridad pública.

En 1877 se expide el acuerdo por el que el Consejo de Salubridad queda bajo la dependencia de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública. En este año se relaciona la higiene con la sociología, llamandola "Higiene Sociológica", por lo que se procura el estudio de todas las condiciones demográficas que aseguran la conservación del individuo bajo la modalidad colectiva en que se encuentra viviendo, en la ciudad o en el campo, asegura el mejoramiento físico, moral e intelectual de la especie y conserva la vida, prolongandola, supuesto que

previene las enfermedades que en otras condiciones aquejan a la especie humana. Se usó por primera vez la demografía como parte de la estadística para impedir la decadencia individual y alejar enfermedades locales.

El 30 de noviembre de 1880 se expide el Reglamento de la Dirección de la Beneficencia Pública por parte de la Secretaría de Gobernación y el año siguiente se crea la Lotería Nacional como ayuda a la beneficencia pública.

En 1877 el Consejo Superior de Salubridad Pública y el Servicio de Vacuna actúan bajo la dependencia de la Dirección General de Beneficencia y se crea un sistema unitario de atención con dos programas de servicio social: salud pública y beneficencia.

En virtud del sistema capitalista-industrial, Gran Bretaña se vió en problemas sociales, por lo que a finales del siglo XIX, humanizó la administración de la beneficencia y cambió su política social aceptando que la sociedad tiene el deber de proteger a sus miembros más débiles; que "quienes solicitaban socorro no eran ni peores ni mejores que los demás hombres y que debían ser considerados éstos, en su mayor parte, como las víctimas de un sistema deficiente."⁽³¹⁾

En 1881 se fundó en México el primer Consultorio de Beneficencia Pública llamado Hospital Béistegui (actual Hospital San Andrés).

Hacia 1883, se presentan las bases para la organización de los servicios de Higiene Pública en la que se nombra a una Junta de Salubridad en cada estado de la República

(31) FLORES GONZALEZ, Ma. Luisa, Antecedentes de la ayuda en el mundo y en México, op. cit. p. 38.

mexicana. Tres años más tarde, se fundaba el Hospital Americano y en 1887 el Hospital Francés.

En 1899 el Presidente Porfirio Díaz decretó la primera Ley de Beneficencia Privada, considerando a ésta independiente de las asociaciones religiosas y bajo el control del poder público. Cabe hacer la aclaración que algunos autores cuestionan este dato como verídico.

El año siguiente se expide el Reglamento del Instituto Médico Nacional por el cual se pone de manifiesto la encuesta sanitaria, tomando en cuenta el habitat humano y las características y modificaciones que el medio presente. Dos años más tarde el Dr. Septién y Llata propuso la creación del Ministerio de Salubridad para la atención adecuada de la salubridad pública.

En 1899 en Amsterdam, Holanda, se dió otro fenómeno: la secularización de la asistencia social a partir de la revolución científica se va produciendo a escala universal. Esto consistió en que el hombre dejó de lado toda explicación religiosa, sobrenatural, mítica y metafísica del mundo, para ser reemplazada por la explicación a partir de las ciencias y de la propia existencia humana. Este hecho se fue convirtiendo en servicio social en la segunda mitad del siglo XIX y se formó definitivamente en el siglo XX.

Como hemos podido apreciar, la beneficencia pública en el siglo XIX se va tornando en una solución a problemas de salubridad pública, pues quienes sufrían de escasez de recursos para solventar sus necesidades, vivían en condiciones antihigiénicas, insalubres y con problemas de enfermedad constantes. Las pestes, la tifoidea y la influenza fueron patologías inherentes a la insalubridad tanto en América como

en Europa, sin embargo, es hasta el siglo XIX cuando se crea una conciencia del gobierno para atender específicamente tal situación.

A partir del siglo mencionado, la beneficencia se relaciona íntimamente a la salud para atacar de fondo la problemática que privaba y con ello dar la más viable solución.

No olvidemos que para hacer un estudio concienzudo de la salud y la pobreza, la ciencia debe tomar en cuenta factores sociológicos, culturales, biológicos y económicos, entre otros.

4. De la Beneficencia a la Asistencia Social en el Siglo XX

El siglo XX dió un avance significativo a la asistencia y a la beneficencia, pues al haber tomado la responsabilidad el gobierno de lo concerniente a estos rubros, daba la pauta para su consecuente sistematización y organización consolidada en este siglo.

En la presente centuria se crea el primer Código Sanitario que rige lo referente a salubridad pública (1904), y en el mismo año se funda el Hospital General. El año siguiente el Gral. Díaz creó el Manicomio General de la Castañeda para enfermos mentales de la ciudad de México, y en 1910 se reconoce a la Cruz Roja Mexicana como institución de utilidad pública.

La Revolución Mexicana se realizó en un lugar donde había la mayor parte de la población oprimida y explotada por el régimen porfirista. Los campesinos necesitaban mejorar su condición económica recibiendo en forma directa el beneficio de

las tierras por ellos cultivadas; tener acceso a la educación tanto adultos como jóvenes y niños; sanear el medio y proteger la salud; gozar de servicios sociales y en general, facilidades para lograr sus cultivos y comercializar sus productos. Sin embargo, la beneficencia se olvidó de ellos, realizando actividades de emergencia pero no de manera profunda.

En 1911 la Cruz Blanca Mexicana atendía a heridos del ejército libertador que no atendía la Cruz Roja, y más tarde ayudó en programas de atención integral a niños sin hogar.

Por el año de 1916 en un número del Boletín del Consejo Superior de Salubridad, se le atribuía a la falta de salud e higiene, las causas principales de la miseria.

La Constitución de 1917, respecto a la medicina preventiva y asistencia, presentó tres facetas: por un lado la conversión del Consejo Superior de Salubridad en un organismo nacional, con potestad jurídica para dictar disposiciones y normas de observancia general y obligatoria en toda la República; por otro lado, la creación del Departamento de Salubridad Pública, que iba a ser posteriormente un organismo autónomo y ejecutivo subordinado en asuntos de higiene pública a las demás dependencias del Poder Ejecutivo Federal; y por último, la asistencia y la salubridad tienen carácter federal, estatal y municipal.

Por medio del Departamento se legalizó institucionalmente la existencia de un organismo ejecutivo nacional, cuyas acciones deberían ser sancionadas por el Presidente de la República, lo que garantizaba que no se cometieran abusos. Su creación se aprueba en virtud de los

resultados de la Revolución y de las condiciones patológicas que imperaban.

Algunos autores afirman que es en 1917 cuando comenzó la historia de la medicina preventiva, como rama jurídica y técnico-administrativa del gobierno federal, como instrumento público y adecuado de protección a la salud y de la vida de los habitantes de la República.

Mediante la Ley de Organización Política del Distrito Federal y de los Territorios, del 14 de abril de 1917, la beneficencia pública dependió del gobierno del D.F. y ya no de la Secretaría de Gobernación.

Según la versión de otros autores, a partir del año de 1918 se comenzó a hablar ya del derecho a la salud como un derecho inherente a todo habitante libre, y por tanto de la protección del individuo para evitar la continuación de una sociedad desigual y con una situación que a la larga seguiría repercutiendo en contra del Estado como en siglos anteriores.

En 1920 el gobierno reorganizó la beneficencia pública asignándole en su totalidad los productos de la Lotería Nacional para sostenerse.

Entre 1917 y 1920 Venustiano Carranza fundó cinco establecimientos a los que llamó "Asilos Constitucionales" para niños desamparados. Al año siguiente (1921) se creó la Secretaría de Educación Pública para resolver el problema de la educación en México.

Para 1922 se fundó la Escuela de Salubridad, en la que se prepararían médicos y enfermeras sanitaristas, así como

los primeros Centros de Higiene Infantil, y el Centro de Bienestar Social.

El 24 de enero de 1924 se constituyó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, como asociación civil, cuya función principal era distribuir desayunos a los niños en edad escolar.

Se ha considerado también, que la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925, así como el artículo 123 constitucional han sido un gran avance en cuanto a la protección del empleado público y del trabajador en empresas privadas respectivamente, contra enfermedades, vejez y diversos riesgos.

Hacia el año de 1926 y por Acuerdo Presidencial, se declaró que el órgano destinado a prevenir y remediar las necesidades de las clases desvalidas es la beneficencia pública. En este mismo año, comenzó a funcionar el Primer Tribunal para Menores Delincuentes de México, buscando que éstos tuvieran una perspectiva de reeducación y readaptación a la sociedad.

En 1928 Eduardo Maestre, Presidente de la Beneficencia Pública fundó una Casa Amiga de la Obrera para la población de Tacubaya. El año siguiente se designaron inspectores de la beneficencia pública para investigar solicitudes de ayuda. Dos años más tarde la Junta Directiva de la Beneficencia Pública creó una Casa Hogar para Señoritas, en la que se admitió a jóvenes huérfanos o abandonados procedentes del antiguo Hospicio de Niños.

En 1912 comienzan a funcionar las misiones rurales cuyo objetivo fue mejorar la organización de las comunidades

para lograr la resolución de sus problemas económicos, domésticos y sociales, así como educar a la gente adulta para la divulgación de pequeñas industrias y para el mejoramiento de las prácticas agrícolas.

Fue en 1937 cuando el Presidente Lázaro Cárdenas estableció la Secretaría de Asistencia Pública, absorbiendo a todos los establecimientos que tenían funciones en esta materia. En este mismo año se conceptúa el servicio social como la ayuda a individuos, grupos o comunidades con el fin de que puedan satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de adaptación a un esquema de sociedad en constante cambio, y realizar acciones de tipo cooperativo, para mejorar las condiciones económicas, sociales y de salud en general, que a partir de este año se otorga como actividad profesional.

Es también en esta época cuando el concepto de BENEFICENCIA PUBLICA deja de usarse y en su lugar se toma el concepto de ASISTENCIA PUBLICA para hablar de seguridad, impulsando el desarrollo de los grupos y comunidades indigentes.

En 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia al fusionarse las actividades de la Secretaría de Asistencia Pública con las del Departamento de Salubridad. Esta Secretaría pretendía cuidar de la niñez, disminuir la mortalidad y lograr las mejores generaciones para México, sin descuidar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, aumentar la capacidad de los trabajadores, de la familia y de la comunidad con carencias. Es entonces cuando se magnifica el concepto de ASISTENCIA SOCIAL, con diferencias esenciales en relación al de caridad cristiana.

Asimismo, surgen la solidaridad social y las prestaciones sociales con el objeto de estabilizar la organización social adhiriéndose a la tarea de otros, como consecuencia de los esquemas de seguridad correspondientes al Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado en 1979 y en beneficio de la población asegurada. También en 1943 se expidió la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, la cual regiría a las instituciones de asistencia brindada por los particulares, con fines humanitarios, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a sus beneficiarios.

Mediante decreto del 15 de julio de 1968 se creó la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.) a fin de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono, la explotación y la invalidez de los menores. Pero dado el incremento que demandaba la niñez mexicana y su familia, el decreto del 30 de diciembre de 1975 creó el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (I.M.P.I.), a través del cual se formalizó la extensión del bienestar social a la familia, lo que en la práctica ya se venía realizando.

Teniendo objetivos comunes I.M.A.N. e I.M.P.I., el Ejecutivo Federal consideró mediante decreto del 10 de enero de 1977, crear una sola institución descentralizada, con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominada Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuyo objetivo principal fue promover el bienestar social. El gobierno de la República expidió el 20 de diciembre de 1982 un decreto por el que se modifica y consolida la estructura orgánica y funcional del Sistema, incorporándole los servicios de asistencia social y de rehabilitación, de carácter no hospitalario, hasta esa fecha a cargo de la Secretaría de

Salubridad y Asistencia (a partir de entonces todo lo relacionado con asistencia social manejado antaño por la S.S.A., es manejado por el D.I.F.). Asimismo, el Sistema se agrupa en esta fecha al sector salud bajo la coordinación de la hoy Secretaría de Salud.

Al inicio de la década de los 80's las instituciones de mayor representatividad e impulso social operaban con los siguientes conceptos o rubros:

- Secretaría de Salud: asistencia social;
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: desarrollo social;
- D.D.F.: protección social;
- I.M.S.S.: prestaciones sociales;
- I.S.S.S.T.E.: servicios sociales

Con el concepto de desarrollo social, el D.I.F. consideraba a la población de escasos recursos y la dinámica de grupos sociales para su participación.

En el caso del Departamento del Distrito Federal, la protección social comprendía la atención integral de niños desvalidos y adultos indigentes, complementado con actividades de recreación; cultura, civismo y deporte. De manera específica se desarrolló una acción social en favor de la población en reclusorios y centros de readaptación social con objeto de reintegrar a los internos a la sociedad.

A principios de 1981 se realizó un estudio profundo para establecer el marco institucional de salud asistencia y seguridad social, resultando que a la asistencia se le identificó con protección, al servicio con beneficio, al

bienestar con logro y al desarrollo, con cambio, tal y como se aplicaban por las instituciones mencionadas. (32)

Posteriormente, se hizo la propuesta de crear una atención social, que comprendía las acciones promocionales y de apoyo al desarrollo integral de los individuos minusválidos, buscando la autosuficiencia y la productividad. Esto trae como consecuencia que se configuren dos acepciones de desarrollo social: el primero de ellos se definió como el conjunto de acciones que promovieran la realización integral del desvalido; y el segundo, que contenía en esencia las acciones de promoción y coordinación en aspectos económicos, sociales y culturales de esos grupos, para contribuir a su participación y desarrollo.

Más adelante, la Ley General de Salud (1984) conceptualizó a la asistencia social. Las demás leyes referentes a la seguridad social hicieron lo mismo en lo que corresponde a su materia, que es como actualmente operan.

El 9 de enero de 1986 sale a la luz pública la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, cuyo objetivo es establecer las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia Social que promueve la prestación de los servicios de asistencia social, en íntima relación con la Ley General de Salud. Asimismo, la Secretaría de Salud estrena reglamento el 7 de febrero de 1984, a fin de regular lo referente a la protección de la salud consagrada en la Constitución Política de nuestro país.

Además de las instituciones aquí descritas, existen otras de carácter privado que coadyuvan al otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial, como son las afiliadas a la Junta de Asistencia Privada, así como otros organismos como

(32)Cfr. S.N.D.F. Temas de Asistencia Social, op. cit. p. 52.

el Instituto Nacional de la Senectud, Centros de Integración Juvenil, A.C. (hoy Consejo Nacional del Deporte), mismas que coadyuvan a proporcionar servicios de carácter asistencial para extender la cobertura a la mayoría de la población.

5. Origen y evolución de la seguridad social

Mencionábamos en párrafos anteriores que el hombre ha buscado la manera de satisfacer sus temores e inseguridades, ya sea por medios empíricos, religiosos, filosóficos, etc. La seguridad anhelada ha tenido un avance gradual de acuerdo a las circunstancias de la época, pues constantemente ha habido la incertidumbre del mañana.

Algunos autores afirman que los Calpullis conformaron una organización social en la que se daba seguridad a quienes trabajaban la tierra, destinándola para el consumo familiar. Esto, desde nuestro punto de vista, fue muestra de apoyo o ayuda para el propio grupo, pero no quiere decir que haya constituido un antecedente de la seguridad social como es concebida hoy en día sino más bien, significa un antecedente de asistencia y más específicamente de unión entre dicho grupo para contrarrestar los temores, o en su caso, para estar preparados en las contingencias por venir.

Otro antecedente mencionado en los textos y relacionado con la seguridad social, ha consistido en la creación de las Cajas de Comunidad, inspirada por Don Antonio de Mendoza en la Nueva España, cuya finalidad fue el sostenimiento de hospitales, bienes de los pobres, auxilio de viudas, huérfanos, enfermos, inválidos, etc., para ayudar a sufragar los gastos de las misiones, casas de reclusión,

sostenimiento de seminarios y colegios par hijos de caciques, a fin de permitirles realizar, sin detrimento de sus bienes, el pago de tributos, y en general para que fuese ayuda, socorro y alivio en sus restantes necesidades.

Estas cajas se alimentaban de tres fuentes: una agrícola, constituida por el importe de los productos agrícolas obtenidos del cultivo de ciertas extensiones de terreno (10 brazas), que colectivamente se hallaban obligados a efectuar los indios de cada región para el sostenimiento de su Caja de Comunidad respectiva. La producción cosechada se vendía en subasta pública y el importe metálico ingresaba a la caja de comunidad. La fuente industrial la constituían los obrajes en la fabricación de paño, que los indios en comunidad poseían para alimentar sus cajas. Y por último, se encuentran las pensiones de los censos, las que entregaban los indios a sus tierras de comunidad. Esto consistía en que se daba una parte a las cajas y otra parte al censo que llevaban a cabo los españoles, de la venta de los predios de comunidad, en favor del censatario.

Diversos autores agregan que también sirvieron como previsión para la seguridad pública, caminos y crédito, entre otros. Sin embargo, creemos que también este antecedente constituye un tipo de satisfactor para la inseguridad prevaleciente en aquellas fechas, y por tanto, deja de ser un factor para considerarlo como fuente primaria o primitiva de la seguridad social.

Por otro lado, existieron los montepíos hacia el siglo XVIII, instituciones con funciones de aseguramiento a la esposa e hijos, en caso de muerte del jefe de familia y ampliada más tarde en los casos de invalidez, vejez y enfermedad, adquiriendo el carácter de seguro social cuando se

trataba de montes de piedad oficiales, y de pequeñas compañías de seguros cuando su organización era debida a iniciativa privada. La parte más importante de estos servicios, señalan algunos autores, era que llegaban a las clases más humildes, sin excluir a los servidores de mayor jerarquía económica y política. Este podría ser un ejemplo considerado como un remoto intento de organización social encaminada a la seguridad social, pero con características no muy definidas para estimarse como un antecedente directo.

Nos parece pertinente subrayar que aunque desde nuestra óptica la seguridad social ha sido un deseo latente a lo largo de la historia del hombre, las muestras ancestrales de ayuda han sido enfocadas desde un punto de vista asistencial o caritativo, pues la seguridad como institución nunca fue conocida sino hasta el siglo XIX, por medio de circunstancias muy especiales que conllevaron a lograr un derecho del individuo como trabajador, y un recíproco deber por parte del poseedor de los medios de producción, como veremos más adelante.

Empero, es importante decir que tanto asistencia como seguridad han buscado un objetivo común: subsanar y prevenir contingencias, esto es, riesgos que tienen las características de ser previsible provocando la mejor productividad del individuo y elevando su nivel bio-socio-económico. La diferencia entre ambas, también es importante decir, ha sido su origen, desarrollo y concepción mantenida. No está por demás mencionar que a pesar de su historia, en esencia -desde nuestra concepción-, están enmarcadas dentro de un gran género llamado Seguridad Social.

Hacia el Siglo XVIII la asistencia en Europa, continuaba su marcha y avance. Pero se empieza a gestar un

fenómeno que vino a revolucionar la historia: la aparición de las máquinas llamada Revolución Industrial en el Siglo XIX.

Previa a esta revolución el trabajo se realizaba en granjas y en el hogar. La rueca, el arado tirado y los animales eran casi las más complicadas máquinas de uso por lo que se produjo una fase de transición entre el sistema doméstico autosuficiente y el maquinismo, caracterizado por los gremios en Europa, y en jornalero zapatero y otros semejantes en las colonias americanas.

Al liquidarse el sistema feudal, tuvo lugar la separación entre los hombres y la tierra, por lo cual se dió libertad a los siervos. Esto fue acompañado de la pérdida de seguridad económica del trabajador al dejar de contar con el apoyo del señor feudal, que en momentos de crisis lo ayudaba.

La nobleza estaba en decadencia y abandonaba sus tierras para vivir en la corte y obtener favores del rey; la burguesía estuvo en pleno ascenso y es dueña del comercio y de la naciente industria. El individualismo conduce a la gestación de la sociedad capitalista, que se abstrae de la solidaridad humana y de las leyes económicas.

A mediados del Siglo XVIII aparecen fisiócratas y clásicos como Adam Smith, quienes aseguran en uno de sus principios que el interés personal o afán de lucro es el móvil único de la actividad económica. Estos principios y otros, como el utilitarismo y la libre competencia, constituyen cimientos del orden social capitalista.

En este mismo sentido, el Estado se convierte en un órgano neutral y no interviene en el nuevo orden político. La clase económica dominante se torna en poder político que

designa lo que se va a hacer. La intervención del Estado queda reducida a su mínima expresión, con el objeto de que no se restrinjan las libertades individuales y para no interferir el funcionamiento de las leyes naturales que por sí solas regularían las relaciones entre los hombres. Su misión fundamental y principal es preservar el orden, protegiendo la propiedad, vida e integridad física y moral de los ciudadanos.

A partir de la introducción de la tecnología, la economía moderna y sus consecuencias inciden en los factores económicos que desde ahora son: trabajo, producción y relaciones de trabajo. Las relaciones establecidas entre los hombres conducen a la explotación y esclavitud del hombre. De esta forma aparece la clase proletaria.

La máquina hizo imposible la vida del artesano y el pequeño taller fue sustituido por las grandes fábricas en las que trabajaban cientos y miles de obreros. Se dá una disociación entre productos y medios de producción y el desplazamiento de la economía familiar.

El trabajador es a tal grado explotado que inclusive los menores de edad y las mujeres son utilizados en las fábricas para satisfacer los ambiciosos caprichos de los detentadores del poder. Existen innumerables casos de explotación, como lo son por ejemplo: niños de 14 años trabajando hasta 24 horas en las fábricas de vidrio; deformación de piernas de menores que se mantienen de pie durante una larga jornada; o recorridos de hasta 40 kilómetros por día en el acarreo de ladrillos. Se han establecido casos de niños que morían a causa del abandono de sus madres que trabajaban fuera del hogar, otros a causa de los malos tratos, o a consecuencia de los narcóticos que se utilizaban para acallarlos.

Por otro lado, se cuentan casos en Bélgica en que los trabajadores se apretujaban en la noche con residuos y despojos de las fábricas, pues estaban mejor allí que sufriendo frios en sus viviendas. No obstante, la riqueza crecía sin cesar. Unos países se desarrollaban, mientras que otros se quedaban a la zaga por ser colonias o semicolonias de los países industrializados.

La revolución industrial se ha descrito como "la transición de la fuerza de trabajo del hombre a la potencia de la máquina, o como el paso de la producción en el hogar a la producción en factoría"⁽³³⁾. En América, Estados Unidos se unió al movimiento industrializador a partir de 1790.

El empleo de maquinaria con sus engranajes y transmisiones, sus hojas cortantes y la fuerza operativa, que continuó ininterrumpidamente afectando sin consideración a órganos humanos susceptibles de ser amputados, aportó un nuevo tipo de riesgo y un gigantesco número de accidentes de trabajo. Todo ello sin soslayar que considerables grupos de trabajadores sin preparación ni experiencia quedaban expuestos a las piezas en movimiento y a la acumulación de polvo y productos químicos altamente peligrosos. Las factorías eran de pobre construcción, con iluminación inadecuada, calurosas; sus instalaciones sanitarias mal distribuidas y los ejes y engranajes sin protección.

La concepción individualista de la vida social, hizo del burgués un ser aislado a sus semejantes y hacedor por sí solo de su destino, sin la ayuda de nadie y sin el deber de ayudar a los demás. Su pensamiento económico preparado para la

(33)SIMONDS, Rollin H. y John V. Grimaldi, Organización de la seguridad en el trabajo, op. cit. p. 26

explotación del trabajo humano en estado de necesidad, condujo al olvido de los principios cristianos. Así, el rico no hacía limosnas, pues éstas eran antieconómicas. No importó el castigo eterno, sino la marcha de los negocios. Quienes se preocupan por los hombres desvalidos en la época de expansión capitalista, son los cristianos (protestantes y católicos). Estos se preocuparon por las personas en lo individual pero sin plantearse problemas en relación con la sociedad global. La reforma de la sociedad se concebía principalmente como reforma de costumbre o reforma moral de nivel individual.

Desde el punto de vista asistencial, las organizaciones se basaban en la armonía que debía haber entre el capital y trabajo, pero no se hizo el planteamiento como problema, de la posibilidad de cuestionar el ordenamiento económico y social existente.

La erupción explosiva de problemas sociales, hicieron que de la noche a la mañana todos los métodos utilizados para atenderlos, basados en el intento de armonía y del bien por el bien mismo, se tornaran ineficaces para mitigarlos. Al verse estas formas de acción social ampliamente superadas por situaciones de vulneración y desamparo, surge el deseo de romper con todo aquello que oprime al trabajador, por lo que las buenas intenciones ya no son suficientes y menos aún, convincentes.

La presión del movimiento obrero para asegurar el futuro del trabajo asalariado, trajo como consecuencia la creación de los seguros sociales. No obstante, la idea de seguridad social venía de un clamor universal a la exigencia de paz en la tierra y de justicia en cada nación, tendiendo a romper con cualquier limitación y contemplando al hombre en sí mismo, sin ningún calificativo.

Ante los accidentes, la ley común ofrecía pocas posibilidades de indemnización a los trabajadores lesionados. En primer lugar, el asalariado vacilaba en arriesgar su puesto si presionaba a su patrono; por otro lado, no contaba con grandes posibilidades de probar su derecho ante el Tribunal y tenía que probarse la culpabilidad del empresario.

El autor Rollin H. Simonds⁽³⁴⁾ establece que tres doctrinas insertas en la ley común inglesa y americana apoyaban al empresario en su defensa contra reclamaciones formuladas por trabajadores lesionados: La Fellow servant (compañero sirviente) que proveía que el empresario no era responsable de lesiones resultantes de descuido o negligencia de sus empleados; la Contributory negligence (negligencia contribuyente), en la que el empresario no quedaba obligado si la negligencia del propio trabajador era parte de la causa del accidente; y la Assumption of Risk (asunción de riesgo), misma que llevaba implícita la teoría de que el asalariado, al aceptar el empleo, admitía al propio tiempo los riesgos normales que el mismo comportaba.

Por todo ello, era muy difícil para el trabajador comprobar su acción, pues sus compañeros de trabajo no comparecían como testigos ante el temor de arriesgar sus empleos. Finalmente, cuando se lograba una sentencia condenatoria para un patrono, los gastos judiciales absorbían una considerable parte de la suma percibida. Todo ello hacía que los trabajadores prefirieran cualquier arreglo extrajudicial por insignificante que fuese, por lo que la problemática del trabajador nunca lograba mejorar.

Se ha establecido en algunos textos que Inglaterra inauguró un intento legislativo sobre el problema de los

(34)Ibidem, p. 27

accidentes industriales como forma de ley de inspección de factorías en 1833. Estas inspecciones dieron sus resultados y en 1876 Massachusetts, E.U.A. aprobó una ley poniendo en marcha un sistema de inspecciones de factorías. Este ejemplo lo siguieron otros países de Europa posteriormente.

La defensa del aseguramiento de la vida futura tiene, entre otras razones, la siguiente: el salario es la forma de retribución de carácter y función social que considera las circunstancias del individuo como jefe de familia y las necesidades del lugar donde habita. El sistema capitalista crea cada vez más enfatizada la concepción proletaria y carente de protección por lo que surgen sindicatos locales, federales e internacionales, constituidos no solamente por trabajadores, sino también por patrones, para velar por sus respectivos intereses, buscando la defensa y el mejoramiento de sus condiciones laborales, como la igualdad educativa, cultural, económica y social, y concibiendo finalmente a la seguridad social como un deber del Estado y un derecho del individuo, como fue establecido en la Convención realizada en París a finales del siglo XVIII en la que se hace a un lado los conceptos de caridad, asistencia y beneficencia por el deber de la sociedad de asegurar los medios necesarios de existencia a quienes no disponían de la capacidad de trabajo, entre otras declaraciones referentes a esta materia y que sirvieron de base al establecimiento de la seguridad social.

Así también, ante el descontento universal de la falta de seguridad y prevención, en Alemania, durante la época del canciller Otto Von Bismark en 1876, se estableció la llamada Ley Antisocialista, que pretendía limitar la lucha socialista en favor de las clases explotadas que se venía dando tanto en Alemania como en Francia y en otros países de Europa principalmente dentro del marco del socialismo utópico.

Bismark en 1881 en su teoría de una nueva visión del Estado creó los seguros sociales para la protección elemental de los trabajadores y de sus familiares. A raíz de ésto, surgieron diversos seguros inspirados en los seguros privados, que adquirieron su carácter social por el imperativo de la aplicación obligatoria con base en los mandatos de la Ley y que fueron establecidos primero en 1883, con el Seguro Obligatorio de enfermedades, después con la Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de las Empresas Industriales en 1884, y finalmente con la Ley del Seguro Obligatorio de Invalidez y Vejez de 1889. Los recursos económicos los proporcionaban los asegurados y los patrones, y en el caso de los accidentes de trabajo los suministraba únicamente el patrón. esto tuvo una trascendencia considerable por ser parte de la consumación del intervencionismo del Estado. Siguiendo el ejemplo de los seguros sociales en Alemania, este sistema se implantó poco tiempo después en Inglaterra y para el año de 1914 se hizo extensivo a casi todos los países europeos.

Ya había existido un antecedente de previsión social en el año de 1845, en que se estableció en Inglaterra la obligatoriedad de las cajas de previsión social, cuya financiación consistía en aportes de los patrones de acuerdo a la producción, y las cuotas de los obreros. La atención consistía en pagar los costos de asistencia médica y el salario devengado por el accidentado o enfermo. Este constituye un proyecto bien intentado y planeado de seguridad social parecido a las cajas de comunidad de la Nueva España, que aunque con diferente creación, se buscó el combate a las contingencias futuras.

"En 1889 se llevó a cabo la II Convención Internacional en la que se dió énfasis a problemas concretos del proletariado, en la que, entre otras, se trataron

situaciones tales como: prohibición del trabajo de los niños menores de 14 años, supresión del trabajo nocturno, salvo en aquellas ramas de la industria donde no se pueda interrumpir el funcionamiento, prohibición del trabajo de mujeres y obreros de menos de 18 años, reposos ininterrumpidos de 36 horas por lo menos a la semana, prohibición de ciertos géneros de la industria y de ciertos modos de fabricación, perjudiciales a la salud de los trabajadores"(35).

Con ello, se estaba pretendiendo ya, proteger la salud del trabajador y se mejoraba las condiciones de trabajo, gran logro en pro de los ciudadanos.

Del mismo modo, el Pontífice León III mediante la Encíclica "Rerum Novarum", en 1891, considerada la Carta Magna de las reivindicaciones proletarias, propuso que se constituyeran asociaciones de socorro mutuos, que se establecieran sistemas de previsión y que se restablecieran las corporaciones de artes y oficios; condenó al socialismo, diciendo que los socialistas al pretender suplantar la patria potestad, con la del Estado, obraban contra la justicia natural; estableció que el obrero y el patrón no debieran ser enemigos necesariamente, y afirmaba la necesidad de buena armonía entre ambos; los ricos y los patronos no debían tratar a los obreros como esclavos, sino respetar en ellos la dignidad de la persona, realzada por su carácter de cristiano, demandó para el obrero un salario justo que le permitiese vivir con su familia en forma decorosa. Con lo que se confirmaba todavía más la conciencia tanto religiosa como política en favor del trabajador, aún cuando la intención del gobierno fuera acallar las constantes manifestaciones que se realizaban contra el trato inadecuado hacia los trabajadores.

(35)DE BUEN, Néstor, Derecho del Trabajo, T.I, 6a. edición, Porrúa, México, 1986, p. 176.

Algunos autores manifiestan que en el caso de Estados Unidos, la seguridad social se dió de una manera muy peculiar, pues hasta el año de 1915, 30 estados habian votado leyes de indemnización a trabajadores accidentados, y desde entonces se fueron dictando, hasta hoy en que todos los estados de la Unión Americana poseen la correspondiente legislación, Estas leyes indemnizatorias no determinan de quién es la falta que ocasionó el accidente y no importa si fue el patrón, lo que importa es que se da la indemnización en base al bien común, sin importar la identidad del responsable.

Asimismo, se dice que avanzó la instrumentación de este servicio como consecuencia política, social y económica nacida de la Primera Guerra Mundial, y que llegó a consolidarse después de la II Guerra Mundial.

En México, las situaciones de creación de seguridad tuvieron un matiz igualmente específico; primeramente cabe decir que la idea de seguridad social se comenzó a gestar en la época colonial como consecuencia lógica del estado de salud por el sometimiento español, que aunque fue subsanado en algunos casos por la corona española con acciones asistenciales, estuvo latente este deseo de seguridad, hasta llegar a su maduración definitiva con el triunfo del movimiento revolucionario.

Con el triunfo liberalista europeo el pueblo de México en el Siglo XIX comenzó a tener una conciencia de clase que influía considerablemente en el gobierno. El capitalismo hacía que cada vez más el trabajador asalariado tuviera conciencia de su situación y sus derechos.

Mientras esto sucedía, las únicas organizaciones que prestaban ayuda a los trabajadores accidentados e impedidos de seguir cobrando su salario, fueron ciertas mutualidades

cuyas aportaciones les impedían llegar a organizar sus servicios adecuadamente. Estas mutualidades comenzaron a hacer su aparición a partir de 1853, seguidas por el sistema cooperativista en 1868, aunque cabe decir que para algunos doctrinarios, estas organizaciones no fueron más que una manera de mitigar la falta de recursos en caso de enfermedad o accidente profesional, no constitutivas de seguridad social, con lo cual estamos de acuerdo.

Los únicos antecedentes que señalan los doctrinarios, como verdaderos acerca de la instrumentación de la seguridad social para los individuos, se basan en los trabajadores y sus familiares con respecto a los riesgos propios de su trabajo, y se encuentran durante el primer decenio de este siglo XX, y más específicamente durante el gobierno del General Díaz, en dos ordenamientos legales: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida en Toluca por José Vicente Villada el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey, el 9 de abril de 1906, por el gobernador Bernardo Reyes. La importancia que se destaca de estos dos ordenamientos, es el hecho de que reconocían por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a los empleados de sus negociaciones en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. En 1907 se presentó un proyecto de Ley Minera que contempló un capítulo referente a las responsabilidades por accidentes mineros, que recaían en el explotador de la mina.

Durante la Revolución de 1910, se iba debilitando el ejército federal. En los lugares en que lograba imponerse, iniciaba sus ensayos la legislación social y en enero de 1915 se presentó un proyecto de Ley de Accidentes en donde se tomaban en cuenta las pensiones e indemnizaciones que deberían

pagar los patrones en caso de incapacidades temporales, permanentes y totales, así como en caso de muerte por riesgo profesional. Tres meses después, en Veracruz, Venustiano Carranza expidió una Ley Reguladora del Contrato de Trabajo, elaborada por Rafael Zubirán Campagny, que hacía referencia entre otros temas, a las medidas de higiene y seguridad que debían ampliarse obligatoriamente en los centros de trabajo.

Vale la pena decir que en algunos textos en materia de seguridad social se establece la importancia que tuvieron precursores como lo fue Ricardo Flores Magón, con el Manifiesto del Partido Liberal Mexicano, en el que se afirma contiene normas mínimas y básicas para el trabajo y las relaciones entre trabajadores y patrones.

Asimismo, se ha considerado como antecedene directo del artículo 123 de la Constitución de 1917, el Código de Trabajo de Yucatán de 1917, a iniciativa del General Salvador Alvarado, por medio del cual se concibió a la seguridad y porvenir del trabajador.

A partir de 1916, comienzan los estudios tendentes a lograr la reforma de la Constitución de 1857, declarando en un intento de exposición de motivos de la reforma constitucional, que era "urgente buscar la superación social y económica nacional mediante una educación moralizadora, leyes sobre accidentes de trabajo, pensiones de retiro, reglamentación de las normas de trabajo e higiene y seguridad en los talleres, fábricas, minas, etc."⁽³⁶⁾, lo cual se haría mediante un conjunto de leyes que sirvieran para hacer menos cruel la explotación del proletariado. Del mismo modo, al referirse a la seguridad, la citada Exposición estableció que no sólo el

(36) Instituto Mexicano del Seguro Social, I.M.S.S., 1943-1983 "40 años de historia", México, 1983, p. 17.

aseguramiento de las condiciones humanas de trabajo era importante, como lo eran las garantías para riesgos del obrero en el centro de trabajo, sino también "fomentar la organización de establecimientos de beneficencia e instituciones de previsión social para asistir a los enfermos, ayudar a los inválidos, socorrer a los ancianos, proteger a los niños abandonados, auxiliar a ese gran ejército de reservas de trabajadores parados involuntariamente que constituyen un peligro inminente para la seguridad pública"⁽³⁷⁾. Con esta declaración, se avaló nuestra tesis de que la seguridad social debe abarcar a cada hombre de la tierra, pero esto solamente quedó en teoría, pues actualmente se limita a los trabajadores asalariados al mando de un patrón este aseguramiento; quedando la demás población (abierta) a cargo de las demás instituciones públicas o privadas.

El 5 de febrero de 1917 se promulgó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, bajo la presidencia de la República de Don Venustiano Carranza. En ella se plasman los derechos sociales, siendo su principal capitulado en esta materia, el llamado "Del Trabajo y de la Previsión Social" y cuyo artículo 123 consideraba las siguientes situaciones más importantes:

- a) Protección legal del trabajador;
- b) Doctrina del riesgo profesional: susceptibilidad del trabajador de padecer enfermedades profesionales o sufrir accidentes como consecuencia o en ocasión del trabajo;
- c) Derecho de recibir atención médica como consecuencia de la razón descrita en el inciso anterior;

(37) Monografías nacionales americanas sobre seguridad social, "México", CISS 1, s.p.i., p. 10.

- d) Régimen de seguridad social que incluye desde el abono de salarios hasta la recuperación funcional del interesado, o indemnización, en su caso;
- e) Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otras con fines análogos, por lo cual, tanto el gobierno federal como el de las entidades, fomentarán la organización de instituciones para infundir la previsión social;
- f) El trabajo se considera base del régimen familiar y los derechos provenientes de él nunca serán irrenunciables;
- g) Los niños son para la educación y no para el trabajo;
- h) Protección especial a las mujeres y jóvenes menores de edad;
- i) Las Juntas de Conciliación y Arbitraje son tribunales mixtos para dirimir controversias laborales.

Teodomiro González y Rueda agrega como factores importantes de la Constitución, los plasmados en la versión original del proyecto, como son: concepto de higiene y seguridad; obligación de proporcionar libros, cinematografía y otros medios que contribuyen a la difusión de la cultura, centros vacacionales a precios moderados, fomento a los deportes; y establecimiento de parques y gimnasios.

Hacia el año de 1918 la Ley del Estado de Veracruz adicionó el concepto de enfermedades profesionales e introdujo los criterios de clasificación de las incapacidades como son:

las temporales, las permanente parciales y las permanente totales y en este mismo año el Maestro Trueba Urbina habla de la salud como derecho del individuo y obligación del Estado, en la XI Reunión de la Sociedad Mexicana de Higiene, con lo que continúa el vínculo del bienestar con la adecuada atención de la salud.

En 1921 Alvaro Obregón presentó un proyecto de seguro del obrero que planteaba un fondo de reserva con la contribución del 18% del salario del obrero, aportado por el empresario y administrado por el Estado. También se acordaba ayuda económica y otras prestaciones en caso de enfermedades, accidentes o se llegara a la vejez, así como a los familiares de los que fallecieran. Sin embargo, no pudo ser implantado por la carencia de una legislación laboral única en toda la República, por lo que en 1924 presentó una iniciativa de reforma al artículo 123 constitucional en el que se estableciera un seguro del trabajo obligatorio que fuera contratado por el gobierno, pero tampoco surtió efecto esta propuesta.

En 1925 Plutarco Elías Calles hizo que dos iniciativas de ley se presentaran ante la Cámara de Diputados: la Ley sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y la Ley Reglamentaria del artículo 123 para el Distrito Federal y Territorios Federales. La primera disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, tripartito en su administración, pero con aportación patronal únicamente; la otra contenía la definición precisa de la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y en las enfermedades profesionales de los empleados, así como también la determinación del monto y forma de pago de las indemnizaciones correspondientes en estos casos. Al mismo tiempo, la Cámara de Senadores hacía su propio proyecto en esta

materia, tratando de integrar a los obreros a un fondo de ahorro que sólo era retirable ante la incapacidad definitiva, accidente grave, enfermedad incurable o vejez. Ambos proyectos suscitaron inconformidades por la forma de contribución unilateral y no se llevaron a cabo.

En 1927 Alvaro Obregón habló de la necesidad de crear un seguro obrero. Al año siguiente Francisco Serrano hacía énfasis en la creación de una legislación sobre la seguridad de los trabajadores industriales, garantizada por un Código Industrial y Obrero. Ninguno de los dos tuvo éxito.

El primero de marzo de 1929 el Partido Nacional Revolucionario, formado por diversas agrupaciones de obreros y campesinos, entre caciques y caudillos militares destacados de la revolución, hicieron que se expresara en la Declaración Fundamental del Partido, el compromiso de elevar a categoría de ley el proyecto del seguro obrero presentado anteriormente por Alvaro Obregón.

Fue en 1929 cuando se modificó el artículo 123 constitucional, en donde se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social que comprendía los diversos seguros hoy conocidos. En 1931 se crea la Ley Federal del Trabajo que configuraba, entre otras, la reiteración de responsabilidad de los empresarios en los casos de riesgos profesionales, permitía también asegurar a sus empleados por su cuenta en instituciones privadas y en 1932 Pascual Ortiz Rubio, autorizado para expedir una Ley del Seguro Social, deja con su renuncia sin efecto los planes y trabajos sobre el tema.

En 1936 se llevó a cabo en Chile una Reunión de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo, en la que se hacía alusión a la necesidad de que

se establecieran legislaciones adecuadas sobre la materia en todas las naciones signatarias de los acuerdos [este país fue el primero en América Latina que contó con una legislación en la materia], lo que hizo que Lázaro Cárdenas apresurara los trabajos en México. Resultado: el Secretario de Gobierno, Ignacio García Téllez presentó su proyecto en 1938, proponiendo la creación de un Instituto de Seguros Sociales de aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a los patrones de éstos y que cubriría o prevendría los riesgos de "enfermedad profesional, accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. Además se establecían seguros facultativos para los trabajadores de bajos ingresos, los peones aparceros y los arrendatarios, con modalidades para los trabajadores independientes y los asalariados que perciben ingresos superiores al máximo dentro del que es obligatoria la afiliación"(38) y a los ejidatarios. Las prestaciones otorgadas serían directas e individuales, indemnizadoras por riesgos realizados, así como indirectas y colectivas, encaminadas a la prevención de los riesgos a que se haya expuesto el trabajador en o por el trabajo. Sin embargo, este proyecto no fue puesto en marcha por la fuerte crisis que atravesaba el país a partir de la expropiación petrolera, pero sirvió de base al Presidente Avila Camacho para su completa realización.

Para 1942, las generaciones que habían combatido en la Revolución se encontraban maduras y deseaban que por fin se hiciera realidad el multicitado proyecto de seguridad social. Ello aunado a la situación bélica en el ámbito internacional por la II Guerra Mundial, hacía el clima propicio para defender la soberanía y los intereses particulares, buscando la solidaridad interior y una fuerza orgánica constructiva.

(38) I.M.S.S., I.M.S.S. 1943-1983 "40 años de historia", op.cit. p.21.

Por otro lado, el estado de guerra motivó en muchos la inquietud por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social que habían conformado, entre otros, la causa de descontento y por tanto, de tensión, para desembocar al conflicto armado.

Este mismo año (1942) en Inglaterra, William Beveridge presentaba un documento denominado "Informe sobre el Seguro Social y sus subsidios conexos", en el cual se sentaban las bases para una nueva organización social del país; en él se afirmaba que la meta de seguridad social era acabar con la indigencia en cualesquiera circunstancias. Se señalaba también la necesidad de terminar con los males sociales, tales como la indigencia, garantizando a cada ciudadano la posibilidad, a cambio de los servicios que prestara, de obtener suficientes ingresos para su subsistencia y la de sus dependientes, tanto cuando esté trabajando, como cuando no pueda hacerlo; en segundo lugar, la enfermedad, que debía combatirse sobre una base mejor y más completa en los aspectos preventivo, curativo y paliativo; en tercer lugar, la ignorancia, que debía abatirse con más y mejores escuelas y con un tipo de instrucción para adultos que les proporcionara nuevas y mejores oportunidades.

Posteriormente se señalaba el problema de la suciedad; para atacarlo se debía ubicar mejor a la industria, educar de manera adecuada a la población, realizar una reestructuración urbana y finalmente, para acabar con el problema de la ociosidad, se vigilaría la ocupación correcta de los individuos.

Con todo ello se estaba señalando la evolución de los seguros sociales tradicionales a la etapa de la seguridad social, que protege integralmente al ser humano, por lo que adquirió alcance universal e influyó para que aún más se

insistiera en la aprobación de la legislación respectiva en México.

De todo ello, a partir de la firma de la Carta del Atlántico, las naciones acordaron en buscar las instituciones, tanto nacionales como internacionales que procuraran, además de la paz y la tranquilidad mundiales, la seguridad de que los hombres de todos los países pudieran vivir libres tanto de temores como de necesidades, por lo que se recomendó su establecimiento a quienes no los tuvieran.

En 1942 se creó la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, y con ella se da la oportunidad de conciliar intereses entre obrero y patrón, así como la aprobación de la Ley esperada.

El proyecto de Ley fue presentado a la Oficina Sanitaria Panamericana y a la Organización Internacional del Trabajo resultando aprobada, y posteriormente, en septiembre de 1942 fue presentado en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santiago de Chile, con resultados exitosos.

La Exposición de Motivos de esta Ley, tenía por objeto asegurar a los obreros de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Debía repercutir también en beneficio de los intereses privados que tenían la obligación, impuesta por la ley, de hacer erogaciones de su propio ahorro, cada vez que uno de esos acontecimientos se registrara. Asimismo, el Presidente Avila Camacho argumentaba que la misma ayudaba para que la productividad aumentara al aplicar el sistema, puesto que éste creaba en el obrero un estado de tranquilidad respecto a eventuales contingencias, aumentaba su capacidad de rendimiento, evitaba innumerables posibilidades de

conflictos y tendería a crear un mejor entendimiento que permitiera el desarrollo de la economía.

Finalmente, la máxima justificación de la ley que se ponía a consideración de las Cámaras, era que se consolidara uno de los más caros anhelos de la Revolución Mexicana expresado en la Constitución Política. Se trataba entonces de proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva, la tranquilidad de la familia y contribuir al cumplimiento de un deber legal de compromisos y promesas gubernamentales.

El 10 de diciembre de 1942 el General Manuel Avila Camacho firmó la iniciativa de la Ley del Seguro Social, que fue aprobada por la Cámara de Diputados el 23 del mismo mes y año y por la Cámara de Senadores el 29, siendo promulgada hasta el primero de enero de 1943. Esta ley ha sufrido reformas en 1947, 1949, 1956, 1959, 1965, 1970, 1973, 1982, 1984, 1986 y 1989 y ha sido considerada como una de las más importantes en materia de Seguridad Social.

Del mismo modo, mediante decreto del 2 de enero de 1943, nace la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, cuya finalidad ha sido dar los lineamientos de creación de instituciones de carácter privado, cuyo objetivo sea el auxilio de los necesitados, la investigación científica; la difusión de la enseñanza; la ayuda recíproca de los asociados, o cualquier otro objeto lícito, de acuerdo a la Fracción III del artículo 27 Constitucional.

Asimismo, la antigua Ley General de Pensiones de Retiro se transformaba en el año de 1959, con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado, misma que reguló la vida laboral de los trabajadores del sector público, con finalidad similar a la Ley del Seguro Social pero con algunos apartados diferentes como fue la cuestión de la vivienda, y los préstamos, entre otros. El 29 de junio de 1976 se creó el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México, cuya ley regula los servicios otorgados a los militares en materia de seguridad social; en 1978 Petróleos Mexicanos adquiere autonomía para dar a sus trabajadores servicios de seguridad social.

Con estos organismos, entre otros [como son v.gr. Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Ferrocarriles Nacionales, y otros], el Estado mexicano ha procurado cubrir la mayor parte de la población en materia de seguridad social; sin embargo, y como veremos en capítulos posteriores, no ha sido suficiente, hay mucho que falta por hacer en esta materia. Aún cuando creemos que ha sido un gran acierto la creación de estas instituciones y su correspondiente normatividad, también es necesario mencionar que la modernización en la que se encuentra inmerso nuestro país, requiere asimismo de actualización en este aspecto (seguridad social).

III. POLITICAS GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIALES

1. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994

El decenio 1980-1990 ha revestido singular importancia en la vida de México, pues es a partir de éste cuando aparecen los índices inflacionarios y desigualdades sociales más significativos en mucho tiempo. De 66 millones de habitantes que conformaban el país en 1980, para 1990 la población se contaba en 82 millones, con un índice promedio de crecimiento poblacional en esta década de 2.3%. Se espera tener para el año 2000 de 104 a 108 millones de personas en nuestro país, lo que debe significar un elemento de preocupación en la planeación de la política nacional. En 1978, el 30% de la población no contaba con servicios médicos; 15% era cubierto por la Secretaría de Salud; 40% estaba asegurado por algún organismo descentralizado y otro 15% por instituciones privadas.

Con este panorama, los regímenes gubernamentales de los últimos tres sexenios, han presentado proyectos de planeación para prever o en su caso, subsanar las deficiencias y necesidades en materia política, social y económica, así como cultural, con base en un sistema de planeación aplicable al desarrollo integral del país.

José López Portillo al final de su gestión, resolvió iniciar la elaboración de un Proyecto de Planeación Nacional denominado "Plan Global de Desarrollo", mismo que rigió de 1980 a 1982. El documento fue producto de una tarea de recepción de información, análisis de propósitos y

expectativas para alcanzar el bienestar social. A partir de este esquema, el gobierno creó los planes sectoriales y estatales que permitieran guiar una política económica y social con mayor certidumbre, así como establecer los compromisos con los diferentes sectores de la sociedad.

El documento estaba compuesto por tres partes: una política, que presentaba la parte filosófico-política para definir los objetivos del Plan. La parte económica mostraba la estrategia de desarrollo para el cambio estructural y modernización del país. Por último, el aspecto social intentaba transformar el crecimiento económico en desarrollo social. Intentaba asimismo, acrecentar el índice de empleo haciendo éste más productivo. Para ello, se le dió impulso importante a la explotación del petróleo como base fundamental de ingresos del país.

En el capítulo de política social, lo más relevante fué la intención de ampliar la cobertura en salud y seguridad social a las zonas marginadas rurales y urbanas, consolidación de avances logrados en la esperanza de vida y mejoramiento del medio ambiente, con el apoyo de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), creado en 1977, que puso en marcha un programa de estudios tendentes a conocer mejor la realidad de los grupos marginados y de las zonas deprimidas del país.

Con base en los resultados, se realizaron diversos trabajos de programación que permitieran llevar a cabo acciones en las zonas rurales marginadas en materia de salud, educación, abasto alimentario, mejoramiento de la casa rural, dotación de agua potable, construcción de caminos, generación de empleos, organización social para el trabajo, electrificación rural, desarrollo agroindustrial; así como servicios de apoyo a la

economía campesina, desde el crédito hasta la asistencia técnica y la comercialización. Las tareas de investigación del Programa se estructuraron en tres subprogramas: el de necesidades esenciales, iniciado en 1978, que define lineamientos programáticos para su satisfacción a largo plazo; el de estructura productiva, iniciado en 1981, que define las transformaciones de la estructura productiva requeridas para satisfacer las necesidades esenciales de la población; y el de cuestiones históricas y de estructura social, que investiga los elementos de estas dimensiones explicativas del presente y así definir mejor el rumbo de una sociedad que tenga garantía de satisfacción de sus necesidades. Pero, "aunque fue relevante la acción de este Programa, no ha logrado abarcar la dimensión del problema de la marginalidad en México",⁽³⁹⁾ ni las propuestas dadas han tenido la atención deseable y requerida.

En el año de 1982 México comenzó a tener los índices inflacionarios más elevados de los últimos 30 ó 40 años así como problemas de control de precios, como consecuencia de la sobreestimación de las reservas de petróleo y por ende, de una política exterior fuera de las posibilidades reales del país.

En la segunda mitad del citado año, existió una variación en el índice de precios de mes a mes de hasta 14% aproximadamente con una tasa media mensual del 6% en los subsecuentes meses. No había una estabilidad en los ingresos y por consiguiente prevaleció incertidumbre en la población en cuanto al ingreso per cápita, pues la mayoría de los artículos contenían precios muy irregulares; tendían al alza en un mes y

(39)COPLAMAR, Necesidades esenciales de México, "Situación actual y perspectivas al año 2000", Vol. 4, cuarta edición, Siglo XXI editores, México, 1989, p. 9.

al siguiente a la baja, por lo que la garantía en el poder de adquisición de los salarios tampoco podía ser determinada.

Se ha establecido por el Banco de México que en 1981 el poder adquisitivo de los salarios era del 94.5% con una variación anual del 2.3% respecto al año anterior, pero esto no constituyó ya un consuelo en los siguientes años por el desplome del salario en relación al índice inflacionario. Al terminar la gestión de López Portillo, "el país se encontraba con un producto nacional reducido, una tasa de inflación del 100%; duplicada la tasa de desempleo; la reserva internacional estaba agotada y México estaba en virtual suspensión de pagos".(40)

Fue mediante mandato constitucional del 3 de febrero de 1983, a través de sus artículos 25 y 26, que el Estado se convirtió en rector del desarrollo social, con la participación conjunta y la correspondiente responsabilidad de los sectores público, social y privado. Asimismo, se organiza un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional con el fin de acrecentar la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación, recogiendo las demandas y aspiraciones de la sociedad para incorporarlos al plan y los programas de desarrollo.

Como consecuencia, se crea un Plan Nacional de Desarrollo al que se sujetan obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal, del mismo modo que faculta, a través de la Ley (de Planeación), al Ejecutivo Federal para establecer los procedimientos de participación y consulta popular en el Sistema Nacional de Planeación Democrática. Indica los criterios para la formulación, control y evaluación

(40)Secretaría de Programación y Presupuesto, Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México, 1983, p.17.

del Plan y los programas de desarrollo. Señala la posibilidad de establecer convenios de coordinación entre gobierno federal y gobiernos de las entidades federativas para llevar a cabo las acciones de elaboración y ejecución del citado Plan.

Por su parte, la Ley de Planeación⁽⁴¹⁾ tiene, entre otras, la finalidad de establecer las bases de integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática, entendiendo por Planeación Nacional de Desarrollo la ordenación racional y sistemática de acciones que, en base al ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política y cultural, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la Ley establecen.

El órgano encargado de elaborar esta planeación, tiene la tarea de fijar objetivos, metas, estrategias y prioridades; asigna recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución; coordinación de acciones y evaluación de resultados. El Ejecutivo Federal tiene la responsabilidad de establecer la coordinación necesaria con los grupos sociales. Los Secretarios de Estado y Jefes de Departamentos Administrativos deben dar cuenta del avance de los objetivos fijados en ella.

A través del artículo 21 de la citada Ley, el Plan debe precisar los objetivos nacionales, estrategia y prioridades del desarrollo integral del país [señalado en el párrafo precedente]. Contiene previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determina los instrumentos y responsabilidades de su ejecución; establece los lineamientos políticos de carácter global, sectorial y regional, sus previsiones se deben referir al conjunto de los programas que

(41)Diario Oficial de la Federación 5 de enero de 1983.

se generen en el Sistema Nacional de Planeación Democrática. Asimismo, indica los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales que deben ser elaborados.

El citado Plan se integra considerando las propuestas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos de los estados y los planteamientos que formulen los diversos grupos sociales.

De acuerdo a lo anterior, Miguel de la Madrid implantó un segundo Plan Nacional de Desarrollo que rigió de 1983 a 1988, producto del Foro de Consulta Popular. Este documento enfatiza la petición reiterada de la población por descentralizar los distintos aspectos de la vida nacional y reforzamiento de la capacidad de las autoridades y sectores locales para propiciar un desarrollo regional más equilibrado del país; regionalizar los servicios de salud, así como los de educación básica y normal; mayor participación de las autoridades locales en los procesos de empleo, capacitación, adiestramiento y productividad. Se le dá especial importancia a la falta de peso económico y político que implican las reservas de petróleo pues éste dejó de ser la fuente principal de ingresos del país.

La consulta se extendió a los estados. El Gobierno Federal propuso a los gobiernos de las entidades federativas el diseño y promulgación de leyes estatales de planeación, establecimiento de sistemas de planeación democrática y la instalación de foros estatales con la participación de grupos locales.

Como parte de este proceso, la Federación firmó los Convenios Unicos de Desarrollo para posibilitar la coordinación de acciones, con el fin también, de desconcentrar los recursos

y de descentralizar las funciones, aumentar la capacidad política y administrativa de los gobiernos estatales y municipales y así responder a las demandas de la población.

En el capítulo de política social, y específicamente en el rubro de salud, el citado Plan señala la imposibilidad de disminuir los daños y riesgos a la salud en virtud de la falta de un organismo rector coordinador de las acciones de las instituciones públicas asistenciales y de seguridad social, así como de las correspondientes a los sectores privado y social, por lo que los criterios de cobertura fueron heterogéneos y los costos aumentaban en una región, disminuyendo en otras, constituyendo asimismo, un inadecuado aprovechamiento de los recursos. A todo esto, se aunaba la centralización administrativa de los servicios; infraestructura insuficiente; coordinación inadecuada entre instituciones de salud y las educativas y sociales; dependencia científica y tecnológica del exterior y escaso desarrollo de la investigación en áreas biomédicas y médico-sociales; diversidad o carencia de criterios uniformes para elaborar indicadores que permitieran apreciar adecuadamente la detección de los factores que afectan la salud y en consecuencia, la efectividad de las acciones preventivas, curativas o de rehabilitación en este aspecto.

Como consecuencia, los trabajos realizados por la Coordinación de los Servicios de Salud y los elementos recogidos por la Consulta Popular de 1981 y 1982, dieron lugar a que se creara el Sistema Nacional de Salud para responder de manera efectiva a las demandas de la población. Con este sistema, los organismos que venían de alguna manera realizando acciones en beneficio del mejoramiento de la salud, tendrían en adelante acciones conjuntas, haciendo a un lado el centralismo imperante en años anteriores y dando mayor atención a aspectos

tales como: vivienda, alimentación, educación y servicios sanitarios, que constituyen la base para que un individuo tenga las condiciones de vida digna y desahogada.

Es importante destacar que en este Plan se concibe a la salud como resultante de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales. "En la medida en que haya una adecuada articulación de acciones para lograr que el individuo disponga de empleo, tenga una dieta alimentaria equilibrada, una vivienda higiénica, servicios de agua potable y drenaje, ambiente salubre, educación y servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, en esa medida estará en mejores posibilidades de resistir a los agentes que producen la enfermedad y la muerte".(42)

En relación a la seguridad social, se diagnosticó una planeación deficiente de los servicios, desaprovechamiento de recursos, duplicación, saturación o subutilización de capacidad instalada, encarecimiento de servicios, atención desigual a la población, falta de actualización de cifras sobre reservas actuariales y sobreingresos probables. Todo ello como consecuencia de la inadecuada planeación y canalización de recursos, desconocimiento de las necesidades de la población, inapropiada administración del patrimonio y sobre todo, falta de registros actualizados en relación a los índices de mortalidad, morbilidad, población asegurada y en vías de aseguramiento, factores que conllevan a la insuficiente, mal aprovechada y por tanto, deficiente prestación de estos servicios.

En el año de 1983 el poder adquisitivo del salario disminuyó en 10% aproximadamente (de acuerdo a datos del Banco de México); casi el 15% de la población en edad de trabajar se

(42)Plan Nacional de Desarrollo, op.cit. p. 245.

encontraba desempleada y cerca de 32 millones de mexicanos (44% de la población total) se mantenía desamparada en cuanto a cobertura de seguridad social. La situación en este año no lograba mejoría.

A finales del sexenio de Miguel de la Madrid, el salario mínimo general diario había aumentado de \$280.00 a \$8,000.00 pesos (1982 y 1988 respectivamente), lo que significa que en 6 años la vida mínima del trabajador aumentó 3,500 veces aproximadamente en este período, como consecuencia de la depreciación de la moneda. Con este panorama, la situación social y económica era desalentadora para quien carecía de los servicios otorgados por organismos de seguridad social, y aún para quien los tenía, ya que los demás bienes y servicios también constituían una meta difícil de alcanzar.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, implantado por el Presidente de México, Carlos Salinas de Gortari, también realizó la receptoría de las demandas populares. El Consejo Nacional de Concertación Económica apoyó al Ejecutivo Federal en la tarea de planeación de la política social y económica correspondiente al presente sexenio. Este organismo llevó a cabo 27 foros con los diferentes temas de discusión (191 en total) a ser analizados para la elaboración del Plan.

El citado Plan enfatiza la necesidad de modernizar al país en congruencia con los cambios estatuidos a nivel mundial en víspera de un Siglo XXI renovado. La política del Plan se basa en tres Acuerdos fundamentales: a) Ampliación de la vida democrática; b) Recuperación económica con estabilidad de precios; y, c) Mejoramiento productivo del nivel de vida.

A través del Pacto para la Estabilidad y el Crecimiento Económico se intenta detener la inflación y el

aumento desmedido de los precios en favor del consumidor, así como lograr el abatimiento de la excesiva deuda externa contraída y aumento el poder adquisitivo del salario.

La estrategia económica tiene dos metas prioritarias: alcanzar una tasa de crecimiento cercana al 6% anual y consolidar la estabilidad, hasta reducir el ritmo anual de aumento de precios a un nivel comparable con el de los socios comerciales. Las tres líneas básicas para crecer son: estabilización continua de la economía; ampliación de la disponibilidad de recursos para la inversión productiva; y modernización económica. Se propone reducir una inflación que varía del 15% al 20% anual (al principio de sexenio fue de 50% de acuerdo al III Informe Presidencial), y trata asimismo de recuperar la pérdida adquisitiva del salario que rebasa con mucho el 100%.

Propone la consolidación de una política tributaria que alivie la carga relativa sobre los ingresos del trabajo sin perjudicar las finanzas públicas, e impulsar una política de subsidios más selectiva y transparente(sic) que fortalezca el poder adquisitivo de los grupos más necesitados. Por eso el Plan atribuye una asignación al gasto social como prioridad en los presupuestos anuales de egresos de la Federación, como ejemplo, podemos decir que en el Presupuesto de Egresos para 1992 se asignó el 4% del Producto Interno Bruto al rubro de desarrollo social.

El crecimiento económico es necesario -de acuerdo al Plan-, para elevar la capacidad productiva del mexicano, por lo que la estrategia económica está vinculada estrechamente a la social. De manera concreta se persigue la descentralización y coordinación de decisiones en esta materia.

Las acciones referentes a la salud, asistencia y seguridad social se encuentran previstas en el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida del Plan. Este Acuerdo parte de la premisa de que tanto estrategia económica como social, promueven en su conjunto la ejecución de las acciones que tienden a aumentar inmediata y directamente el bienestar nacional. Las medidas para estimular el crecimiento económico serían insuficientes por sí mismas para asegurar la adecuada satisfacción de las demandas de los mexicanos.

Siguiendo con los términos del Plan, el aumento en el nivel de vida de la población debe apoyarse en dos bases económicas fundamentales: a) creación de empleos bien remunerados; e, b) incremento de los salarios reales, sobre la base de una evolución económica que fortalezca la demanda de trabajo, aumento de la productividad, uso eficiente de las potencialidades del país y el equilibrio de los factores de la producción. Todo esto aunado a las estrategias sociales que incluyen: seguridad pública, vivienda, educación, salud, participación ciudadana e institucional, servicios públicos, abasto, alimentación y demás renglones que inciden en el bienestar de la población.

Por ello, el Acuerdo basa su estrategia en cuatro líneas, a saber:

- a) Creación abundante de empleos bien remunerados, y protección y aumento del poder adquisitivo de los salarios y del bienestar de los trabajadores;
- b) Atención a las demandas prioritarias del bienestar social;
- c) Protección del medio ambiente; y
- d) Erradicación de la pobreza extrema.

La estrategia para llevar a buen fin estas acciones se conforma de tres aspectos:

- Elevación de la calidad de los servicios de salud. Esto se llevará a cabo a través del otorgamiento de mayor inversión y eficacia en la operación de los sistemas implantados, buen trato al solicitante del servicio, actitudes apropiadas, y otras análogas.

- Atención de las desigualdades sociales, cuya realización se hará a través del Programa Nacional de Solidaridad y con ello impulsar el desarrollo de esfuerzos de salud y asistencia en acciones de alimentación, educación, vivienda, agua potable y saneamiento ambiental, a fin de luchar en contra de la pobreza extrema.

- Modernización del Sistema Nacional de Salud, cuyo logro se hará mediante el impulso a la educación en salud; acciones de fomento y protección por medio de organismos públicos, privados, sociales, los tres niveles gubernamentales, empresas y centros de educación; acciones preventivas de enfermedades en general, sobrevivencia infantil y reproducción; prevención de lesiones en el trabajo; mejoramiento de salud en los centros laborales y salud mental; creación de un Sistema Nacional de Información en Salud; impulso en la investigación biomédica y desarrollo tecnológico; interrupción de transmisión de enfermedades; educación en lo referente a planificación familiar; provisión de servicios básicos, asistenciales y de información; y educación en las zonas rurales.

- Descentralización y reforzamiento de la Coordinación de Servicios de Salud, planteada por el Sistema Nacional de Salud, mediante el establecimiento de mecanismos de planeación y coordinación para evitar duplicidades y

desperdicio de recursos; consolidación del Sistema Nacional de Información sobre Infraestructura, Programas, Productividad, Control e Impacto de los Servicios de Salud; fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS); establecimiento de convenios y mecanismos para superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal; modernización sanitaria y simplificación administrativa, y; fortalecimiento de los mecanismos para la coordinación intersectorial que aseguren la corresponsabilidad de los sectores involucrados en el cuidado de la salud.

Con todos estos criterios estratégicos se pretende mejorar y alcanzar el progreso económico y social del país. Tomando en cuenta que de la población económicamente activa, 11 millones se encuentran asegurados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y 7 millones de derechohabientes se encuentran protegidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que arrojan un resultado de 51 millones de habitantes gozando de estos servicios, con lo que 31 millones más quedarían protegidos por las demás instituciones de seguridad social como Pemex, FF.CC., etc. y el resto entraría en la categoría de población abierta sujeta a servicios asistenciales públicos o privados, aparentemente.

2. Programa Nacional de Salud 1990-1994⁽⁴³⁾

En 1971 y durante el régimen de Luis Echeverría Álvarez, se realizó en la Ciudad de México la I Reunión Nacional de Salud Pública con la asistencia de representantes de los servicios coordinados de los estados, territorios y del Distrito Federal. Fueron abordados los principales temas

⁽⁴³⁾Diario Oficial de la Federación 11 de enero de 1991.

concernientes a medicina preventiva, asistencia médica y social, saneamiento ambiental y obras rurales por cooperación. Dos años más tarde se llevó a cabo la I Convención Nacional de Salud, en la que se hizo un examen exhaustivo de la realidad en materia de salubridad, asistencia y seguridad social.

Producto de esta Convención se elaboró el Plan Nacional de Salud publicado en 1974 que establece metas para 1974-1976 y proyecta otras para 1983 (vigencia de 10 años), mismo que enmarca todas las actividades que se desarrollan en este sector, señala necesidades, preferencias y la mejor manera de aplicar los recursos humanos, financieros y técnicos.(44)

Es a partir de la creación del Plan Nacional de Desarrollo y de la elaboración de la Ley de Planeación en 1983, cuando se hace necesario dar nueva forma a este Plan de Salud, trayendo como consecuencia el primer Programa Nacional de Salud con duración de 4 años que rigió de 1984 a 1988.

Desde entonces los lineamientos del Programa son seguidos en base al Plan Nacional de Desarrollo, mismo que, entre sus políticas sectoriales, establece programas de mediano plazo para llevar a cabo la planeación nacional, política y económica en el país.

El documento denominado Programa Nacional de Salud 1990-1994 significa un proyecto sectorial necesario para la consolidación del Sistema Nacional de Salud y está integrado por las aportaciones de las dependencias y entidades públicas que prestan servicios de salud y por los sectores social y privado, en coordinación con la Secretaría de Salud. Se articula a partir de estrategias básicas de descentralización,

(44)Cfr. México a través de los Informes Presidenciales, T.XII, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1976, p. 252.

sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad, tendiendo a la cobertura total de los servicios de salud y buscando asimismo, la implantación de programas estatales de salud mediante la descentralización de estos servicios.

Dicho programa es de observancia obligatoria para las dependencias de la Administración Pública Federal en el ámbito de sus atribuciones y para las entidades de la Administración Pública Federal, conforme a las disposiciones aplicables, y cuenta con los recursos que le asigne la Secretaría de Programación y Presupuesto en el contexto de la programación anual del gasto público.

El instrumento legal que nos ocupa además de incorporar los propósitos que en la materia establece el Plan Nacional de Desarrollo, debe orientarse al cumplimiento de las finalidades que contempla el derecho a la protección de la salud y para ello expresa la política nacional que norma las acciones que desarrollarán los integrantes del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, el Programa es el instrumento racionalizador y disciplinario del sector público federal, en el campo de la salud.

Se compone de cuatro partes fundamentales: diagnóstico general; objetivos, metas y estrategias generales; programa de acción (lineamientos programáticos), proyectos estratégicos y vertientes de instrumentación.

En cuanto al diagnóstico de la situación sanitaria de México, establece la preocupación del Gobierno Federal por el crecimiento de la urbanización, indicando que de cada 10 mexicanos, 7 de ellos viven en localidades urbanas; hace también mención de la dispersión de pobladores en las áreas

rurales, obstaculizantes en la tarea de cuantificación de problemas para implantar los servicios de salud.

De la misma manera, señala una dimensión en la mortalidad y morbilidad, que alcanzaba en 1986 la cantidad de 5 fallecimientos por cada 1 000, atribuyéndose la principal causa a las enfermedades cardiovasculares y una disminución aparente en los índices de morbilidad. Los datos arrojados por estudios del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática muestran que las enfermedades más frecuentes en 1988 fueron: infecciones respiratorias agudas, seguidas por enteritis y otras enfermedades diarreicas; amibiasis; fiebre tifoidea y paratifoidea; y demás enfermedades infecciosas intestinales, de acuerdo a los informes de las distintas instituciones de seguridad social en las que se encuentran la Secretaría de Salud, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Departamento del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En el renglón referente a la educación como condicionante de la salud, el I.N.E.G.I. también establece que en 1991 dos de cada tres niños en edad escolar tenían acceso a la enseñanza preescolar; la cobertura de la educación primaria era de 98% y la secundaria estaba al alcance de 4 de cada 5 niños egresados de la primaria. El índice de analfabetismo calculado en 1991 fue de 4.2 millones personas mayores de 15 años.

En cuanto a vivienda, plantea un número de viviendas en 1980 que alcanzaron 15 millones a nivel nacional, pero sin proporcionar un dato actual de la situación en ese rubro. Por último, en lo relativo al ambiente, establece que es producto de la actividad humana, acentuándose en las grandes

concentraciones urbanas y en las áreas de producción agrícola intensiva.

En lo referente al Sistema Nacional de Salud, señala una cobertura potencial en los servicios de salud para 1989 de 54.6% en las instituciones de seguridad social (en 1984 el gobierno señalaba una cobertura del 80% de la población)⁽⁴⁵⁾; 35.1% para instituciones que cubrían la población abierta; 4.3% de la población que acudió permanentemente a los servicios privados y 6% de la población no tuvo fácil acceso a las instalaciones permanentes del sistema. Indica que la información vertida no es del todo fidedigna por carecer de un sistema de información actualizado y eficiente. La cobertura del I.M.S.S alcanzó en 1989, según el documento, una cifra aproximada de 36 millones de derechohabientes de una población de 9 millones de asegurados (el número de beneficiarios se cuadruplica), y el I.S.S.T.E por su parte tenía 7 millones de derechohabientes tendente a crecer, por lo que se formuló el programa institucional para la regionalización de los servicios.

En 1988, de acuerdo al Programa, la asignación de recursos financieros para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud ascendió a \$7.7 billones de pesos representando aproximadamente el 1.9% del Producto Interno Bruto del periodo citado. Este dato sólo corresponde a las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y no incluye el gasto en atención privada ni el de otros programas gubernamentales cuya acción incide directamente en el fomento a la salud. Estima que la suma de todos los conceptos alcanzó el 4% del P.I.B.

Entre los avances mencionados en el instrumento objeto de estudio, se encuentra la dirección y responsabilidad

(45)Cfr. Programa Nacional de Salud 1984-1988, p. 4.

de los gobiernos de las entidades federativas en cuanto a la atención a la salud, formando un sistema estatal de salud integrado por los servicios de la Secretaría de Salud, los del Programa IMSS-COPLAMAR (hoy IMSS-Solidaridad) y los propios de los gobiernos estatales y municipales, incluidos los recursos humanos, físicos y financieros, de acuerdo a la normatividad y la asesoría de la propia Secretaría de Salud.

Del mismo modo, se descentralizaron los servicios de salud a población abierta, mediante el programa IMSS-COPLAMAR, formalizando los decretos respectivos con 14 entidades federales y transfiriendo los recursos necesarios. Lo propio hizo el ISSSTE en el proceso de desconcentración, fortaleciendo a sus delegaciones para, asimismo, reforzar la operatividad del esquema regionalizado del modelo institucional.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia no fue la excepción, se ha ido descentralizando gradualmente mediante programas y recursos otorgados a las entidades federativas, apoyada en convenios de coordinación y cooperación celebrados con los diferentes gobiernos estatales. Se ha fortalecido, según el Programa, la creación de subcomités de planeación para el desarrollo de cada estado, a través de los cuales se promueven, coordinan y concertan las acciones de los organismos públicos, sociales y privados que, en los ámbitos estatales, llevan a cabo programas afines.

Entre los problemas básicos en salud, plantea los siguientes: movimientos migratorios hacia el medio urbano, producto de la industrialización, contaminación del aire y el ambiente en general, crecimiento demográfico, hábitos nocivos a la salud, servicios de salud con enfoque curativo, deficiente control y vigilancia sanitaria, dispersión de la población,

restricciones financieras y dificultades administrativas para la extensión de la cobertura, concentración de servicios especializados en la Ciudad de México, rezago en el mantenimiento y conservación de unidades para atención a población abierta, recursos insuficientes para atención médica, insuficiencia en servicios de asistencia social, falta de un marco jurídico propio de atención de la senectud, desintegración familiar por maltrato a menores, abandono de hogar, alcoholismo, drogadicción y otros análogos.

El objetivo general del Programa descansa en la protección a los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunas y eficaces, equitativas y humanitarias. Las políticas a seguir son:

- I. El fomento a la cultura de la salud;
- II. El acceso universal a los servicios de salud, con equidad y calidad;
- III. Prevención y control de enfermedades y accidentes;
- IV. Protección del medio ambiente y saneamiento básico;
- V. Contribución a la regulación del crecimiento demográfico; e impulso a la asistencia social.

Por lo tanto, las estrategias centrales que se implantarán son:

- Coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud;
- Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS);
- Descentralización de los servicios de salud;
- Modernización y simplificación administrativas;

- Coordinación intersectorial; y
- Participación de la comunidad.

En consecuencia, cuenta con diversos programas de acción que incluyen los objetivos y las estrategias a seguir, para detectar y poner solución a la problemática en materia de salud. Estos programas son:

- I) Educación para la salud;
- II) Nutrición y salud;
- III) Adicciones;
- IV) Atención médica;
- V) Atención materno-infantil;
- VI) Promoción y cuidado de la salud del escolar;
- VII) Rehabilitación;
- VIII) Atención buco-dental;

- IX) Extensión de la cobertura (atención primaria a la salud a comunidades de menos de 2 500 habitantes y áreas urbanas marginadas);

- X) Prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, como son: inmunizaciones, control de la tuberculosis, lepra, infecciones respiratorias agudas, prevención y control del paludismo, control del dengue, control de la oncocercosis, enfermedades de Chagas, leishmaniasis cutánea, rabia, control de la tuberculosis y control de picadura de alacrán;

- XI) Prevención de accidentes;
- XII) Atención a la salud en casos de desastre;
- XIII) Salud mental;

- XIV) Prevención y control sanitarios de riesgos ambientales.
- XV) Saneamiento básico;
- XVI) Salud ocupacional;
- XVII) Control y vigilancia sanitarios de bienes y vicios;
- XVIII) Planificación familiar;
- XIX) Asistencia social;
- XX) Financiamiento;
- XXI) Formación y desarrollo de recursos humanos;
- XXII) Investigación en salud;
- XXIII) Insumos para la salud;
- XXIV) Conservación y mantenimiento;
- XXV) Información y evaluación.

Los proyectos estratégicos están formados por:

- a) Vacunación universal;
- b) Control sanitario de los alimentos;
- c) Simplificación administrativa;
- d) Actividades extramuros de los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales de Especialidades;
- e) Desarrollo de jurisdicciones Sanitarias Tipo;
- f) Rehabilitación y desarrollo de la infraestructura;

- g) Producción de biológicos y reactivos;
- h) Centros Nacional y Estatales de la transfusión sanguínea;
- i) Trasplantes.

Por último, las vertientes de instrumentación se integran por: el principio de obligatoriedad de las entidades de la Administración Pública Federal; la línea de coordinación entre Federación y gobiernos estatales y municipales; políticas de concertación para lograr la participación de las instituciones públicas y de las organizaciones de los sectores social y privado, así como la vertiente de inducción en la que se incluyen las directrices de orden económico y social tendentes a promover, regular, restringir, orientar, prohibir y en general, inducir acciones de los particulares con base en los ordenamientos existentes.

En lo referente a la asistencia social, el Programa, para su impulso, plantea tres objetivos fundamentales:

- 1) Proporcionar asistencia social a quien lo requiera;
- 2) Lograr la incorporación de los minusválidos a la población productiva; y
- 3) Fortalecer el desarrollo de la familia y de la comunidad, a fin de evitar en lo sucesivo problemas de asistencia social.

Las líneas concretas estratégicas en este sentido, son:

- Coadyuvar a la definición de políticas para ampliar la cobertura y elevar la calidad del servicio;
- Asesorar a las entidades federativas en la elaboración de programas relativos a la materia;
- Participar en la elaboración de documentos técnico-normativos para la organización, funcionamiento y evaluación de los servicios de asistencia social;
- Otorgar a los pensionados y jubilados, prestaciones económicas garantes de su bienestar físico, mental y social;
- Distribuir raciones alimenticias y otras ayudas, a madres gestantes y niños desnutridos;
- Proporcionar asesoría jurídica a las madres de escasos recursos; y
- Promover actividades recreativas y de reorientación de patrones de conducta, para fortalecer la integración familiar.

3. Convenios Unicos de Desarrollo

Los Convenios Unicos de Desarrollo (C.U.D.) son los documentos jurídico-administrativos, programáticos y financieros que se han consolidado como instrumento fundamental de la planeación regional y de la descentralización de decisiones emanadas del Plan Nacional de Desarrollo. En otras palabras, estos instrumentos revisten la categoría de medio coordinador entre Federación y estados, y éstos con los municipios a fin de llevar a cabo la descentralización de funciones con base en el Sistema Nacional de Planeación Democrática, así como para concretar los programas del Sistema Nacional de Salud a nivel local.

Se busca por medio de estos documentos, integrar las acciones del gobierno, relativas a aspectos productivos del campo y la ciudad, armonizando al mismo tiempo, las estrategias de desarrollo de las entidades federativas con las de la Federación, mediante políticas de desarrollo regional y urbano.

De acuerdo al Plan esta política de desarrollo regional se basa en tres grandes objetivos:

a) Transformación del patrón de los asentamientos humanos en concordancia con las políticas de descentralización y de desarrollo económico;

b) Mejoramiento de la calidad de los servicios urbanos, atendiendo preferentemente a los grupos sociales más necesitados;

c) Fortalecimiento de la capacidad municipal para propiciar el sano desarrollo de las ciudades, mediante su ordenamiento y regulación.

El reordenamiento territorial y la desconcentración económica actúan bajo los siguientes criterios:

CONTROL, desalentando el crecimiento de población en las zonas metropolitanas, mediante el condicionamiento del uso del suelo, agua y energéticos, entre otras medidas.

CONSOLIDACION, en los centros con límite que no convenga rebasar, condicionando el uso del agua y suelo, localizando asimismo, actividades industriales.

IMPULSO de aquellas localidades con disponibilidad de agua y áreas de crecimiento.

INTEGRACION urbano-rural, en poblaciones que pueden contribuir a mejorar el acceso de población a los servicios.

Para mejorar el desarrollo regional se llevan a cabo acciones de modernización en el medio rural, a fin de contener la migración rural-urbana y fomento de corredores económicos regionales, en el que se dispone de la infraestructura de parques y puertos industriales y se fortalece la infraestructura de comunicaciones y servicios para integrar los mercados regionales.

La prestación de servicios incluye la jerarquización de poblaciones en cuatro niveles de atención: centros de servicios regionales, estatales, subregionales y de integración rural. Asimismo, se fortalecen las actividades de planeación y programación del desarrollo regional y urbano en el nivel local, dando énfasis a la coordinación integral de la política urbana con otras políticas sectoriales y regionales y se impulsa la coordinación con los gobiernos estatales y municipales. Las acciones de descentralización tienden a la reasignación de responsabilidades, funciones y recursos entre los tres niveles de gobierno.

Existen actualmente sistemas de planeación en la mayoría de las entidades federativas y se impulsa la incorporación de los municipios. Los Comités de Planeación para el Desarrollo Regional son mecanismos que ayudan a coordinar las acciones Federación-Estado-Municipio. Los instrumentos fundamentales de la planeación son los Comités de Planeación para el Desarrollo Municipal, Estatal y Regional; y el Convenio Unico de Desarrollo.

Atendiendo el mandato de los artículos 25, 26, 115 y 116 de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos; 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33, 34, 36, 37, 38 y 39 de la Ley de Planeación; los correspondientes al Decreto de Presupuesto de Egresos en vigor, las Constituciones Estatales, la Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal, y la Ley de Planeación local, el Ejecutivo Federal ha suscrito 31 Convenios Unicos de Desarrollo con las diferentes entidades federativas de la República a fin de llevar a cabo la citada coordinación de acciones en la ejecución de la Planeación Nacional. Todos los C.U.D. contienen uniformidad en su estructura y desarrollo.

El objetivo del C.U.D. se divide en cinco apartados: a) Impulsar la participación de los gobiernos estatal y municipales en la consecución del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994; b) Vincular la ejecución del Plan y los Programas a mediano plazo con el Plan Estatal de Desarrollo; c) Descentralizar funciones y prestación de servicios; d) Promover la participación de los tres órdenes de gobierno y de los sectores social y privado para ejecutar el Programa Nacional de Solidaridad; e) En el ámbito local, las dependencias del Ejecutivo Federal y las entidades paraestatales realizan una coordinación con las del Ejecutivo Local en los Subcomités Sectoriales y Especiales que integran el Comité de Planeación Democrática Estatal.

A manera de ejemplificación, señalaremos la estructura y términos del Convenio Unico de Desarrollo celebrado entre el Gobierno Federal y el Gobierno del Estado de Aguascalientes, mismo que se desarrolla en el marco de los tres Acuerdos emanados del Plan, que son: Ampliación de nuestra Vida Democrática; Recuperación económica con Estabilidad de Precios; y el Mejoramiento productivo del Nivel de Vida. Asimismo, el Ejecutivo Estatal promueve y provee las medidas que se requieran para consolidar la operación del Sistema Estatal de

Planeación Democrática, así como fortalece la participación de los municipios en las acciones de planeación del desarrollo, impulsando el funcionamiento de los Comités de Planeación para el Desarrollo Municipal, con características y funciones afines y congruentes con el Comité de Planeación Democrática de la entidad federativa correspondiente.

Del mismo modo, Ejecutivo Federal y Local han convenido en llevar a cabo las acciones necesarias para constituir los Comités de Planeación para el Desarrollo Regional, con el objeto de avanzar en el esquema de coordinación federación-estado-municipio, a fin de que coadyuven en la definición de acciones de alcance regional que impliquen a dos o más entidades o municipios. Se entiende, igualmente, que los Programas de Solidaridad y Desarrollo Regional serán la modalidad básica del C.U.D. para las inversiones coordinadas entre los ejecutivos federal y estatal, así como la asignación de recursos del orden federal, que de manera concertada se destinen a los grupos beneficiarios del Pronasol.

La estructura de este C.U.D. se integra de la siguiente manera:

- I) Objetivos del Convenio Unico de Desarrollo;
- II) Planeación Estatal para el Desarrollo;
- III) Ampliación de la vida democrática;
- IV) Coordinación de acciones para la Recuperación Económica con Estabilidad de Precios, y de la adhesión del Estado al Pacto para la Estabilidad y el Crecimiento Económico.

V) Acciones federales y estatales para el mejoramiento productivo del nivel de vida;

VI) Coordinación de acciones en apoyo al Pronasol;

VII) Coordinación de acciones de los Programas de Solidaridad y Desarrollo Regional;

VIII) Programa de Información Financiera Federación-Estado;

IX) Sistema Nacional de Control y Evaluación;

X) Estipulaciones finales.

Los Ejecutivos Federal y Estatal coordinan sus acciones y recursos para apoyar principalmente la ejecución y conclusión, en su caso, de las obras y proyectos prioritarios del Estado, a través de los programas normales de inversión de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los recursos federales que se asignen al Estado vía "Ramo XXVI Solidaridad y Desarrollo Urbano" y de las aportaciones que le correspondan a la propia entidad federativa. El Ejecutivo Estatal aplica los recursos que provengan del Presupuesto de Egresos. Asimismo, el financiamiento de los programas se hace por:

a) Asignaciones de recursos vía "Solidaridad y Desarrollo Regional" al Ejecutivo del Estado;

b) Recursos de la Administración Pública Federal (Solidaridad y Desarrollo Regional) para los programas normales;

c) Aplicación directa de recursos de la Administración Pública Federal con cargo a los previstos en sus programas normales de alcance estatal autorizados en el Presupuesto de Egresos.

A través de la Secretaría de Programación y Presupuesto, se lleva a cabo el correcto ejercicio del gasto asignado, así como el registro de los acuerdos de coordinación, anexos de ejecución y convenios o contratos de concertación que se suscriban durante el año correspondiente.

Igualmente, la entidad federativa por medio de sus autoridades, debe manifestar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sobre los requerimientos financieros para una mejor orientación del financiamiento proveniente de las instituciones de crédito y de los fondos de fomento económico. Al igual que, conjuntamente con el Ejecutivo Federal, promueve y apoya la realización de acciones de modernización y simplificación administrativa en sus ámbitos de competencia para impulsar la descentralización de funciones y recursos de la Federación al Estado y de éste al Municipio. Por último, el incumplimiento por parte de las autoridades de cualquier disposición contenida en este convenio, dá lugar a la suspensión de la ministración de recursos federales.

Es de precisarse que los Programas de Solidaridad y Desarrollo Regional, son los medios a través de los cuales se realizan proyectos que propicien la diversificación de actividades productivas que den mayor participación a los municipios y grupos beneficiarios en el mejoramiento de la calidad de los servicios de asistencia social, salud, educación, vivienda, agua potable, alcantarillado y demás servicios públicos.

De igual modo, es necesario resaltar la importancia que tiene el Programa Nacional de Solidaridad en la planeación regional. El citado Programa ha sido concebido en el Plan Nacional de Desarrollo como el "instrumento que el gobierno de la República ha creado para emprender una lucha frontal contra la pobreza extrema mediante la suma de esfuerzos coordinados de los tres niveles de gobierno y los concertados con los grupos sociales"⁽⁴⁶⁾. El universo al que se orienta el Pronasol está conformado por los pueblos indígenas, los campesinos de escasos recursos y por los grupos urbanos que más resienten los problemas de los grandes conglomerados humanos y se encuentran marginados de los beneficios de éstas.

Las áreas en que actúa son: alimentación; regularización de la tenencia de la tierra y vivienda; procuración de justicia; apertura y mejoramiento de espacios educativos; salud; electrificación de comunidades; agua potable; infraestructura agropecuaria; y preservación de recursos naturales. Todo ello a través de proyectos de inversión recuperables tanto en el campo como en la ciudad.

Para el eficaz cumplimiento de las acciones del Plan en relación al Pronasol, el Ejecutivo Federal reorienta el gasto destinado al desarrollo regional, para que tenga un fuerte sentido social (de allí la importancia del Pronasol en los C.U.D.). Con estos recursos, sumados a los que otros sectores y los gobiernos estatales y municipales aporten al mismo propósito, se pretende dar pasos firmes contra la pobreza. A esto han de sumarse las aportaciones de los propios beneficiarios.

Las acciones gubernamentales a realizarse en este aspecto, son:

(46)Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, p. 31.

a) Asignar presupuestos crecientes a la atención del bienestar de los grupos de menores recursos en el campo y las ciudades y en especial en lo relacionado al gasto social;

b) Extender a todas las zonas indígenas los programas de desarrollo integral, incluyendo las zonas urbanas;

c) Elevar el rendimiento social de los recursos mediante las aportaciones y participación de los grupos beneficiados;

d) Diseñar y ejecutar las acciones particulares que se decidan con la participación, colaboración y corresponsabilidad de los grupos involucrados;

e) Comprometer la participación de los demás niveles de gobierno en la erradicación de la pobreza extrema, mediante la contribución de contrapartidas estatales y municipales a las aportaciones del gobierno federal;

f) Movilizar a la sociedad en apoyo a la erradicación de la pobreza extrema, con la colaboración directa de asociaciones profesionales, organizaciones sociales, instituciones académicas, jóvenes profesionistas, agrupaciones sindicales y empresariales;

g) Impulsar la participación activa de las mujeres en todas las acciones que se emprendan contra la pobreza extrema, y en general, para mejorar las condiciones de vida de la población;

h) Inculcar en los jóvenes la conciencia de la solidaridad social y favorecer su participación en la transformación social del país, así como formular proyectos para que con su participación, puedan ser impulsores activos del cambio.

En particular, con base en este Programa Nacional de Solidaridad, el Ejecutivo Estatal por medio del C.U.D. participa en el combate a los bajos niveles de vida y emprende acciones para la ejecución de los Programas Especiales en

materia de asistencia social, salud, educación, alimentación, vivienda, empleo y proyectos productivos en favor de núcleos de indígenas, población residente en zonas áridas y marginadas de zonas urbanas y suburbanas y rurales. Los recursos federales, estatales y municipales son complementados con aportaciones de efectivo y en especie que dichos grupos realicen siguiendo el marco del Plan Nacional de Desarrollo.

La ejecución del Pronasol a nivel estatal para efectos de nuestro estudio, tiene importancia porque por medio de este Programa, las comunidades visiblemente marginadas tienen la oportunidad de contar con satisfactores que en otras circunstancias, difícilmente pueden obtener. Por ello, los recursos para este fin no se han escatimado. Igualmente importante es la aportación que los individuos o grupos beneficiados con estas acciones brinden, pues con ello coadyuvan a disminuir el gasto que el sector gubernamental realiza, aunque es de cuestionarse si estos recursos son suficientes para la demanda de servicios a nivel nacional.

Los principales documentos normativos de la política gubernamental nacional en materia de seguridad y asistencia social que hemos venido enunciando, conforman la base de otorgamiento de los servicios de salud administrados por las diversas instituciones públicas de la República, por ello, creemos necesario hacer algunas precisiones:

Primeramente, debemos decir que CRECIMIENTO no es sinónimo de DESARROLLO, sino más bien un medio para alcanzarlo; el desarrollo se expresa en el grado de satisfacción de las necesidades esenciales de toda la población y la planeación debe partir de esas necesidades, y en función de ellas, determinar las metas de producción de bienes y servicios, y por ende, las características de la estructura productiva. Para que

a los individuos se les pueda satisfacer sus necesidades vitales, es indispensable estar convencido de que existen dos determinantes fundamentales en su desarrollo:

a) El dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza; y

b) El tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros.

Ambas determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, las que a su vez, inciden en la aparición de enfermedades o de muerte, factores que disminuyen o anulan en su caso, la productividad esperada.

A través de los años, los logros resultantes de la capacidad productiva se han distribuido de manera desigual, y por tanto, sólo han beneficiado a unos cuantos sectores. Esto obedece, principalmente, a que no se ha tenido un concepto adecuado de lo que significa la protección de la salud ni lo que es un adecuado nivel de vida y la importancia que tienen dentro del proceso productivo, y por tanto, del desarrollo de una sociedad.

Generalmente, las medidas específicas y la difusión de los servicios médicos, han sido la manera en que se ha querido subsanar la problemática en esta materia de manera incorrecta. Por otro lado, ofrece mayor impacto una política de salud si se establece con estrategias basadas en medidas sociales y ambientales.

Existen estudios que revelan la importancia en la determinación del estado de salud en los estratos sociales

bajos, la migración, la mala alimentación, la contaminación ambiental y la clase social, tales como los realizados por B.H. Kaplan, J.C. Cassel y S. Gove ("Social supports and health", 1977)(47), con características descriptivas; o bien de carácter analítico, como los realizados por A.C. Laurell ("Enfermedad y desarrollo, análisis sociológico de la morbilidad de dos pueblos mexicanos", 1975)(48). Por ejemplo, dicen estos autores -y nosotros compartimos su teoría-, si una comunidad dispone de agua potable y educación para la salud, dicha población estará protegida de tifoidea y paratifoidea, poliomielitis y otras enfermedades análogas. Si la alimentación es suficiente y balanceada, se previenen enfermedades como la anemia o avitaminosis, además de que se reduce la mortalidad por tuberculosis, sarampión, diarrea infecciosa, etc., ya que la desnutrición disminuye la resistencia a las infecciones y las infecciones afectan el estado nutricional.

Por otro lado, en cuanto a la vivienda, se ha demostrado que hay incidencia más elevada de morbilidad y de mortalidad sobre todo infantil, entre los habitantes de vivienda inadecuada. Cuando la vivienda es insalubre y en condiciones de hacinamiento hay mayor probabilidad de contraer sarampión, tuberculosis y tosferina en los menores que las habitan, con un riesgo tres veces mayor que otros niños.

El ambiente laboral también es importante, ya que a partir de la creación de las sociedades capitalistas, los empresarios buscan que la fuerza de trabajo produzca el máximo rendimiento para obtener mayor ganancia. Las máquinas y la presión del propio patrón hacen que exista deterioro, envejecimiento precoz, enfermedades ocupacionales y lesiones

(47)Cfr. COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, op.cit. p. 25.

(48)Idem.

invalidantes para los trabajadores. Igualmente, la exposición reiterada a riesgos ambientales, v.gr. químicos, biológicos, así como a la sobrecarga física y psíquica y la fatiga, son causantes directos de enfermedades incapacitantes de los trabajadores.

No podemos olvidar la contaminación ambiental, que cuando no constituye un grave problema, carece de importancia para las autoridades, sin embargo, sus efectos crónicos inciden gravemente en la salud del individuo.

Lo anterior se basa en una concepción bio-socio-histórica, basada en el impacto del ambiente y del modo de vivir del individuo en sociedad, que preconizaron Peter Frank y Rudolf Virchow⁽⁴⁹⁾, en la cual las enfermedades siguen un patrón de distribución de acuerdo a la clase social y los servicios de salud forman parte del salario social, el que, sobre todo en condiciones de crisis económicas, debe ser protegido y acrecentado.

Las manifestaciones de desarrollo a través de la historia, tienen especial relevancia, v.gr., a partir de las guerras del Siglo XIX y las contribuciones científicas, los servicios de hospitales, de ser recintos semi-capacitados para el alivio del sufrimiento de los enfermos, se tuvieron que transformar hasta alcanzar su concepción actual. En otro ejemplo, el advenimiento de la II Guerra Mundial fortaleció la idea en México, de institucionalizar la seguridad social en el marco de una ley, que en su momento, coadyuvó a aminorar la incidencia de enfermedades y restituir la deficiencia de salud en otros.

(49)Ibidem p. 39

Por tanto, los servicios de salud deben estar organizados, administrados y distribuidos en concordancia con la realidad social y no a la inversa. Del nacimiento de la seguridad y la asistencia social, a nuestros días, existe por lo menos un siglo de diferencia. Hoy se hace necesaria la modificación de patrones de atención a la salud, así como entender que la deficiencia de ésta, es producto de la desigualdad social, escasez de servicios a la población, carencia de políticas adecuadas de distribución e insuficiencia de presupuestos que realmente cubran tanto la infraestructura necesaria, como la calidad de los servicios requeridos.

Si hacemos una revisión de los documentos gubernamentales descritos en el presente capítulo, nos percataremos de que están elaborados en base a una visión de la salud como un estado biológico o fisiológico, al que, ante su deficiencia o ausencia, los servicios médicos serían la cura, quedando en realidad limitada la definición, de acuerdo a las precisiones que hemos hecho en párrafos anteriores.

El viejo esquema creado a finales del movimiento armado de 1910, en que era urgente la atención a los desvalidos como consecuencia de la revolución, en que la población carecía de vivienda o de los más elementales bienes para subsistir; así como en los años de la posguerra, en que se fortaleció la idea de institucionalización de la seguridad social y al mismo tiempo se dió impulso a los sectores industriales, no ha mejorado y mucho menos, consolidado en la actualidad y ya han pasado más de 50 años.

Por otro lado, la salud de la población depende también del acceso oportuno a los servicios de salud y del saneamiento del ambiente. En una sociedad diferenciada por clases sociales y consiguientemente por una inadecuada

distribución de los satisfactores, ocurre un enfrentamiento importante ante los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte, como limitantes de la productividad.

Por lo anterior, se hace necesario detallar algunas condicionantes de satisfacción de necesidades esenciales en salud, como son: primero, que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuados, nivel mínimo de educación, empleo digno, salario remunerador y alimentación suficiente y balanceada.

En segundo lugar, es necesaria la extensión universal de los servicios no personales (vigilancia epidemiológica; vigilancia, promoción y educación nutricional; salud laboral; salud escolar; control y regulación de la contaminación, el agua potable, los alimentos y bebidas, los medicamentos, los sitios de reunión, la vivienda y la salud pública.

En siguiente término, se debe extender los servicios médicos a toda la población, poniendo especial énfasis en los servicios preventivos, exámenes periódicos, seguimiento y control a menores y mujeres embarazadas y después del parto, y enfermedades transmisibles.

Por último, es indispensable garantizar el acceso a estos servicios en poblaciones muy distantes de los grandes conglomerados humanos, en donde están ubicados los centros de atención a la salud y la disponibilidad de servicios, mediante la regionalización de éstos, tomando en cuenta las características ecológicas, sociales, culturales, distribución de la población, límites geográficos, grados de dispersión rural, desarrollo económico de la región, etc., partiendo de la base de que la planeación y evaluación deberán hacerse desde el

nivel operativo local (es decir, en la esfera de la entidad federativa), pues solamente así se conocerán con mayor precisión las características arriba descritas, las necesidades y los satisfactores que deben proveerse.

Cabe señalar la importancia de que la propia comunidad destinataria de estos servicios establezca sus propias formas de organización y actuación en materia de salud, como pueden ser Comités o similares, para que se instituyan los diferentes canales de transmisión de necesidades y de proporción de satisfactores.

El Plan Nacional de Desarrollo como documento sistematizador y ordenador principal de la política nacional, no contempla en sus diferentes renglones, la preocupación apuntada en párrafos precedentes y mucho menos los recursos encauzados a estos fines. Los términos en que está elaborado marcan un esquema de buenos propósitos en cuanto a objetivos, pero en la concretización de las estrategias hay una atenuada discrepancia con aquellos, cuestión que nos parece incongruente y por lo tanto, fuera de la realidad.

Asimismo, se complementa con recursos provenientes de la poca solvencia del Estado Mexicano. V.gr. el Pronasol recibe la mayor parte de la atención en la planeación regional tanto rural como urbana, con la finalidad de acabar con las desigualdades sociales y la pobreza extrema, teniendo asignada una gran cantidad de recursos para su operación (19% del P.I.B. para 1992) y deja a otros renglones del desarrollo con una mínima parte [comparativamente] para su operación, como son los subsidios otorgados a las instituciones de seguridad social, la promoción y creación de empleos, ampliación y calidad del sector educativo, etc.

Debe cuestionarse el origen de estos recursos, pues si bien es cierto que el gobierno ha enajenado al sector privado gran parte de las empresas manejadas antaño por él [incluyendo algunas estratégicas], para no extender su capacidad operativa, ni causar desequilibrios económicos, también lo es, que con estas acciones el gobierno del Estado a través de su Poder Ejecutivo, está siendo relevado de una obligación plasmada en nuestro documento fundamental que es la Constitución Política, de otorgar una adecuada protección a la salud, como derecho y deber social, pues es necesaria una congruencia entre los planes y programas hechos al iniciarse cada sexenio y la ejecución de los mismos, y desde nuestro punto de vista, la presente administración gubernamental, no lo está haciendo, como no lo han hecho otras en mucho tiempo.

El III Informe Presidencial del actual gobierno, anuncia un índice de desempleo en 1991 del 2.6% anual, esto implicaría aproximadamente 2' 136, 000 habitantes sin empleo del total poblacional. La condición para que exista este índice, es que las personas mayores de 12 años y menores de 60 tengan trabajo, lo que en términos de la Organización Internacional del Trabajo, significa que el 2.9% de mujeres y 2.4% de los hombres con las características señaladas, tenían asegurado un nivel de vida más o menos estable en el año indicado, a nivel nacional. Sin embargo, la realidad social cotidiana, demuestra que v.gr. El 25% de la población económicamente activa a nivel nacional [40% en el Distrito Federal] se encuentra trabajando dentro de la llamada "economía informal", i.e. bajo el subempleo, [cantidad que sobrepasa con mucho los datos referidos] y otros más buscan su sobrevivencia en el manejo de transporte público, la búsqueda de un segundo empleo o como caso extremo, la caridad pública.

Todos estos fenómenos obedecen a una situación generalizada tanto en México, como en Latinoamérica, en que la capacidad de responder a las necesidades de la población se encuentra sumamente limitada, causando más marginalidad socio-económica tendente a crecer en los años venideros.

Los índices de desempleo y la inflación inciden en un estado de salud precario. La mayoría de las enfermedades en Latinoamérica son de tipo infeccioso intestinal, amibiásico, tifoideas, paratifoideas, enteritis, desnutrición o deshidratación. A estas enfermedades se les ha atribuido, desde tiempos remotos como lo hemos visto en nuestro capítulo de antecedentes, la calidad de "enfermedades de la pobreza".

Tal situación se ha agravado en la década de los 80's. En 1989 estudios de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina (C.E.P.A.L.) señalaron una población de 183 millones en estado de pobreza en toda América Latina; de ello se deduce que la urgente necesidad de integración de los servicios de salud, orgánica o funcional depende de "un proceso de cambio administrativo, técnico y financiero, cuyo objetivo debe ser el aprovechamiento de los recursos disponibles para cubrir a toda la población"⁽⁵⁰⁾ en concordancia con la búsqueda de satisfactores complementarios que ayuden a mantener un estado de salud satisfactorio, para alcanzar un nivel de productividad aceptable, y por ende, el desarrollo que la sociedad y el Estado desean.

(50)SOBERON ACEVEDO, Guillermo y otros, Hacia un Sistema Nacional de Salud, Comisión Nacional de Salud y Seguridad Social/Coordinación de los Servicios de Salud/U.N.A.M., México 1983, pról.

IV. MARCO LEGISLATIVO DE LA SEGURIDAD Y ASISTENCIA SOCIALES.

1. Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En el año de 1976 el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología destacó que "el problema básico de la salud en México tiene sus raíces en la pobreza y la desnutrición, en las condiciones insalubres del medio y de la vivienda, y en el analfabetismo y la ignorancia"⁽⁵¹⁾. Una necesidad urgente en el citado año, fue plasmar la protección de la salud como un mínimo de requerimientos de la sociedad y del individuo, esto es, como un derecho, en la legislación mexicana, por ser parte del bienestar de la población y principalmente porque sin ella, ningún satisfactor logra su cabal objetivo.

Al respecto, se ha establecido por algunos teóricos que los términos "derecho a la protección de la salud" deben cambiarse por "derecho a la atención de la salud", ya que esta última comprende servicios de protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación⁽⁵²⁾, y por otra parte, la salud y la observancia del derecho a ella no son susceptibles de ser garantizadas en forma absoluta, ya que intervienen aspectos que la afectan, tales como saneamiento, ingeniería ambiental, vivienda, urbanización, agricultura, educación y bienestar social. De tal suerte que creemos, no obstante ser parecidos los dos términos, el segundo de ellos implica la globalidad de los factores que convergen para su adecuado tratamiento.

(51)COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, op.cit. p. 121

(52)Cfr. O.P.S. El derecho a la salud en las Américas, op.cit. p.16

El derecho a la protección de la salud implica dos vertientes: la primera como derecho individual, que debe incluir la protección de la integridad física del individuo y de su dignidad; y la segunda, como derecho social, que significa la responsabilidad que la sociedad tiene en la protección de la salud de sus ciudadanos y del suministro de servicios en caso de enfermedad, que aunque el derecho sea válido en cualquier momento, su ejercicio depende de los medios de que disponga la sociedad para brindar un nivel determinado de atención y protección en cada época y lugar y de acuerdo a ello, cada individuo puede planificar su vida en base a un nivel mínimo de atención de salud individual, seguido por la protección de la salud pública.

Sin embargo, la atención médica ha sido considerada con frecuencia como base del derecho a la atención a la salud. En este renglón existen opiniones en el sentido de que la salud es otra necesidad más, como la alimentación o el vestido; algunas otras dicen que por las características de la enfermedad y de la consecuente atención médica, los servicios están fuera del alcance del individuo tanto intelectualmente como en el aspecto económico, por lo que requieren de una acción colectiva, ya sea pública o privada. Por estas razones nos señalan-, los principios de la economía de mercado no deben aplicarse a la salud, por tanto, subsiste la necesidad de intervención de la sociedad para asegurar la equidad⁽⁵³⁾.

A fin de garantizar el derecho a la salud, es necesario plasmarlo en un documento normativo obligatorio. Esta normatividad tiene los siguientes objetivos: servir de moderador entre los intereses de la sociedad y los del individuo; hacer que el gobierno adopte medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología; garantizar

(53)Ibidem p. 18

la equidad en la prestación de los servicios; prohibir toda conducta perjudicial para la salud; establecer programas y servicios de fomento a la salud; regular la asignación de recursos para los servicios de salud; idear e implantar mecanismos de financiamiento de estos servicios; y controlar la calidad de la atención de la salud. Con este marco legal, los servicios de salud podrán proporcionarse racional, eficiente y equitativamente.

La atención a la salud es una función social que debe encaminarse a la consecución del desarrollo económico y social en virtud del progreso de la ciencia y la tecnología, cuya finalidad es el bienestar integral del hombre en sociedad.

El marco legal más importante de nuestro país es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ya que enmarca en su texto los órdenes político, social, jurídico y económico que señalan el destino de la Nación. Este instrumento legal fundamental faculta, a través de su artículo 73, Fracción XVI, al Congreso de la Unión para dictar leyes sobre salubridad general, a la que aborda como sinónimo de salud, [por técnica constitucional no se expresan conceptos o definiciones en la Carta Magna] y en tal virtud, nuestro país decidió tomar doctrinalmente la concepción de "salud" emitida por la Organización Mundial de la Salud y con ello elaborar nuestro sistema legal en esta materia.

Los términos en que la Constitución Política de México consagra la protección de la salud, se establecen en su artículo cuarto y son enunciados de la siguiente manera:

"Artículo 4o.- ...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la

conurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general..."

De este precepto destacan algunos principios importantes:

- Se consagra un derecho social que no se deja al arbitrio de la autonomía de la voluntad, es decir, el titular puede o no ejercerlo, y por otro lado, el Estado sí tiene la obligación de concretarlo.

- Este derecho es universal (protege a todos los habitantes del país).

- Existe un obligado a otorgar la prestación (Estado).

- Los servicios de salud son otorgados tanto por la Federación como por las entidades federativas, logrando la descentralización de estos servicios.

Diego Valadés establece que al enunciarse el "derecho a la protección de la salud", se hace referencia implícitamente a los servicios personales de salud, como son la atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación; y los de carácter general, o salud pública, tales como la preservación del ambiente y al determinar la posibilidad de regulación por una ley estableciendo las formas de acceso a los servicios de salud, se entiende que se trata de una atención en la cual se han considerado los recursos del Estado y las necesidades de los usuarios, así como la fijación de reglas que favorezcan a quienes más lo requieran⁽⁵⁴⁾. Por lo tanto la expresión "derecho a la protección de la salud" implica el esfuerzo deliberado, orientado y planificado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y objetivos que

(54)Ibidem p. 356.

favorezcan la implantación de programas específicos para ese fin.

La Ley que establece las modalidades y bases para el acceso a los servicios de salud y cuyos lineamientos norman la actividad en esta materia, es la Ley General de Salud⁽⁵⁵⁾, reglamentaria del artículo en cuestión. Las disposiciones que sobre promoción de la salud incorpora, tienen por objeto "...crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva" (art. 110).

Dentro de sus 60 capítulos, 472 artículos ordinarios y 7 transitorios, la Ley señala la distribución de competencias de los organismos integrantes del Sistema Nacional de Salud, así como los lineamientos generales en los renglones de prestación de los servicios de salud (atención médica, salud pública y asistencia social); educación para la salud; nutrición; salud ocupacional; prevención y control de enfermedades y accidentes; asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, entre otros.

La atención médica es definida como "el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud" (art. 32). Por tanto, estos servicios son de tres tipos: a) Preventivos, que incluyen las actividades de promoción general y las de protección específica; b) Curativos, cuyo fin es efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y c) De

(55)Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984 con vigencia a partir del primero de julio del mismo año.

rehabilitación, que incluyen acciones tendentes a corregir las limitaciones físicas o mentales (art. 33).

Estos servicios tienen diversas categorías, de acuerdo al tipo de organismo que los otorgue: a) Son servicios públicos, si se prestan por establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, de gratuidad y fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios; b) Tienen la categoría de servicios a derechohabientes si se otorgan por instituciones públicas de seguridad social a personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas, conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; c) Los servicios de salud privados son los que se otorguen por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetas a los ordenamientos legales civiles y mercantiles, y pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos; d) Los de carácter social son los que presten directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos (arts. 34 a 40).

Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por los términos que se hayan pactado entre ellos, sin perjuicio de lo establecido en la propia Ley.

Los servicios básicos de salud se refieren a las actividades de educación para la salud, promoción del

saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente, prevención y control de enfermedades; transmisibles de atención prioritaria, las no transmisibles y los accidentes; atención médica y materno-infantil; planificación familiar; salud mental; prevención y control de enfermedades buco-dentales; disponibilidad de insumos esenciales; promoción y mejoramiento de la nutrición; y asistencia social a los grupos más vulnerables.

Dentro de esta última, el instrumento legal que nos ocupa establece las actividades básicas que contiene la prestación del servicio de asistencia social (art. 168), mismas que comentaremos en el transcurso del presente capítulo; define a la asistencia social (art. 167) como lo hemos tratado en nuestro primer capítulo; señala la participación de los miembros del Sistema Nacional de Salud (art. 171); menciona las actividades que comprende la atención en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos (art. 174); y estipula asimismo, la aptitud del gobierno federal, para contar con un organismo especialmente encargado de llevar a cabo las acciones en este renglón, la que además, promoverá las actividades que las instituciones públicas realicen.

Estos servicios, se entiende que son servicios públicos otorgados a la población abierta o carentes de un aseguramiento social y cuyo costo será mínimo o gratuito, de acuerdo al artículo 36 del mencionado ordenamiento.

Por último, cabe destacar que el Sistema Nacional de Salud, constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y Local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, con el objeto de dar cumplimiento a la protección

de la salud (art. 5), se encuentra coordinado por la Secretaría de Salud, como cabeza de sector y conductora de la política nacional en materia de salud. Esta puede, de acuerdo al artículo 10, establecer acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para consolidar y coadyuvar al funcionamiento del Sistema, lo que abordaremos con mayor precisión en posterior capítulo.

Para efectos del presente estudio, primeramente haremos algunas reflexiones sobre los servicios de la categoría "derechohabientes" otorgados por instituciones públicas de seguridad social, como son (en forma limitativa para este capítulo), el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por considerar que son los más importantes; en segundo término, los "servicios públicos" a población carente de seguridad social y otorgados por instituciones públicas; y finalmente, los servicios de salud "privados", otorgados por personas físicas o morales de carácter privado.

2. Ley del Seguro Social

Los servicios de salud a derechohabientes, son servicios públicos regulados de manera principal, por la Ley del Seguro Social, seguida por la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [aunque puede haber otros ordenamientos]. Para efectos de nuestro presente estudio, diremos que dicha Ley tiene su razón de ser -normativamente- en el artículo 123, Apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que establece en su fracción XXIX:

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

La Ley del Seguro Social es de observancia general en toda la República, de acuerdo a su primer artículo. Sustituye a la expedida el 31 de diciembre de 1942. Encarga la realización de la seguridad social a las entidades o dependencias públicas federales o locales y organismos descentralizados, conforme a su artículo 3. Consta de 284 artículos ordinarios y 18 transitorios, y aunque no da una definición de lo que es la seguridad social, establece los objetivos de ésta, en los siguientes términos:

"Art. 2o. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

Esta seguridad social prescrita en la Ley, funciona por medio del seguro social, el que se define como "el instrumento básico establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos"(art. 4o.). El seguro cubre las contingencias y proporciona los servicios que se especifican en cada régimen particular, mediante prestaciones en especie y en dinero (art. 7o.).

La seguridad social aludida y sus correspondientes seguros, son organizados y administrados, de acuerdo a su artículo 5o. y para efectos de la Ley, por el organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

El seguro social comprende dos regímenes: a) Obligatorio; y b) Voluntario. Dentro del primero se encuentran integrados los seguros de Riesgo de Trabajo (R.T.); Enfermedades y Maternidad (E y M); Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (I.V.C.M.); y, Guarderías para hijos de aseguradas (G).

Los servicios que se otorgan dentro del Régimen Obligatorio los disfrutan los siguientes sujetos de aseguramiento:

- I) Personas vinculadas por una relación de trabajo;
- II) Miembros de sociedades cooperativas de producción y administraciones obreras o mixtas;
- III) Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados, sociedad local o unión de crédito; los organizados para aprovechamientos forestales, industriales, comerciales o en razón de fideicomisos; los que estén sujetos a contratos de asociación, producción, financiamiento o similar; así como los no comprendidos anteriormente;
- IV) Pequeños propietarios con más de 20 hectáreas de riego o su equivalente;
- V) Patrones personas físicas con trabajadores asegurados, que no lo estén en los términos de esta Ley; y
- VI) Trabajadores en industrias familiares y sus dependientes.

Asimismo, estos servicios se refieren al otorgamiento de asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria de manera general. En caso de mujer derechohabiente, se otorga además servicio de asistencia obstétrica, ayuda de lactancia y canastilla al nacer el hijo.

Las prestaciones en dinero varían de acuerdo al tipo de riesgo al que se haya expuesto el derechohabiente o a la pensión que goce.

El Régimen Voluntario se integra tanto por seguros facultativos, como adicionales que el Instituto puede contratar para proporcionar prestaciones en especie del ramo del seguro de E y M a familiares del asegurado que no estén protegidos por la Ley, o a los no comprendidos en el párrafo precedente (art. 224). Esta contratación está sujeta a las condiciones que fije el propio Instituto. Asimismo, los seguros adicionales se pueden pactar entre empresa e Instituto, para mejorar las condiciones establecidas en los Contratos-Ley o en los Colectivos de Trabajo (art. 226).

La Ley, en base a la solidaridad social, permite el otorgamiento de servicios sociales de beneficio colectivo. Tales servicios comprenden, tanto prestaciones sociales, como servicios de solidaridad social (arts. 8 y 232). Las primeras tienen como finalidad fomentar la salud; prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población (art. 233). Su fuente de financiamiento se conforma con los recursos del ramo de I.V.C.M y su ejecución está sujeta a los criterios que el Instituto tome.

Asimismo, son proporcionadas mediante programas de promoción de la salud; educación higiénica, materno-infantil, sanitaria y de primeros auxilios; mejoramiento de la

alimentación y de la vivienda; impulso de actividades culturales, deportivas y aprovechamiento del tiempo libre; regularización del estado civil; adiestramiento técnico y capacitación para el trabajo; centros vacacionales y de readaptación para el trabajo; superación de la vida en el hogar; y, establecimiento y administración de velatorios (art. 234).

Los servicios de solidaridad social se limitan al otorgamiento de atención médica, farmacéutica y hospitalaria a los núcleos de población marginada, estén éstos en zonas rurales, suburbanas y urbanas, así como los que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social (arts. 236 y 237); y son financiados por la Federación, el I.M.S.S. y los propios beneficiarios.

Es preciso señalar que a este otorgamiento de servicios se avoca el programa IMSS-Solidaridad (antaoño IMSS-COPLAMAR)⁽⁵⁶⁾, mismo que inició sus actividades en 1974 como programa piloto para ayudar a la zona ixtlera de México. En ese entonces, la Federación aportó 60% del financiamiento y el resto el Instituto, con la correspondiente aportación de los beneficiarios, de 10 jornadas por jefe de familia al año. Hacia 1976 se extendió a zonas de temporal de cultivo de maíz y frijol.

En 1977 la Presidencia de la República creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y dos años más tarde se suscribió el Convenio con el I.M.S.S. para establecer y operar el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, en

(56)A partir de 1990 el Ejecutivo Federal cambió la denominación a I.M.S.S.-Solidaridad.

el que los costos de inversión fueron cubiertos por el gobierno federal.

Este Programa, a pesar de que coadyuvó a la impartición gratuita de los servicios y la creación de oportunidades de trabajo en el medio rural para auxiliares de enfermería, surgieron problemas operativos, pues el modelo adoptado por el I.M.S.S.-COPLAMAR dependía de la prestación de servicios de salud al medio rural, a base de atención primaria a cargo de pasantes de medicina y auxiliares de enfermería, pero con limitaciones debidas al cambio frecuente de personal.

Por otro lado, la ubicación de las unidades en muchos casos ha hecho difícil el acceso de usuarios, prestadores de servicio, supervisión y logística, y con cierta frecuencia se han presentado duplicaciones con unidades equivalentes de los Servicios Coordinados⁽⁵⁷⁾.

Guillermo Soberón ha establecido que en virtud de que las instituciones de seguridad social federal y el Programa no son coordinados sectorialmente por ninguna institución central, ha habido carencia de instrumentos para planear el desarrollo de la infraestructura de salud estatal, establecer sistemas regionalizados de servicios, desarrollar programas de control de enfermedades, establecer sistemas de vigilancia epidemiológica, aprovechar los recursos institucionales existentes y desarrollar la formación y actualización de recursos humanos.

Las instituciones de seguridad social difieren tanto en la definición de sus programas, como en las condiciones que se consideran necesarias para el otorgamiento y

(57)Cfr. SOBERON ACEVEDO, Guillermo, Hacia un sistema nacional de salud, op.cit. p.67.

tipo de las prestaciones, lo que plantea la necesidad de procurar una homogeneización de los servicios otorgados a los trabajadores. Además, a pesar del gran crecimiento de cobertura, actualmente aún existen amplios grupos de la población al margen de la seguridad social o cuya vinculación con ésta no ha sido claramente definida y que requerirán del establecimiento de normas y criterios específicos que uniformen sus condiciones de aseguramiento.

Aunado a lo anterior, existen problemas de duplicación y falta de coordinación entre las diversas instituciones y con respecto a los servicios gubernamentales a población abierta.

3. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado(58)

A partir de la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1959, este organismo cuenta con una normatividad reguladora de las prestaciones económico-sociales que otorga. Dicha Ley es producto [de acuerdo a su Exposición de Motivos], de la complejidad operativa que requiere el eficaz otorgamiento de las prestaciones y servicios que está obligado este Instituto a brindar a los servidores públicos y sus familias.

Este instrumento legal tiene su razón de ser en la Fracción XI del Artículo 123, Apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señala:

(58)Diario Oficial de la Federación 27 de diciembre de 1983.

"B) Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:

Fracciones I a X...

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:..."

Dicha Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República (art. 10.); se conforma de 196 artículos ordinarios y 11 transitorios y se aplica, de acuerdo al mismo precepto, a los siguientes sujetos de aseguramiento:

I) Trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros;

II) Dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta Ley;

III) Dependencias y entidades de la Administración Pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley y las disposiciones de las demás legislaturas locales;

IV) Diputados y Senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta Ley; y

V) Agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al régimen de esta Ley.

Del mismo modo que hemos hecho referencia a la seguridad social establecida en la Ley del Seguro Social, la Ley del I.S.S.S.T.E señala dos tipos de régimen: a) Obligatorio; y b) Voluntario. El primero funciona de acuerdo a los siguientes seguros, prestaciones y servicios: a) Medicina preventiva; b) Enfermedades y Maternidad; c) Rehabilitación física y mental; d) Riesgos de trabajo; e) Jubilación; f) Retiro por Edad y Tiempo de Servicios; g) Invalidez; h) Muerte; i) Cesantía en Edad Avanzada; j) Indemnización global; k) Atención para el bienestar y desarrollo infantil; l) Integración a jubilados y pensionados; m) Arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto; n) Préstamos hipotecarios; o) Préstamos a Mediano y Corto plazos; p) Servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes; q) Servicios turísticos; r) Promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación; y s) Servicios funerarios.

La atención médica incluye diagnóstico, atención odontológica, ortopedia, prótesis, atención quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación de manera general. En el caso de ser mujer derechohabiente, se tendrá derecho a asistencia obstétrica, ayuda para lactancia y canastilla de maternidad, en su caso. Las prestaciones en dinero varían de acuerdo al supuesto en que se encuentre el derechohabiente.

El Régimen Voluntario contiene la posibilidad de continuar en el Régimen Obligatorio, cuando ya no se tiene derecho al servicio. Esta posibilidad existe, cubriendo ciertos requisitos fijados en la misma Ley (art. 142). Los servicios que abarca son los integrados en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y de Medicina Preventiva. Del mismo modo, la Ley

permite la incorporación voluntaria a este mismo Régimen, de manera parcial o total, a quienes no cuenten con este aseguramiento.

La administración de estos seguros, prestaciones y servicios está a cargo del organismo público descentralizado denominado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propios y cuyo domicilio se encuentra en el D.F., (Art. 4o.)

Las prestaciones sociales y culturales que establece la Ley, tienen por finalidad el "apoyo asistencial del trabajador y su familia y la protección del poder adquisitivo de su salario, con orientación hacia patrones racionales y sanos de consumo"(art. 137). Estos servicios sociales son los siguientes: a) venta de productos básicos y de consumo para el hogar (sistema de tiendas); b) servicios de alimentación económica en el trabajo; c) centros turísticos (TURISSSTE); d) servicios funerarios; y e) los que acuerde la Junta Directiva.

En cuanto a los servicios culturales, éstos tienen el objetivo de cuidar y fortalecer la salud mental e integración familiar y social del trabajador, y su desarrollo futuro, contando con la cooperación y el apoyo de los trabajadores, de acuerdo a su artículo 140. Dichos servicios son los siguientes:

- I) Programas culturales;
- II) Programas educativos y de preparación técnica;
- III) Servicios de capacitación;
- IV) Servicios de atención a jubilados e inválidos;
- V) Campos e instalaciones deportivas para el fomento deportivo; y

VI) Las demás que acuerde la Junta Directiva.

Queremos destacar en el presente capítulo, que la citada ley alude en su texto a los seguros sociales como instrumento de ejecución de la seguridad social limitando su ámbito de acción. Por otro lado, los cerca de 9 millones de derechohabientes (59) con que cuenta actualmente el Instituto, gozan de prestaciones que superan en mucho las enunciadas por la Ley del Seguro Social, como son v.gr. las promociones turísticas, los préstamos a corto y mediano plazos e hipotecarios, arrendamiento y venta de habitaciones.

De igual manera, resulta importante señalar que la aplicación de la Ley, en los hechos, constituye materia de reflexión, pues en el otorgamiento de los servicios de primer nivel (medicina general), la opinión de las clases medias es que tiene muchas deficiencias, y por tanto, los derechohabientes prefieren los servicios particulares, aunque no siempre pueden pagarlos. Las quejas más frecuentes se refieren al carácter burocrático de la atención y a las largas horas de espera requeridas. No se conoce la opinión de la clase obrera ni de otros grupos de bajos ingresos(60).

En cuanto a los servicios del segundo y tercer niveles (hospitalización y alta especialidad), éstos tienen una mejor imagen, aunque con desventaja en relación a los otorgados por el I.M.S.S. y la Secretaría de Salud, como consecuencia de la ideología de los médicos dirigida al favorecimiento de los servicios complejos y los equipos complicados, ya que el costo de este equipo es muy elevado y la iniciativa privada carece de algunos de ellos, sólo la clase

(59)Cifras estimadas para 1992, de acuerdo a datos del Tercer Informe Presidencial 1991.

(60)Cfr. COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, op.cit. p. 145.

alta tiene la posibilidad de atenderse en instituciones privadas en México o en el exterior del país.

Por lo anterior, una parte considerable de la población derechohabiente deja de demandar los servicios de primer nivel de la seguridad social y una parte menor deja de utilizar los del segundo y tercer niveles cuando los necesita. Todo ello en virtud de que tanto el I.S.S.S.T.E. como el I.M.S.S. tienen una base relativamente estrecha y pobre (primer nivel) en comparación con sus niveles secundario y terciario.

Aunado a esta situación, se encuentra una parte de trabajadores a nivel dirección, en que las empresas desean pagar el sueldo del empleado enfermo, mientras que exige a los trabajadores de base que se hagan atender en la institución de seguridad social para que ésta cubra sus sueldos, lo que influye en el caso de los asegurados, pero no en el de sus familiares derechohabientes.

Por último, deseamos precisar que aún cuando existe un marcado subregistro de la población derechohabiente, las prestaciones en especie hoy otorgadas y plasmadas en la Ley, carecen de eficacia y eficiencia. Por otro lado, las prestaciones en dinero por incapacidad y por pensión están inmersas en un cúmulo de requisitos que se traducen en obstáculos para el real beneficio del trabajador y su familia, de lo que se desprende la necesidad de análisis y modificación de este precepto legal en los requisitos a cubrir, para así tener derecho a las ventajas que significan estar protegido por la seguridad social.

4. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social(61)

La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social rige en toda la República, es de carácter público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia Social que promueva la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud y coordine el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado. (art. 1o.)

El Estado, de acuerdo al artículo cuarto constitucional, tiene el deber de proporcionar este tipo de servicios como una aportación al mejoramiento de la salud, y para ello requiere de la concurrencia de las entidades federativas, así como de los sectores social y privado.

Es importante la participación de estos últimos, ya que si bien antaño la prestación de estos servicios se encontraba centralizada, actualmente se ha ido generalizando su descentralización, y con esto coadyuva a un gradual avance en cuanto a la extensión de su cobertura.

Es igualmente trascendente señalar que en la medida en que su otorgamiento mejore y se vitalice, menor será la cantidad de población que sufra las inclemencias del desarrollo económico-social, pues podrá incorporarse con mayor facilidad a su proceso.

La familia es entendida como "la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que

(61)Diario Oficial de la Federación 9 de enero de 1986.

requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también a apoyar, en su formación y subsistencia, a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma por ellos"(art. 2). En consecuencia, de su buen crecimiento y desarrollo, dependerá el de la sociedad en su conjunto.

La ASISTENCIA SOCIAL es definida como "el conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva".(art. 3)

A pesar de que los beneficios otorgados por esta asistencia son de carácter social [básicamente], hace también mención a las limitaciones de carácter físico y mental, cuestiones que inciden directamente en la salud del individuo, y que si no son protegidas, lo dejarán en total indefensión por carecer de capacidad productiva, y por tanto, sin posibilidades viables de lograr un ingreso permanente.

Esta situación no convendría soslayarla, pues constituiría por una parte, incertidumbre y ansiedad constante para el ser humano, así como una carga para el Estado, al tener que mantener la gran cantidad de población en este supuesto y que la caridad pública no podría solventar por sí sola, a causa de las crisis económicas cada vez más acentuadas.

La Ley establece en su artículo 12 que son servicios básicos de asistencia social:

"I) La atención a personas que, por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;

II) La atención a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;

III) La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;

IV) El ejercicio de la tutela de los menores, de acuerdo a las disposiciones legales aplicables;

V) La prestación de servicios de asistencia jurídica. y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos;

VI) Investigación sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;

VII) La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencia en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social en su beneficio;

VIII) Apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas;

IX) Prestación de servicios funerarios;

X) Prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos; (se entiende por invalidez la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económica, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social).

XI) Orientación nutricional y alimentación complementaria a personas de escasos recursos y a población de zonas marginadas;

XII) Promoción del desarrollo, mejoramiento e integración familiar;

XIII) Desarrollo comunitario en localidades y zonas social y económicamente marginadas;

XIV) Promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez;

XV) Colaboración y auxilio a las autoridades laborales, competentes en la vigilancia y aplicación de la legislación laboral aplicables a los menores;

XVI) Fomento de acciones de paternidad responsable, que propicien la preservación de los derechos de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental,

XVII) Análogos y conexos que tiendan a mejorar y modificar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral."

Dicha asistencia es proporcionada, preferencialmente a los siguientes sujetos de recepción de servicios:

I) Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato;

II) Menores infractores;

III) Alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia;

IV) Mujeres en período de gestación y lactancia;

V) Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato;

VI) Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuromusculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias;

VII) Indigentes;

VIII) Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales;

IX) Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono;

X) Familiares que dependen económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono;

XI) Habitantes del medio rural o del urbano marginado que carezca de lo indispensable para su subsistencia, y

XII) Personas afectadas por desastres" (art. 4)

Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas en materia de salubridad general, como autoridades locales, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, con base en las normas técnicas expedidas por la Secretaría de Salud (Art. 6o).

La asistencia forma parte de los servicios prestados dentro del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el desarrollo social del que habla el artículo tercero, debe implicar también un apoyo económico, el que aunado a "las acciones tendientes a modificar las circunstancias de carácter social" deben denotar una acción estatal integral y no parcial, sin embargo en los hechos, éstos se traducen en la atención médica y orientación familiar o jurídica, por la falta de recursos en su mantenimiento.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud en materia social, contribuirán a garantizar la extensión de estos servicios, de preferencia en las regiones menos desarrolladas y a los grupos más vulnerables; definir criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización, escalonamiento de servicios, así como de univervalización de cobertura; llevar a cabo programas interinstitucionales que aseguren la atención integral de los grupos sociales vulnerables (art. 9o.). Para su realización también se cuenta con el apoyo del Pronasol, tanto

a nivel urbano como regional, así como la intervención de los diferentes sectores de la sociedad y de los gobiernos estatales, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo y de los convenios de concertación correspondientes.

La Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, tiene las siguientes atribuciones: a) Fijar las normas técnicas⁽⁶²⁾ en la materia, y b) Vigilar el estricto cumplimiento de esta Ley, sin perjuicio de las atribuciones que tengan otras dependencias y entidades de la administración pública federal y los gobiernos y entidades de los estados. Su función básica es la de coordinación y vigilancia de las entidades del sector salud en el otorgamiento de estos servicios.

Además de las anteriores, la Secretaría, por sí misma o a través del DIF, tiene las siguientes atribuciones: a) supervisar la aplicación de las normas técnicas fijadas y evaluarlas; b) apoyar la coordinación entre las instituciones que presten este tipo de servicios; c) promover la investigación científica y tecnológica para el desarrollo de estos servicios; d) En el marco del C.U.D., coordinar con las entidades federativas, la prestación y promoción de estos servicios; e) concertar acciones con los sectores social y privado, mediante convenios y contratos, con la participación de otras dependencias y entidades; f) coordinar, evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud que otorguen los prestadores de estos servicios; g) realizar investigaciones sobre causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; y h) las demás que le otorgue la Ley General de Salud.

(62) Norma técnica es el conjunto de reglas científicas tecnológicas obligatorias que establecen las reglas a satisfacerse en la organización y prestación de servicios en materia de asistencia social.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios que tiene los siguientes objetivos, de acuerdo a las actividades que en la materia realiza la Secretaría:

- a) Promoción de la asistencia social;
- b) Prestación de estos servicios;
- c) Promoción de la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas;
- d) Realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Por medio de este organismo, la Secretaría descentraliza sus funciones, al transferirle la responsabilidad de estos servicios y el patrimonio de la Dirección General de Asistencia Social, de acuerdo al Decreto emitido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1982, quedando únicamente la Secretaría con la tarea de atención médica.

El gobierno federal, directamente o a través del DIF y de las dependencias y entidades correspondientes, propicia la concertación de acciones en materia de asistencia social con los sectores social y privado, mediante la colaboración a través de convenios y contratos, de acuerdo al artículo 43. Esto confirma lo apuntado en párrafos anteriores en el sentido de buscar tanto la cobertura universal de estos servicios, como el compromiso de los diversos sectores con las localidades, para el logro del cumplimiento de los objetivos nacionales.

El Estado debe promover la organización y participación de la comunidad en la atención de aquellos casos de salud que requieran acciones de asistencia social, basadas en el apoyo y la solidaridad social, así como el concurso coordinado de las dependencias y entidades públicas, específicamente en el caso de comunidades afectadas de marginación. La Secretaría y el D.I.F. pondrán especial atención a los menores en estado de abandono y de incapacitados física o mentalmente (art. 44).

Esta disposición tiene especial relevancia en virtud de que la participación de la comunidad en los servicios, contribuye a la consolidación de la democratización integral. "Las formas de solidaridad, mediante las cuales los recursos económicos del Estado, de las clases que más tienen y de los grupos marginados, colaboran y llevan a cabo una aportación, con objeto de mejorar el acceso a los mínimos de bienestar, son fórmulas de vinculación social y nacional, que promueven la participación democrática"⁽⁶³⁾.

Las acciones que se realizan para promover la participación de la comunidad, son:

- a) Promoción de hábitos de conducta y de valores superiores que contribuyan a la protección de los grupos vulnerables, a su superación y prevención de invalidez;
- b) Incorporación, como auxiliares voluntarios en las tareas básicas de asistencia social y participación en determinadas actividades de asistencia social, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes.

(63) SOBERON ACEVEDO, Guillermo, Hacia un sistema nacional de salud, op.cit. p. 317.

c) Notificación de la existencia de personas que requieran de asistencia social cuando éstas se encuentran impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;

d) Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de asistencia social.

e) Otras actividades que coadyuvan a la protección de la salud.

A través de dichas acciones, la comunidad creará en sí misma una mayor conciencia de apoyo; asimismo podrá tener la oportunidad de manifestar a los órganos competentes de las necesidades de los desprotegidos y se formará una mayor convivencia entre sus miembros, al conocer directamente las limitaciones de estos últimos.

De manera general, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social contiene los mínimos preceptos reguladores de la asistencia social. Empero, el Sistema Nacional de Salud tiene la tarea de hacer un mayor esfuerzo para que estos servicios se acrecenten, mejoren y diversifiquen. Esto se logrará en la medida en que se conozcan las necesidades de la población para planificar lo conveniente.

No solamente es necesario hacer cumplir lo preceptuado por la ley, sino ampliar la responsabilidad de los sectores público y social [el privado tiene una complejidad especial, según veremos], para el mayor logro de sus objetivos. Con esto, la población gozará de mayor seguridad en la manifestación de sus necesidades y podrá contar con los recursos necesarios para su restauración.

5. Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal(64)

En realidad, la asistencia privada carece de un precepto legal específico que la regule, ya que se ha considerado históricamente a ésta, como la organización de la caridad en entidades u organismos que ya no dependen de las órdenes clericales. Estos organismos actúan de acuerdo a sus posibilidades y recursos, por lo que es difícil establecer una normatividad al respecto.

La Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal inició su vigencia el 2 de enero de 1943 con el nombre de Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, misma que abrogó a la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales del 23 de mayo de 1933, la que a su vez, abrogó la expedida el 26 de enero de 1926.

Dicha Ley ha sido objeto de diversas reformas a partir de su creación: en 1943 (art. 7o. en lo relativo a la exención de pago de impuestos); 1944 (mismo artículo); 1948 (12 artículos fueron reformados); 1974 (9 artículos se reformaron, y en la que cambió su denominación, suprimiéndose el rubro de "Territorios Federales"); 1978 (se reformaron y adicionaron 41 artículos); y por último en 1986 y 1991 en la que se cambia la subordinación administrativa de la Junta de Asistencia Privada, de la Secretaría de Salud a ser un órgano desconcentrado del Departamento del Distrito Federal).

(64) Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de enero 1991.

La Ley consta de 161 artículos ordinarios y 4 transitorios. Se dirige a las instituciones de asistencia privada, establece mecanismos para su constitución y lleva a cabo la vigilancia de sus actividades.

Las instituciones de asistencia privada son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios, así como las que ejecuten actos de solidaridad que tiendan al desarrollo social, de acuerdo a su primer artículo.

Estas instituciones pueden tener el carácter de Fundaciones o bien, de Asociaciones. Las primeras son personas morales que se constituyen mediante afectación de bienes de propiedad privada destinados a la realización de actos de asistencia.

Las asociaciones son personas morales que por voluntad de los particulares se constituyen en los términos de esta Ley y cuyos miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, sin perjuicio de que pueda pactarse que los asociados contribuyan además con servicios personales (Arts. 4 y 5).

Los bienes propiedad de las instituciones de asistencia privada no podrán ser ocupados por el Estado, ni ser objeto de contrato alguno (art. 9), ya que este patrimonio no debe distraer su objetivo, que es brindar el servicio de asistencia.

Los interesados en constituir una I.A.P. deberán dirigirse a la Junta de Asistencia Privada del Distrito

Federal, la que realizará los trámites necesarios ante Notario, la inscripción que deba hacerse ante el Registro Público de la Propiedad y la declaratoria correspondiente.

Para su creación, la institución manifestará en sus estatutos la clase de servicio de asistencia que haya de impartirse (Art. 16, fr. V), así como los requisitos exigidos a las personas que pretendan disfrutar de los servicios (art. 16, Fr. VI). Una vez constituidas, las instituciones gozarán de personalidad jurídica propia.

Las fundaciones, transitorias o permanentes, pueden constituirse por testamento, o bien por aprovechamiento de los bienes del fundador, quien designa al Patrono. Este último vigila el cumplimiento de la voluntad del Fundador, administra y representa legalmente a la institución.

La forma de allegarse recursos es por medio de donativos, herencias y legados, préstamos, adquisición de valores de renta fija, inversión en construcción de casas, organización de colectas, rifas, tómbolas, o loterías, y en general, toda clase de festivales o de diversiones, a condición de que se destinen integralmente los productos que obtengan por esos medios, a la ejecución de actos propios de sus fines.

Los donativos pueden ser: a) Onerosos; y b) Condicionales. Estos donativos únicamente pueden ser reducidos en el caso de obligación en la ministración de alimentos por parte del donante, conforme a la legislación civil, fuera de este caso, serán irrevocables.

Queremos mencionar que las dificultades para obtener información, impiden el dar un mejor esquema de la función de estos organismos; sin embargo, desde nuestro punto

de vista, la Ley citada hace referencia a las instituciones de asistencia privada considerándolas como cualquier empresa del sector privado, aunque sin fines lucrativos, ya que sus preceptos no están encaminados a regular su actuación, sino que es un bosquejo de cómo funciona cada institución [y que ninguna institución debe dejar de tener] como es un Consejo Directivo, un sistema contable, etc.

A manera de ejemplificación, no existe un mínimo o un máximo de recursos para constituir una institución de este tipo; las instituciones afiliadas a la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal suman 400 (en el D.F.), que varían en su capacidad de servicio y recursos, así como la existencia de diversidad de servicios, que van desde casas de empeño, hospitales, asilos, orfanatos, y otros.

Por otro lado, no hay disposición alguna que regule específicamente el otorgamiento de los servicios, pues v.gr. si otorgan servicios de salud, éstos no se rigen por la Ley, sino por sus reglamentos internos, sin contravenir lo estatuido por las Leyes de la materia.

Es de cuestionarse también, el carácter "no lucrativo" de las instituciones, ya que por ejemplo, una de las instituciones afiliadas a la Junta es el Sanatorio Español. Este otorga servicios de hospitalización que rebasan con mucho el millón de pesos por día de hospitalización y si consideramos la exención del pago de impuestos, derechos y aprovechamientos plasmada en la Ley, el beneficio pecuniario es mayor que el servicio otorgado en cuanto a asistencia se refiere, convirtiéndose en una institución lucrativa.

Queremos precisar que no pretendemos vetar el otorgamiento de los servicios y mucho menos la creación de este

tipo de organismos, sino manifestar que no todos los casos se encuentran tipificados en la definición que de estas entidades hace la Ley y por otro lado, aquéllas [las entidades] gozan de un privilegio excepcional, que es la exención de pago de ciertas contribuciones al Estado.

A pesar de que no se cuenta con datos actualizados y confiables que orienten sobre los recursos físicos, humanos, económicos y tecnológicos del sector salud privado, en términos generales se estima que el 20% de las unidades médicas en servicio en el país son particulares, así como la tercera parte de las unidades de hospitalización general y poco más de las de especialización. Se hace énfasis en las unidades médicas, pues constituyen el sector más importante dentro del otorgamiento de servicios privados.

Finalmente, la Ley debería ser reformada en su contexto global, ya que aunque en apariencia regula solamente la actividad de las instituciones de asistencia privada para el Distrito Federal, carece, en primer término, de una definición de ASISTENCIA PRIVADA. Por otro lado, no hace distinciones entre los organismos no lucrativos y los que lo son, siempre y cuando se les llame "Asociación Civil" o "Fundación"; y por último, los términos en que está conformada, en realidad, dista mucho de ser una "Ley". Por ello creemos, que si bien es cierto, regular la asistencia privada es una complejidad, también lo es que la actual normatividad en la materia es obsoleta.

Como hemos podido apreciar a lo largo del presente trabajo, en materia de seguridad y asistencia social existe un sinfin de aspectos que es necesario analizar, tales como:

Si a través de la historia se comprendió que la atención de la salud es un derecho del individuo y a la vez un derecho social, y que su protección recae en las actividades del Estado, también la historia nos dice que las leyes se forman en virtud de una realidad social y esta última ha cambiado desde la creación de las leyes del Seguro Social y la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado hasta nuestros días.

La institucionalización de la seguridad social nunca tuvo como finalidad hacer una discriminación entre los trabajadores [Apartado "A" y "B" del artículo 123 constitucional], sino que surgió del clamor de la población por lograr mayor bienestar, no obstante, en los hechos, así se hizo. Por tanto, hoy día se hace necesario que el Poder Legislativo comprenda que los seguros sociales como parte de la seguridad social y establecidos en dicha normatividad, ya no responden en su totalidad ni a las contingencias [objetivo de dichos seguros], ni al cabal bienestar y desarrollo del trabajador.

Por otro lado, es necesario también que estos ordenamientos sean congruentes tanto con la Ley General de Salud, como con el artículo 4o. de nuestra Ley Fundamental, ya que al carecer las citadas leyes, de una mínima acepción de "salud" y de "seguridad social", se pasa por alto la "creación, conservación y mejoramiento de las condiciones deseables de salud para la población, así como el propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva" señalada en el artículo 110 de la Ley General de Salud.

Es impostergable el fortalecimiento de los servicios de primer nivel (medicina general), pues del adecuado

diagnóstico y tratamiento que haga el médico general en la primera etapa, depende la canalización oportuna y eficaz del paciente para lograr un mayor bienestar, tanto de él como de su familia. Por ello, sólo con la reestructuración que se haga de los citados ordenamientos se estará en correspondencia directa con lo que en la materia establece nuestra Constitución Política.

De igual manera, tanto la atención médica otorgada por la Secretaría de Salud, como los servicios brindados por los organismos descentralizados requieren de criterios únicos para su ejercicio; en los hechos no sucede así a causa de la falta de un ordenamiento acorde con los objetivos de la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud fue creado para lograr la mayor cobertura de estos servicios, su descentralización y el eficaz cumplimiento de la responsabilidad del Estado en esta materia. Por tanto, una nueva actitud en beneficio de la población durante la prestación de estos servicios es urgente, si queremos una sociedad productiva y competitiva para los cambios que se avecinan en lo económico, político y social, como lo es, v.gr. el Acuerdo de Libre Comercio entre México-E.U.A.-Canadá y la apertura comercial general ante el mundo.

Creemos desde nuestro punto de vista, que la finalidad de las políticas del Ejecutivo Federal en lo social, buscan la consolidación de la democratización de la vida nacional, por ello mismo, si realmente se quiere lograr que la población cuente con los servicios de salud convenientes, oportunos y eficaces, se debe contar con un solo ordenamiento en materia de seguridad social, pues no concebimos que por una parte haya discriminación entre trabajadores, y por otra exista una diferencia sorprendente entre los servicios que se

encuentran plasmados en ambas leyes, cuando lo que se busca es el oportuno acceso a los servicios de salud, así como el bienestar y desarrollo de la sociedad.

En cuanto a la asistencia a los no derechohabientes como los llamados "servicios de solidaridad social" (en la Ley del Seguro Social), o las "prestaciones sociales" (Ley del I.S.S.S.T.E.), debemos estar conscientes que las acciones realizadas hasta ahora han sido de carácter limitativo, pues en los primeros, se otorga únicamente atención médica, farmacéutica y hospitalaria; y en los segundos, el apoyo asistencial se reduce a la venta de productos básicos, servicios turísticos, servicios funerarios y alimentación económica en el trabajo, para con ello "proteger" el salario del trabajador. Sin contar con un programa serio de ayuda al carente de protección sanitaria.

De esta suerte, quienes no se incorporen voluntariamente a cualquiera de las dos instituciones, por carecer de recursos, o bien, por el pésimo servicio que se presta [generalmente en el primer nivel, pues como vimos, si existe la infraestructura necesaria en los demás niveles], será atendido por una institución privada, utilizará los servicios del Pronasol o los de la Secretaría de Salud, a través de sus Centros de Salud o bien, los del Departamento del Distrito Federal. Todos ellos con diferentes criterios de prestación de servicios y quedando las leyes como instrumento administrador de los seguros sociales para los trabajadores y ya no, para la población en general.

La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social hace alusión al "conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral". Al hablar del

"individuo" se hace referencia a todo individuo, sin embargo, se circunscribe únicamente a la población vulnerable, cuestión por demás plausible, pero la definición contiene una profundidad que no se ha cristalizado en la realidad.

Por otro lado, las tareas a desarrollar para que estas personas tengan la adecuada asistencia, de acuerdo a los lineamientos respectivos, se traducen en atención, promoción, tutela, asistencia jurídica, investigación, integración familiar. Si por "atención", entendemos que le proporcionarán al individuo los recursos necesarios para encontrar un buen empleo, capacitación, vivienda, educación, etc. para él y su familia, entonces estamos hablando de una real asistencia. De otro modo, estaríamos en el supuesto de que la asistencia busca dejar una "buena" cicatriz, en lugar de crear la mejor "inmunización" para que no lo lastimen. Todo esto, obviamente es difícil de que suceda, en virtud de los altos costos que significa y de la gran demanda que existe (que en 1992 es de aproximadamente 38 millones de habitantes).

La asistencia privada merece estudio aparte, pues al no haber obligación del particular para otorgar asistencia, es difícil opinar al respecto. Sin embargo, podemos decir que la Ley de Instituciones Privadas para el Distrito Federal, lo que ha hecho es, establecer las características de este tipo de instituciones, sus funciones, su forma de extinción y dejando a un organismo como la Junta de Asistencia Privada para que asesore y apoye a las mismas, con cierto margen de vigilancia.

No podríamos afirmar que el citado documento contenga regulación alguna sobre la actividad de las I.A.P., y mucho menos que el Departamento del Distrito Federal ejerza vigilancia sobre ellas, a través de la Junta, ya que las mismas se rigen por sus reglas internas, en concordancia con las

directrices, que en todo caso, establezca el Sistema Nacional de Salud, en el que las citadas I.A.P. pueden establecer convenios de cooperación o de coordinación para llevar a buen término sus actividades.

Del mismo modo que las leyes de seguridad social, la ley en turno no contiene una acepción de ASISTENCIA PRIVADA en virtud de que ésta es otorgada bajo el criterio de las citadas instituciones. Por ello nos parece complejo proponer la reestructuración de la mencionada ley en virtud de que la caridad, además de que todavía existe, y que sin ella muchos desamparados carecerían de sus beneficios, difícilmente puede ser regulada por una ley, aunque sea localmente. En todo caso, es de precisarse la función específica de cada una de las I.A.P. para hacer una selección de las que realmente funcionan en calidad de instituciones asistenciales, como son los asilos, orfanatos, etc. y las que que no lo son, como los hospitales o las casas de empeño, por poner un ejemplo.

V. PRINCIPALES ORGANISMOS ENCARGADOS DE LA ADMINISTRACION Y PROMOCION DE LA ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL

1. Secretaría de Salud

En el año de 1988 el Dr. Eleuterio González Carbajal, catedrático de la Universidad Nacional Autónoma de México, realizó un estudio de la salud en México⁽⁶⁵⁾, resultando el siguiente diagnóstico:

"México es un país joven, desnutrido, con una dieta baja en calidad y cantidad. Su natalidad es alta, su mortalidad general, es baja, pero la infantil es aún elevada. Le afectan fundamentalmente las enfermedades infecciosas seguidas muy de cerca por las degenerativas, metabólicas y neoplásicas, así como por los accidentes de todo tipo. Tiene alto índice de inválidos tanto agudos como crónicos, enfermos mentales, así como desvalidos sociales."

Su población, -continúa señalando- reside hiperconcentrada en el medio urbano con grandes zonas de miseria y dispersa en el medio rural, con carencias importantes de servicios municipales sanitarios, alto grado de hacinamiento, promiscuidad e insalubridad en la vivienda.

El nivel de escolaridad de su población es muy bajo (promedio de cuarto año de primaria). La mayor parte de sus habitantes en edad activa se dedica a actividades secundarias o terciarias y su promedio de ingresos económicos es insuficiente

(65)Cfr. GONZALEZ CARBAJAL, Eleuterio, Diagnóstico de la Salud en México, Trillas, México, 1988, p. 107.

y , "aunque puede decirse que el mexicano cada vez vive más, no puede afirmarse que vive sustancialmente mejor"(66).

La cobertura de servicios de atención médica es insuficiente, y más deficiente aún, en la seguridad social. Aunque la capacidad instalada para esta atención es amplia, ya que forma una red que cubre prácticamente todo el territorio nacional, una gran cantidad de población, sobre todo en las áreas rurales, no ha logrado el acceso a los mismos.

Prosigue su estudio diciendo que los recursos económicos siempre han sido insuficientes, particularmente para la asistencia social y comparativamente privilegiados para la seguridad social.

Señala asimismo, que no se destina una cantidad suficiente para estos servicios y los recursos disponibles tampoco se invierten en la mejor forma. La mayor parte de los fondos se utilizan en atención curativa y se descuidan los aspectos de prevención, fomento a la salud y saneamiento, que son los más productivos a largo plazo.

Los recursos y acciones aplicados para resolver esta situación se han orientado hacia un sistema de atención médica insuficiente, heterogéneo, duplicante, desarticulado, inequitativo y dependiente en alto grado del extranjero en lo científico y técnico, y que ha hipertrofiado los programas de atención a daños como son los de asistencia médica, ampliación de la cobertura, organización por niveles, equipo de salud, rehabilitación y atención a los factores condicionantes y determinantes.

(66)Ibidem, p. 108.

Se descuida igualmente, dice el Dr. González Carbajal, los aspectos de la salud en los lugares de trabajo, en la escuela, en la vía pública y en otros sitios de reunión. En la práctica, se han desatendido los aspectos que coadyuvan al mantenimiento de la salud, como la protección del ambiente ecológico, la prevención de la contaminación ambiental [por ello tenemos hoy el problema de la concentración de ozono en la atmósfera], el control sanitario, la educación para la salud, el deporte recreativo y el fomento del esparcimiento, termina señalando.

Creemos que mejor diagnóstico no pudo haberse hecho en nuestros días. La situación del estado de salud en México y en América Latina, ha tenido una solución definitivamente difícil de lograr en virtud de las grandes erogaciones que significa, así como la complejidad que revisten los planes y programas a aplicarse.

A pesar de que ha logrado disminuir la morbilidad en nuestro país, sus principales causas siguen siendo las debidas al saneamiento inadecuado, la desnutrición, los bajos ingresos y la limitada cobertura sanitaria y asistencial, hecho que requeriría un análisis interpretativo y predictivo, de acuerdo al Dr. Guillermo Soberón. Por ello, difícilmente podremos hablar de un desarrollo económico y social, hasta en tanto no se subsane el menoscabo de dichos factores incidentes en el estado de salud de la población.

De conformidad con el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, corresponde a la Secretaría de Salud, como principal responsable del sector, la realización de las siguientes funciones en materia de salud:

"a) Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;

b) Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, debe propiciar y coordinar la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema, y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

c) Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.

d) Establecer y conducir la política en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

e) Poner en práctica las medidas tendentes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad, incluyendo higiene industrial, con excepción de la previsión social en el trabajo.

f) Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en

cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;

g) Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento.

Dentro de las 17 entidades federativas no descentralizadas en los servicios de salud, se llevan a cabo programas interinstitucionales referentes a la atención materno-infantil, planificación familiar, vigilancia epidemiológica, prevención del S.I.D.A. y campañas de vacunación. Asimismo, dentro de las restantes entidades desconcentradas en estos servicios, se cuenta con el Programa Estatal de Salud y estudios de regionalización operativa.

Existe como instancia superior en materia de salud, el Gabinete de Salud, encabezado por el Presidente de la República; en éste forman parte los titulares de la Secretaría de Programación y Presupuesto; de la Contraloría General de la Federación y de la Secretaría de Salud; además los directores del I.S.S.S.T.E., del I.M.S.S. y del D.I.F.

A partir de 1982, el Presidente De la Madrid realizó las acciones necesarias para dar congruencia a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, en el sentido de descentralizar, sectorizar y modernizar los servicios, dando inicio con los educativos y los de salud, pues la historia ha demostrado que la centralización ya no responde a los requerimientos nacionales.

El 30 de agosto de 1983 el Diario Oficial de la Federación publicó el Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal estableció las bases para el Programa de

Descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud a las entidades federativas. En éste, los Servicios Coordinados de Salud Pública dependientes de la Presidencia de la República, fungirían como órganos administrativos desconcentrados, con autonomía técnica y con la competencia que les atribuían los Acuerdos de Coordinación, los de Desconcentración y las disposiciones aplicables. Como parte integrante de estos servicios, se encontraban los gobernadores de los estados cuando así se conveniese.

Asimismo, los Jefes de los Servicios Coordinados participarían en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES, para contribuir a la integración de los Sistemas Estatales de Salud (SILOS).

El 3 de noviembre de 1983 en la Ciudad de México se llevó a cabo la firma del Convenio S.P.P.-S.S.A.-D.D.F. para la realización de estudios sobre la descentralización de los servicios de atención médica a población abierta en el D.F., recayendo finalmente la responsabilidad en la Secretaría de Salud y en la Dirección General de Servicios Públicos del D.D.F., concluyendo asimismo, en que cada día se hace más patente la necesidad de integrar, en un esfuerzo común, las acciones de planeación en salud con aquellas dirigidas al desarrollo social.

Hacia 1984 comenzaron los preparativos para la mencionada descentralización hacia los estados de la República, desde dos perspectivas complementarias: como un proceso político de fortalecimiento del federalismo y como un mecanismo tendiente a una gestión más eficiente. La primera en pos de una revisión del reparto de competencias entre la Federación y las entidades federativas. La segunda como medio de búsqueda de fórmulas que permitieran el establecimiento de sistemas

estatales de salud integrados, flexibles y de alta productividad(67).

Fue el 8 de marzo de 1984 cuando a través del Diario Oficial de la Federación se publica el decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud en los estados, y los proporcionados por el I.M.S.S. a través del Programa IMSS-COPLAMAR (hoy IMSS-Solidaridad).

Por medio de éste se intentó consolidar lo señalado en el artículo cuarto constitucional, en lo referente a la concurrencia de la Federación y las entidades federativas para la prestación de los servicios de salud, y por medio del cual se trataba de integrar funcionalmente ambos sistemas, i.e. coordinar programáticamente las diferentes instituciones, en una primera etapa; y de manera orgánica en una segunda, i.e. la fusión de ambos en una sola organización para que, con los servicios locales, se formaran sistemas estatales de salud, y con ello lograr la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, en correspondencia con la garantía constitucional aludida.

El Programa de Descentralización encargó a los gobiernos de los estados la coordinación programática de los servicios de salud, en el marco de los C.U.D. Por otro lado, los servicios de la Secretaría de Salud y los del IMSS-COPLAMAR se coordinarían programáticamente en cada estado.

La intención fue iniciar la descentralización en 1985 para finalizar en 1986, cuidando el no deterioro de la

(67)SOBERON ACEVEDO, Guillermo, La protección de la salud en México, "Palabras, discursos y mensajes", Miguel Angel Porrúa, México, 1987, p. 269.

operación de los servicios, que se ampliara la cobertura y la calidad, tratando asimismo, de no incurrir en duplicaciones y omisiones a través de un sistema de atención coordinado.

Para ello, los gobiernos estatales tenían la facultad de elaborar, vigilar, evaluar, opinar, recomendar y en general, realizar los ajustes necesarios y coadyuvar en las acciones y programas en beneficio de la población abierta, con la posibilidad de presidir los Consejos Internos de los Servicios Coordinados de Salud Pública.

Para facilitar su labor, se creó un Comité de Operación del Programa IMSS-COPLAMAR, integrado por representantes de la S.P.P., Se.Co.Ge.F., Secretaría de Salud, S.E.D.U.E., S.R.A., I.M.S.S., Confederación Nacional Campesina y otras organizaciones sociales vinculadas al Programa. Este Comité serviría como órgano de apoyo, seguimiento y evaluación de la prestación de servicios I.M.S.S.-COPLAMAR. Hoy en día todas las entidades federativas cuentan con un sistema de salud descentralizado o bien, desconcentrado, coordinados por la Secretaría de Salud.

En 1984 el Gabinete de Salud dictó un acuerdo con el propósito de que los trabajadores de los gobiernos estatales y municipales que solicitaran su incorporación voluntaria a las Instituciones Federales de Salud, se integraran en primer término al régimen del I.S.S.S.T.E. y sólo en caso de que no se contara con la capacidad instalada para otorgarles el servicio, fueran incorporados al régimen del I.M.S.S., con miras a crear el "Grupo de Trabajo Interinstitucional de Apoyo a las Instituciones de Seguridad Social para prestación de servicios a los Gobiernos Estatales y Municipales", integrado por el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., S. Salud, y el Gabinete de Bienestar Social de la Presidencia de la República. Este programa

incorporó a 49,122 nuevos derechohabientes en 6 estados de la República.

El Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (P.A.S.S.P.A.) fue programado y reestructurado para darle congruencia con la política de solidaridad impulsada por el Ejecutivo Federal. El Programa contempla el desarrollo de acciones tendentes al fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud en los Estados de Chiapas, Hidalgo, Guerrero, Oaxaca y la población de áreas marginadas del Distrito Federal. El apoyo financiero del Banco Mundial ha significado singular importancia en virtud de su aportación que hasta 1990 fue de \$700 mil millones de pesos(68).

En cuanto al Programa de Asistencia Social, la Secretaría en el periodo comentado subsidió periódicamente a 30 instituciones hospitalarias y de salud que significó una erogación de \$6,005.3 millones de pesos. Asimismo, se otorgaron 1,294 subsidios que se traducen en \$7,097.3 millones de pesos, a 120 instituciones asistenciales en forma directa, que en su mayoría son casas hogar, asilos y centros de rehabilitación.

De igual manera, por concepto de cuotas de recuperación(69) la Secretaría captó \$79,730 millones de pesos, lo que significó un apoyo importante en su operación. De los ingresos captados, \$30,168 millones pertenecieron a los estados descentralizados; en segundo lugar los desconcentrados con \$29,721 millones, y el resto a la Ciudad de México.

(68)Cfr. Secretaría de Salud, Informe de Labores 1989-1990, p. 96.

(69)Recursos que la S.Salud capta a través de sus unidades aplicativas con motivo de una contraprestación, a los usuarios de los servicios médico-asistenciales, bajo un sistema regulado por la S.P.P. y los tabuladores aprobados por la S.H.C.P.

En el Informe de Labores del periodo 1990-1991, la Secretaría de Salud señaló el establecimiento de un programa de cooperación técnica⁽⁷⁰⁾ México-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, que contempla acciones de asesoría y cooperación técnica entre los países; evaluación de la situación sanitaria y sus tendencias; organización de servicios de salud basados en la atención primaria; fomento y desarrollo de la investigación; salud ambiental; salud de la madre y el niño; enfermedades transmisibles, salud del adulto y salud pública veterinaria.

Asimismo, se tienen convenios con la Organización de las Naciones Unidas, U.N.I.C.E.F. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y con organismos de 50 países para establecer programas de colaboración en la materia. Cabe precisar que se están realizando -de acuerdo al documento-reuniones con personal de la Oficina de Salud Internacional del Gobierno de los Estados Unidos, para integrar los grupos de trabajo en relación al Acuerdo de Libre Comercio próximo a implantarse.

Por otro lado, desde el año de 1986 se firmó contrato con el Banco Interamericano de Desarrollo para el mejoramiento de los servicios de Salud, con el propósito de incrementar la infraestructura para la prestación de estos servicios, cuyo presupuesto en 1990 fue de \$86,500 millones de pesos⁽⁷¹⁾.

Este tipo de convenios han coadyuvado en gran medida para que la Secretaría tenga la suficiente capacidad de

(70)Cfr. Secretaría de Salud, Informe de Labores 1990-1991, pp.31-32.

(71)Cfr. Secretaría de Salud, Informe de Labores 1989-1990, p. 95.

cobertura de los servicios y vale la pena enfatizar que sin estos subsidios, el Gobierno Federal, a través de su cabeza de sector salud, no podría enfrentar por sí solo.

Es de precisarse que, si bien la Secretaría encabeza el Sistema Nacional de Salud, su labor principal en cuanto al tema que estamos abordando, se concreta a señalar las directrices para la prestación de los servicios de salud en las instituciones integrantes del Sistema; a establecer la coordinación con otros organismos internacionales; a planear y evaluar los servicios médicos del Sistema y otros análogos, pero en virtud de ya no manejar directamente los servicios asistenciales, y en lo que respecta a la seguridad social, se deja al arbitrio de los correspondientes organismos descentralizados, puede decirse que su función a pasado a ser únicamente el cerebro administrativo y coordinador del sector salud, aunque con resultados cuestionables.

Por una parte, los organismos como el I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E., a pesar de estar integrados en su Junta Directiva correspondiente, por el Secretario de Salud, carecen de eficacia y eficiencia, ya que como veremos posteriormente, los servicios de primer nivel reciben poca atención por parte de las autoridades, y como consecuencia, los derechohabientes prefieren ser atendidos en los centros de salud de la Secretaría, pues en éstos a un costo ínfimo, logrará una atención que supera a las mencionadas; o bien, se atenderá en una institución privada, en la que aunque el costo no es insignificante, será de su entera satisfacción.

En segundo lugar, en virtud de que las instalaciones de la Secretaría de Salud prácticamente se han dejado para atención a población abierta, aunque no de manera asistencial, pues de ello se encarga el D.I.F., gran cantidad

de población recibe los servicios de la Secretaría, impidiendo que haya un registro fidedigno de favorecidos por el Sistema. Esta circunstancia impide que los planes, programas y presupuestos a implantarse estén fuera de la realidad pues se basan en datos no fidedignos.

La sobrepoblación existente tanto en el Distrito Federal, como en los estados de la República hace difícil el control del estado de salud; sin embargo, es urgente crear programas y sistemas estadísticos más acordes con la realidad, quizás convenciendo a los médicos en esta tarea, ya que regularmente los datos encontrados tanto en las Memorias Estadísticas y consecuentemente en los Informes Presidenciales, muestran gigantismos numéricos que se encuentran desacordes con la verdad.

2. Instituto Mexicano del Seguro Social

La Ley Orgánica de la Administración Pública, en su artículo tercero, establece que "el Poder Ejecutivo de la Unión se auxiliará, en los términos de las disposiciones legales correspondientes, de las siguientes entidades de la administración pública paraestatal: I. Organismos descentralizados; y ..."

Asimismo, el artículo 14 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales define las características de los organismos descentralizados, diciendo que "...son las personas jurídicas creadas conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de la Administración Pública cuyo objeto sea:...II) la prestación de un servicio público o social; o III) la obtención

o aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social."

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, encargado de la administración y promoción de la seguridad social plasmada en la Ley del Seguro Social, y en concordancia con el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que a la letra dice:

"Art. 45.- Son organismos descentralizados las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualesquiera que sea la estructura legal que adopten".

Tiene la facultad de establecer clínicas, hospitales, guarderías, farmacias, centros de seguridad social, convalecencia, vacacionales y velatorios, así como centros de capacitación, deportivos para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios y sujeta a las condiciones sanitarias que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas con actividades similares.

Del mismo modo, puede establecer coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal, para el cumplimiento de sus objetivos, de acuerdo al artículo 240, Fracciones VI y XX, de la Ley del Seguro Social.

Los recursos que constituyen el patrimonio del Instituto, son:

Las cuotas a cargo de los patrones, trabajadores y demás sujetos que señala la Ley, así como la contribución del Estado; los intereses y alquileres, rentas, rendimientos, utilidades y frutos de cualquier clase, que produzcan sus bienes; las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan a su favor; y cualesquiera otros ingresos que le señalen las leyes y reglamentos.

Los órganos superiores del Instituto lo conforman: a) la ASAMBLEA GENERAL, como autoridad suprema, integrada por 30 miembros, de los cuales, 10 son designados por el Ejecutivo Federal, diez por las organizaciones patronales, y 10 por las organizaciones de trabajadores; b) el CONSEJO TECNICO, como representante legal y administrador único del Instituto; c) la COMISION DE VIGILANCIA; y d) el DIRECTOR GENERAL, como representante del Instituto ante toda clase de organismos, autoridades y personas, con las facultades generales y especiales requeridas.

Para realizar sus actividades, el Instituto cuenta con diversas delegaciones, que funcionan a su vez por subdelegaciones. Cada delegación tiene las siguientes tareas generales: proporcionar los servicios médicos y sociales a la población amparada, así como los de guardería a hijos de aseguradas y las pensiones; recaudar las cuotas obrero-patronales y demás recursos; y realizar toda clase de actos y operaciones administrativas para cumplir con sus funciones.

La relación que tienen estas delegaciones con los gobiernos estatales es a través del representante que el Ejecutivo Estatal designa para formar parte del Consejo Consultivo Delegacional. Por otro lado, el delegado en la entidad federativa es el representante de la Institución ante

los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES).

La infraestructura del Instituto crece en relación al empleo y la demanda generada por el derechohabiente, lo que permite contar con recursos para la modernización de su estructura física, para su equipamiento, su ampliación y mantenimiento, de acuerdo al Dr. Guillermo Soberón.

Para efectos del presente apartado, señalaremos que existen tres niveles de atención en salud, de acuerdo a datos proporcionados por el Departamento de Servicios Médicos del I.M.S.S. y éstos son:

PRIMER NIVEL.- Se integra con unidades de medicina familiar que tienen como propósito básico la atención médica de primer contacto a la población, siendo sus funciones: proporcionar consulta externa y atención domiciliaria al núcleo familiar, tomar productos de laboratorio, proporcionar servicios de radiodiagnósticos, pagos de subsidios por incapacidad en el ramo de enfermedades y maternidad, medicina preventiva, planificación y odontología. La atención médica de este nivel también se le proporciona al derechohabiente en su hogar, a través de la visita domiciliaria.

SEGUNDO NIVEL.- Comprende a los hospitales generales de zona, hacia donde se derivan los pacientes del primer nivel y se proporcionan servicios de consulta externa y hospitalización en ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía, salud ocupacional y desarrollo de programas de enseñanza e investigación médica.

TERCER NIVEL.- Corresponde a los hospitales de alta especialidad donde se resuelven los problemas que requieren de

alta tecnología y tienen elevado costo, los cuales cuentan con los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población derechohabiente.

El tercer nivel de atención sólo se proporciona a los derechohabientes del régimen ordinario, en consulta externa de especialidades y subespecialidades y en la hospitalización correspondiente. Los hospitales que lo constituyen atienden las urgencias médico-quirúrgicas complejas y de medicina física, rehabilitación y reeducación para el trabajo. En los hospitales de especialidades se realizan programas de enseñanza continua, de pregrado y postgrado, y se efectúa investigación clínica básica y epidemiológica.

Estos niveles de atención forman un esquema generalizado en los organismos que proporcionan servicios de salud, llámese Instituto Mexicano del Seguro Social, I.S.S.S.T.E., Secretaría de Salud, Departamento del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos, etc., aunque haya una leve diferenciación en su estructura.

FINANCIAMIENTO DEL I.M.S.S.

El Instituto tiene una organización financiera basada en la aportación "tripartita". En el caso de los trabajadores comprendidos en el artículo 12 de la Ley del Seguro Social, la contribución se realiza de acuerdo a la tabla de cuotas por semanas y grupos de salario que publica cada año la propia institución. Se indican nueve grupos diferentes de salario y las cuotas correspondientes que deberán cubrir patrón y trabajador.

Los porcentajes a pagar por contribuyente y por ramo de seguro son los siguientes:

P O R C E N T A J E S

	ENFERMEDADES Y MATERNIDAD	I.V.C.M.	RIESGOS DE TRABAJO	GUARD.
Patrón	62.5%	62.5%	100.0%	100.0%
Trabajador	25.0%	25.0%		
Estado	12.5%	12.5%		
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Esta forma de seguro tripartita tiene características muy importantes⁽⁷²⁾, como son:

1o.) Constituye una forma de financiamiento de servicios de salud a través de un impuesto determinado por una ley específica y de cumplimiento universal.

2o.) Los servicios de la seguridad social son administrados en forma exclusiva por el Estado.

3o.) Los servicios médicos de la seguridad han sido considerados como una forma de redistribución de la riqueza, como una conquista de los trabajadores o como una prestación que las empresas les ofrecen. La Coordinación de los Servicios de Salud ha establecido que el seguro de enfermedad obligatorio ha beneficiado grandemente a la población cotizante, ya que se basa más en su contribución a la economía, que en su situación de salud.

(72)SOBERON ACEVEDO, Guillermo, Hacia un sistema nacional de salud, op. cit. p. 117.

I.M.S.S.-SOLIDARIDAD

Con la creación del COPLAMAR, le correspondió a éste la gestión para la obtención de recursos necesarios y al I.M.S.S. la administración y contabilización de los fondos y prestación de servicios de atención primaria a la salud, hospitalización y promoción de la salud individual y de saneamiento en las áreas marginadas y carentes de seguridad social.

La Coordinación funcionó en base a 7 áreas principales: planeación y difusión; servicios médicos; construcción y conservación; administración; control financiero; verificación de la operación e información y evaluación (73). La atención médica ha sido otorgada por niveles y por regiones, para el primer y segundo niveles de atención. En el primer nivel actúa la Unidad Médica Rural, y en el segundo, la Clínica Hospital de Campo.

La primera brinda atención a poblaciones con promedio de 500 habitantes; trabajan con un médico en servicio social y auxiliares del área. Los programas que se desarrollan son:

- atención integral a la salud
- atención materno-infantil
- planificación familiar
- medicina preventiva
- acción comunitaria

Las Clínicas Hospitalares de Campo brindan servicios médicos de primer y segundo niveles a poblaciones de entre 15 mil y 30 mil habitantes, y de segundo nivel a poblaciones de

(73) Ibidem, p.63 .

150 mil a 205 mil habitantes y cuentan con personal más especializado.

Se identifican tres tipos de actividades en estas unidades:

- promoción de la salud (orientación nutricional, educación para la salud, planificación familiar voluntaria, capacitación de la comunidad y promoción del saneamiento).
- protección de la salud (atención materno-infantil).
- recuperación de la salud (consulta externa, urgencias y hospitalización).
- cuadro básico de medicamentos.

Entre 1979 y 1981 el presupuesto de inversión del Programa había sido de \$3,684 millones de pesos, considerando que el gobierno federal absorbe el 100 % de tal inversión. En 1990 esta cifra aumentó a \$255,202 millones de pesos (74). El 20 de abril de 1983 desapareció la Coordinación, pero el Instituto absorbió la total responsabilidad del Programa.

En los estados de la República, a pesar de no haber una base estadística fidedigna de los servicios de salud, ni de su calidad, en 1983 el Dr. Guillermo Soberón definió el siguiente esquema:

- Estados en los que existe una institución estatal de seguridad social que se encarga de proporcionar servicios de salud y otras prestaciones: Baja California, Chihuahua, Jalisco, Estado de México y Sonora.

(74) Poder Ejecutivo Federal. Tercer Informe Presidencial, México, 1991, p. 390 .

- Estados que subrogan los servicios de salud al I.M.S.S.: Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

- Estados que subrogan los servicios de salud al I.S.S.S.T.E.: Baja California Sur, Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Quintana Roo, Tamaulipas y Zacatecas.

- Estados sin institución de seguridad social y sin convenios de subrogación: Querétaro y Tlaxcala.

El III Informe de Gobierno de 1991 señaló que en 1990 el I.M.S.S. tenía la siguiente población derechohabiente: 10'764,000 asegurados; 25'674,000 familiares de asegurados y 2'137,000 pensionados y sus familiares, dando un total de 38'575,000 personas, que significan el 47.56% de la población total, basándonos en el indicador del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, cuya estimación es de 81'104,000 personas residentes en la República Mexicana.

Los recursos con que contó el Instituto en 1989 para su operación, fueron, de acuerdo a la Memoria Estadística para el citado año, de: 275 guarderías; 4 centros vacacionales; 36,946 médicos para los servicios de seguridad social; 126,100 personal no médico para los mismos servicios; 8,528 trabajadores en hospitales. En cuanto al Programa IMSS-Solidaridad, se contó con 2,865 médicos; 6,496 personal no médico y 1,163 trabajadores en hospitales, bancos de sangre, jefaturas y subdirecciones. En servicio directo hubieron 4 Unidades de Medicina Familiar (primer nivel); 15 hospitales de segundo nivel y 6 hospitales de tercer nivel incluyendo un banco de sangre. Las unidades médicas subrogadas fueron 39. En el Programa IMSS-Solidaridad se tuvieron 2,718 unidades en operación, 52 hospitales rurales y 2,666 unidades médicas.

La experiencia ha mostrado que la población abierta y la derechohabiente están entremezcladas, lo que impide hacer cualquier división geográfica de ámbitos institucionales, ni siquiera en áreas marginadas y hace incosteable a las instituciones construir unidades de salud para sus propios universos. Es difícil asimismo, alcanzar la eficiencia deseada si no existen fórmulas conjuntas de atención en relación con el factor que se analiza.

Especial interés también tiene el hecho de saber a ciencia cierta la cobertura sectorial de los servicios porque se carece de un inventario de la misma, conforme a los criterios del sector. Tampoco se han estimado las necesidades de recursos en función de un modelo general de prestación de servicios, lo que hace aún más difícil hablar de una real coordinación entre las diversas instituciones o de la posibilidad de unificación en los criterios para la prestación de servicios.

3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

La creación en 1925 de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, "creada para proteger 'a todos aquellos que percibieran sueldo con cargo al Estado' y facultada para otorgar pensiones por vejez, inhabilitación, muerte o retiro y posteriormente autorizada para otorgar préstamos a los trabajadores afiliados para diversos fines, como una manera de invertir los excedentes del fondo de

pensiones"(75), constituye el antecedente institucional más remoto del I.S.S.S.T.E.

Sin embargo, la atención médica no quedó comprendida entre sus atribuciones legales, por lo que el trabajador al servicio del Estado, o bien hacía uso de los servicios médicos privados o pugnaba en cada institución porque ésta subrogara la atención médica o dispusiera de clínicas y hospitales que proporcionaran estos servicios a sus respectivos trabajadores, lo que orilló a las dependencias federales a crear unidades propias para dar servicios médicos, subrogar este tipo de servicios para la atención de sus trabajadores u otorgar subsidios para ayuda médica, lo que dió resultados parcialmente eficaces.

Este sistema de atención resultó limitado y heterogéneo. Con la Ley de Pensiones Civiles de 1947 "sólo se garantizó los servicios de atención médica limitados exclusivamente a los accidentes laborales y enfermedades del trabajo"(76). Para la atención de estos casos la Dirección de Pensiones Civiles no dispuso la creación de unidades propias sino que se enfocó a cubrir únicamente los gastos médicos en que los trabajadores incurrieran por este concepto, además de otorgarles las pensiones o indemnizaciones correspondientes.

El I.S.S.S.T.E. inició sus operaciones subrogando servicios a ocho hospitales a fin de que proporcionarán diversas especialidades. Paralelamente se adquirió un hospital privado en proceso de construcción y se iniciaron los trabajos de rehabilitación y readaptación correspondientes que

(75)SOBERON ACEVEDO, Guillermo et al.(comps.), La salud en México: Testimonios 1988, T.III, Vol. I, (Biblioteca de la Salud: Testimonios), Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, México, 1988, p. 255

(76)Ibidem, p. 256.

posteriormente darían lugar al Hospital 20 de Noviembre. Esta infraestructura de segundo y tercer nivel contaba con 16 clínicas y cuatro de especialidad.

En agosto de 1960, el I.S.S.S.T.E. emprendió la construcción de las seis primeras clínicas del Distrito Federal, de las 34 que habrían de terminarse en 1961, con una inversión estimada de \$50 millones de pesos cada una de ellas, lo que permitiría otorgar atención médica a 10000 derechohabientes. En el periodo 1966-1970, el número de unidades médicas pasó de 462 a 742. De dichas unidades hospitalarias sólo 28% pertenecían al Instituto y el 72% restante se subrogaba.

En los años setenta, el aumento de la demanda a nivel nacional obligó al I.S.S.S.T.E. a expandirse hacia todas las entidades federativas, excepto Tlaxcala, cuya atención quedó a cargo de los servicios médicos de Puebla. A fin de enfrentar este incremento en la demanda de servicios médicos, el Instituto reforzó el programa de nuevas unidades, lo que permitió que durante el período disminuyera la subrogación de hospitales en un 21.8% al pasar de 101 en 1970 a 79 en 1982.

Con el propósito de enfrentar los nuevos requerimientos, el Instituto efectuó una modificación sustancial en su organización interna. Rediseñó su estructura piramidalmente: en la base se ubicaron las unidades de Primer Nivel (los puestos periféricos, los consultorios médicos auxiliares y las clínicas de adscripción y de especialidad); el Segundo Nivel se integró con la operación de los hospitales locales y estatales, y el Tercer Nivel correspondió al Centro Hospitalario 20 de Noviembre. Este Hospital hizo las veces de Unidad Nacional de Concentración, ya que contaba con los

recursos y la tecnología más moderna. En 1982 la población derechohabiente del Instituto era de 5 468 000.

Actualmente, corresponde al Instituto la administración de los seguros, prestaciones y servicios otorgados por el mismo, en su calidad de organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de acuerdo al artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y del artículo 14 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, ya aludidos.

Su función, de acuerdo al artículo 150 de su Ley reguladora, se traduce en las siguientes responsabilidades: "a) cumplir con los programas aprobados para otorgar las prestaciones y servicios a su cargo; b) otorgar jubilaciones y pensiones; c) determinar, vigilar y cobrar el importe de las cuotas y aportaciones, así como los demás recursos del Instituto; d) invertir los fondos y reservas de acuerdo a la Ley; e) adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines; f) establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades administrativas; g) administrar las prestaciones y servicios sociales, así como desarrollar la promoción de servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil, servicios de integración a jubilados y pensionados, servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes, promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación, y servicios turísticos; h) difundir conocimientos y prácticas de previsión social; i) expedir reglamentos para la debida prestación de sus servicios y de organización interna; y j) realizar toda clase de actos jurídicos y contratos que requiera el servicio."

El patrimonio del Instituto lo constituyen sus propiedades, posesiones, derechos y obligaciones; las cuotas de los trabajadores y pensionistas; las aportaciones que hagan las dependencias y entidades; el importe de los créditos e intereses a favor del Instituto y a cargo de los trabajadores o de las dependencias y entidades que menciona la Ley; los intereses, rentas, plusvalías y demás utilidades que se obtengan de las inversiones que conforme a la Ley haga el Instituto; el importe de las indemnizaciones, pensiones caídas e intereses que prescriban en favor del Instituto; el producto de las sanciones pecuniarias derivadas de la aplicación de la Ley; las donaciones, herencias y legados a favor del Instituto; bienes muebles e inmuebles que las dependencias o entidades destinen y entreguen para los servicios y prestaciones que establece la Ley, así como aquellos que adquiera el Instituto y que puedan ser destinados a los mismos fines; y cualesquiera otra percepción respecto de la cual el Instituto resulte beneficiario.

Asimismo, para la consecución de sus fines, cuenta con los siguientes órganos de gobierno:

JUNTA DIRECTIVA.- Integrada por 11 miembros, cinco de los cuales son los respectivos titulares de las Secretarías de: Programación y Presupuesto, Hacienda y Crédito Público, Salud, Desarrollo Urbano y Ecología, y Trabajo y Previsión Social, el Director General que designe el Presidente de la República. Los cinco restantes son designados por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado.

El DIRECTOR GENERAL.- Representa al Instituto en toda gestión judicial, extrajudicial y administrativa y lleva la firma del Instituto. **La COMISION EJECUTIVA DEL FONDO DE LA VIVIENDA.-** Integrada por un miembro designado por la Junta

Directiva, uno más por cada una de las siguientes dependencias: S.P.P., S.H.C.P., S.T.P.S. y S.E.D.U.E., así como cuatro vocales más nombrados a propuesta de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado, cuya función se refiere al funcionamiento del Fondo de la Vivienda [tanto financiamiento, como recursos, presupuestos, etc.].

Por último, la COMISION DE VIGILANCIA se compone de 7 miembros que corresponden a las siguientes dependencias: Se.Co.Ge.F., S.P.P., S.H.C.P., I.S.S.S.T.E., y 3 designados por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, la que, como su nombre lo indica, vigila el exacto cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables al Instituto.

Del mismo modo que el I.M.S.S., el ISSSTE para la realización de sus funciones, cuenta con delegaciones que dependen jerárquicamente del Director General de la Institución. tanto a nivel central como estatales, así como sus correspondientes subdelegaciones.

La Contraloría General y la Tesorería General tienen sobre las delegaciones autoridad normativa y funcional en sus ámbitos de competencia, la que ejercen por conducto del delegado estatal correspondiente. Las funciones generales de las delegaciones radican principalmente en fomentar relaciones armónicas con las dependencias gubernamentales, sindicales y privadas del Estado.

Existe una delegación por cada entidad federativa. En el área metropolitana hay siete módulos para la administración de los programas de atención a la salud. La relación con los gobiernos de las entidades federativas se establece a través del Delegado, quien mantiene una

comunicación constante con las autoridades tanto estatales como municipales. El Instituto también está representado por el Delegado en los COPLADES.

FINANCIAMIENTO DEL I.S.S.S.T.E.

El Instituto cuenta con una organización financiera basada en la aportación "bipartita", es decir en la efectuada por el trabajador y del Estado, para el Régimen Obligatorio, en el que el trabajador cubre el 8% del sueldo básico de cotización que disfrute, aplicado de la siguiente manera:

PORCENTAJES

2.50%	Medicina Preventiva Seguro de E. y M. Rehabilitación física y mental.
0.50%	Préstamos a corto y mediano plazos.
0.50%	Préstamos hipotecarios.
0.50%	Servicios que contri- tribuyan a mejorar la calidad de vida. del servidor público y familiares derechoha- bientes.
4.0% rest.	Para cubrir el 50% de la prima en el pago jubilaciones, pensio- nes e indemnizac. glo- bales, servicios so- ciales y culturales y gastos de administra- ción del Instituto, excepto Fondo de Vivienda.

El correspondiente porcentaje que deben cubrir como aportaciones las dependencias y entidades públicas al Instituto, equivale al 27.75% del sueldo básico de los trabajadores, aplicado de la siguiente manera:

P O R C E N T A J E S

6.50%	Medicina preventiva Seguro de E y M Rehabilitación física y mental
0.50%	Préstamos hipotecarios y financiamiento de vivienda.
0.50%	Préstamos a corto y mediano plazo.
0.50%	Servicios de mejora- mejoramiento de vida del servidor público y familiares derecho- habientes.
0.75%	Riesgos de Trabajo. De aquí se tomará 0.25% para pago de pensio- nes y 0.50% para at'n. médica.
5.0%	Creación Fondo de Vi- vienda.
4.0% restante	Cobertura del 50% de la prima para pago de jubilaciones, pensio- prima para el pago de pensiones e indemn. globales y reservas corresp. para cubrir servicios sociales y culturales y gastos de administración, excepto Fondo de Vivienda.

En 1982 la insuficiencia de recursos y el elevado costo de la infraestructura médica obligaron al Instituto a acudir permanentemente a la subrogación de servicios y de insumos.

Desde el punto de vista del financiamiento, se han conformado dos subsistemas nacionales de servicios de salud: el de población abierta y el de derechohabientes, cada uno con diferentes infraestructuras y recursos tecnológicos. Ambos sistemas han crecido y se ha reducido la brecha entre los recursos gastados para población derechohabiente y la que no lo es, persistiendo diferencia en la creación de infraestructura. En relación a la estimación de costos, existen dificultades para comparar los costos de los servicios básicos en vista de la divergencia de criterios institucionales en cuanto a elaboración de presupuestos por programa, sistemas contables y análisis de términos de productividad y eficiencia.

Desde sus inicios la atención médica del Instituto se orientó más a la medicina curativa que a la preventiva, pues ésta última se limitaba a campañas de vacunación fundamentalmente. Se dio entonces prioridad al aspecto curativo que requiere de altos costos, instalaciones de diverso nivel de complejidad, y de recursos e insumos múltiples.

Desde el punto de vista de la atención a la salud, la situación que ha prevalecido tanto en el I.M.S.S. como en el I.S.S.S.T.E., y que comparten los organismos que se encargan de la promoción de ésta, tanto a nivel nacional como en Latinoamérica, es que tanto los sistemas sociales, como económicos y políticos son los que determinan el tipo de organización para la salud, los que influyen en su desarrollo, en el logro de sus objetivos y en la obtención de los frutos esperados.

En el Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, celebrado en la Ciudad de México en el año de 1981(77), se manifestó que tanto en México como en América Latina, el sector salud se enfrenta a diversos problemas para el logro de sus objetivos, como son: primero, falta de planeación para la salud en todos los niveles, desde el político que programa los servicios, hasta la más simple de las estructuras que pretende proporcionar estos servicios.

En segundo lugar se encuentra la educación médica. El médico se enseña con textos extranjeros que contemplan la patología de sus países de origen, casi siempre de composición étnica, desarrollo social, industrial y tecnológico diferente al nuestro, lo que propicia un desfase entre las necesidades de salud y la preparación para satisfacerlas y por tanto, hay desconocimiento de la problemática demográfica, social y cultural de su país con estereotipos basados en el servicio a grupos que pueden pagar un alto costo por ellos.

Al no educarlos para la salud, las acciones comunitarias de prevención, quedan olvidadas o rechazadas por algo que no tiene trascendencia ni reconocimiento de status. A esto se agrega la falta de planeación en cuanto a la cantidad de egresados para cubrir las necesidades futuras de la población, creando deficientes egresados. Esta deficiencia se ha intentado subsanar con especializaciones, que alcanza a un número muy reducido de médicos generales y los pocos médicos especializados, adquieren conocimientos en padecimientos raros, poco frecuentes y de alto costo.

(77)MONTEMAYOR GALINDO, Rogelio, "Problemas de la administración de los servicios de Salud del I.M.S.S.", ponencia presentada en el VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, del 2 al 5 de junio de 1981, México, D.F., p. 3.

Por otro lado, los países de América Latina carecen de un sistema de información adecuado. Se recaba información dentro de los organismos administrativos, que suele ser paralela y unilateral. Se aprecia un rechazo por parte de los profesionales de la salud para realizar registros, pues consideran que esta labor la debe hacer otro tipo de personas, así como también influye la idea de no enfrentarse a la realidad para no generar tensiones sociales. De lo que se desprende que los planes y programas sean incongruentes con la realidad.

En cuanto a la cobertura, el Dr. Montemayor, Jefe de Servicios Médicos del Instituto, manifestó que en 1980 la población rural latinoamericana sin acceso a servicios organizados de salud fue de aproximadamente 139 millones de habitantes y de las zonas marginadas en las ciudades de 20 a 30 millones, considerado este dato como un total desconocimiento de la accesibilidad y disponibilidad de los recursos y demandas reales de la población que guíen a los organismos a seleccionar el tipo de unidades de servicios requeridos.

Los obstáculos para extender la cobertura de servicios de salud a la población no atendida obedece a aspectos tales como: ausencia de políticas para establecer la participación y coordinación sectorial; multiplicidad de instituciones así como la duplicidad de acciones en el sector salud; deficientes mecanismos para la coordinación intrasectorial e intersectorial; deficiencias en los procesos de gestión administrativa para satisfacer las necesidades de funcionamiento en las zonas rurales y suburbanas; altas tasas de subempleo, de difícil configuración en los diversos regímenes de protección, propiciadas por la emigración del campo a la ciudad a causa de la falta de planeación agraria; y

por último, limitaciones financieras, especialmente para iniciar el proceso con la intensidad y velocidad requeridas.

En lo referente a la prevención, se carece de una comunicación con los servicios de epidemiología y medicina preventiva, en virtud del modo programático de los procesos educativos a los médicos y por ende, falta de conciencia de su papel de actores principales en todo lo posible por prever.

Por otro lado, los hospitales son copias de modelos extranjeros que se dotan de equipo frecuentemente obsoleto o falta de vigencia para nuestro países en vías de desarrollo, a lo que se agrega el no contar con técnicas ni técnicos para su conservación o mantenimiento. Por tanto, el costo de la operación resulta más elevado conforme la tecnología es más avanzada, y somos importadores obligados de tecnología por las políticas capitalistas del sistema.

La situación que prevalece en el I.S.S.S.T.E. es actualmente mucho más desfavorable que la del I.M.S.S., pues la atención que se dá en el primero, depende en mucho de los presupuestos anuales que se le otorguen, y aunque los ingresos por concepto de sistema de tiendas es significativo, no constituyen un apoyo suficiente para solventar los gastos del Instituto.

El Proyecto de Programa Institucional 1983-1988 del I.S.S.S.T.E. tiene, entre otros, los siguientes propósitos:

"- Mantener permanentemente abiertos los intercambios de relación con otras instituciones del sector salud, para lograr el cumplimiento del Programa Nacional, a fin de intervenir en acciones conjuntas en favor de la salud de la población en general.

- Realizar estudios acerca del perfil de salud de los derechohabientes para elaborar programas específicos que atiendan los problemas de salud detectados.

- Incrementar la infraestructura de los servicios de salud, especialmente del primer nivel de atención, con base en indicadores sectoriales y aplicación de un programa maestro de construcciones y diagnóstico situacional por región, para superar los desequilibrios existentes en infraestructura, recursos humanos y tecnológicos y reducir la subrogación privada.

- Realizar convenios de subrogación interinstitucional con el D.I.F., Cruz Roja Mexicana, servicios estatales de salud y convenios de enseñanza e investigación con instituciones de educación superior.

- Mantener actualizados todos los convenios de subrogación privada y verificar la calidad de los servicios contratados.

- Propiciar la participación comunitaria de los asegurados y sus familiares, en la escuela, el trabajo y la vivienda, para que desplieguen actitudes prácticas y costumbres que contribuyan a disminuir el riesgo de enfermedades y eleven los niveles de salud y bienestar."

Para hacer frente a los objetivos señalados, el Instituto elaboró un modelo sectorial unificado de servicios de salud, basado por una parte, en tres niveles de atención, y por otra parte, otorgando servicios regionalizados y desconcentrados. Como resultado, se establecieron 11 regiones en las cuales se cuenta cada una con un hospital regional de tercer nivel.

Como organismo público descentralizado, el Instituto ha establecido nexos de coordinación programática con dependencias del gobierno federal en aquellos casos en que sus objetivos institucionales coincidan, como son: Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Secretaría de Turismo.

Por otra parte, el Instituto depende para su regulación, control, evaluación programática, presupuestal, financiera y de administración, de las dependencias globalizadoras, como son las Secretarías de Programación y Presupuesto, Hacienda y Crédito Público y Contraloría General de la Federación.

El proceso de desconcentración en el Instituto ha sido marcado en las delegaciones estatales y en las subdelegaciones médicas, las que manejan autónomamente los recursos del Presupuesto de Ejercicio Desconcentrado, el que a su vez, comprende el pago de los servicios personales y la adquisición de materiales de consumo y mantenimiento.

En este proceso, se ha otorgado a las subdelegaciones las facultades necesarias para celebrar convenios. En los estados de la República las subdelegaciones subrogan consultas de especialidad, servicios auxiliares de diagnóstico y hospitalización, con el I.M.S.S., el D.I.F. y la Secretaría de Salud. A esta última, se subroga la consulta especializada en 5 estados, la hospitalización en 20, el laboratorio en 7 y los rayos X en uno. Este tipo de servicios han causado merma en los recursos financieros del Instituto, ya que v.gr. del presupuesto global asignado al área médica en 1982, se dedicó el 18% a cubrir el concepto de subrogación, lo

que ha obligado al organismo, a establecer criterios de regulación, para lograr garantizar la oportunidad, eficacia y eficiencia de los servicios a costos reducidos y en los que se debe dar prioridad a las instituciones de salud del sector público mediante convenios o acuerdos de colaboración.

Durante el periodo 1982-1986 la mayor parte de los recursos asignados a la atención de la salud se destinó al programa de atención curativa, que absorbe en promedio 84.8% del presupuesto del área médica. Los porcentajes restantes fueron destinados a la atención preventiva (4%), capacitación de la población (6%), formación de recursos humanos (4%), y a la investigación científica y tecnológica (1%) [ya que la mayor parte de la investigación la hace la Universidad Nacional Autónoma de México].

Hacia 1986 los recursos del I.S.S.S.T.E. se encontraban en la siguiente situación: 113 clínicas, 787 puestos periféricos, 70 hospitales subrogados, 72 hospitales propios, 86 laboratorios clínicos, 162 quirófanos, 5,721 camas censables, 12,011 médicos, 13,849 enfermeras, 2,611 paramédicos, 7,968 personal administrativo y 6,709 personal intendente.

Se considera que en 1987 la población derechohabiente sumaba la cantidad de 2'329,080 asegurados y 5'233,421 familiares de asegurados, lo que da un total de 7'562,501 personas amparadas por el Instituto.

El I.S.S.S.T.E. en 1986 realizó un estudio de los avances logrados en cuanto a las necesidades satisfechas por concepto de construcción de unidades para atención médica, resultando lo siguiente: de un total de 274 unidades de medicina general requeridas, se habían construido únicamente

62; en el caso de las clínicas de medicina general, se construyeron 3 de un total de 43 requeridas; 3 clínicas-hospitales menores se habían construido, de un total de 8; 1 clínica-hospital/hospital regional, de un total de 38 requeridas; se requerían 11 hospitales regionales, y ninguno se edificó. Por último, se requirió un hospital de alta especialidad y no había sido posible su construcción.

Analizando lo anterior, vemos que los recursos del I.S.S.S.T.E. distan mucho de ser los convenientes para las tareas que tiene asignadas, pues el esquema que hemos visto en el I.M.S.S. es mejor a la situación que vive el I.S.S.S.T.E., por la apertura financiera tan limitada con que cuenta éste último.

Nos parece que si una institución como el I.S.S.S.T.E., brinda servicios de seguridad social, y éstos tienen que ser subrogados por la falta de infraestructura y presupuesto necesarios para su correcto funcionamiento, el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, debiera hacer un análisis para crear un solo organismo encargado de la seguridad social, sin discriminación de alguna clase entre sus derechohabientes, pues por una parte, la población amparada por el I.S.S.S.T.E., se encuentra cautiva en éste y si tomamos en cuenta lo establecido en párrafos precedentes, el trabajador tendrá que hacer mayores esfuerzos para recibir atención privada o bien sobrepoblar las instalaciones de la Secretaría de Salud; y por otra parte, ambos institutos tienen problemas de financiamiento, coordinación, sistema estadístico y pobre atención de primer nivel (medicina familiar), con mayor o menor grado uno que otro, pero al fin y al cabo, limitaciones importantes en su funcionamiento.

Lo anterior con base en las estadísticas y estudios hechos por la Secretaría de Salud, que muestran un déficit de cobertura bastante significativo y que data de más de una década. Por ello, insistimos en que las políticas de los organismos administradores y promotores de la seguridad social no están siendo congruentes con lo establecido en sus leyes respectivas, ya que con este tipo de limitaciones no se puede llegar a lograr el bienestar, desarrollo y productividad del trabajador, y mucho menos de su familia.

Por otra parte, es inconcebible que en la actualidad, se siga tratando al trabajador al servicio del Estado como un ser privilegiado, en cuanto a la cantidad de prestaciones a que tiene derecho, a través de la Ley del I.S.S.S.T.E., en contraposición a las otorgadas por la Ley del Seguro Social y en ambas se menoscaba, aún con todo ello, la atención médica, en sus diversas modalidades.

De lo anterior se desprende que la garantía consagrada en el artículo cuarto constitucional, no es con mucho, consolidada ni en un 50%, pues la responsabilidad tiende a transferirse a organismos como la Secretaría de Salud, D.I.F., las instituciones privadas, el D.D.F. y otras, dejando a un lado los objetivos y funciones de la seguridad social, el carácter público de las necesidades que atiende, los tributos de derecho público, y sobre todo, el carácter de servicio público que tiene, desde el punto de vista del Derecho Administrativo(78).

(78) Cfr. NOVOA FUENZALIDA, Patricio, "La participación de los interesados en la administración de la seguridad social" en Revista Estudios de la Seguridad Social No. 40, Asociación Internacional de Seguridad Social, Bs. Aires, Argentina, 1982, pp. 100-113.

4. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

La asistencia social se propone mejorar las condiciones económicas y sociales de la población, sin desdeñar los aspectos culturales y psicológicos que permitan a ésta la obtención de los satisfactores indispensables para una vida digna⁽⁷⁹⁾. Sin embargo, su actuación no puede cristalizarse sin una debida organización de la comunidad, compromisos de corresponsabilidad entre los sectores público y privado y la transformación de la asistencia social proteccionista en una que acentúe su interés en la prevención, rehabilitación y promoción, que favorezca el desarrollo y eleve el nivel de vida de las clases desprotegidas mediante la educación y la capacitación laboral, así como la proporción de los adecuados servicios primarios de salud tanto personales como no personales, para así poder hablar de una real protección a la salud, como lo establece nuestra Carta Magna.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene como objetivo, de conformidad con el primer artículo de su Estatuto Orgánico, la promoción y prestación de servicios de asistencia social; interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas; así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

De acuerdo al segundo artículo del citado Estatuto, lleva a cabo las siguientes funciones:

(79)SOBERON ACEVEDO, Guillermo et al. (comps), La Salud en México: Testimonios 1988, T.III, Vol. 2, (Biblioteca de la Salud: Testimonios), Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, México, 1988.

"I) Promover y prestar servicios de asistencia social;

II) Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;

III) Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad;

IV) Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos sin recursos;

V) Realizar actividades de investigación y prevención de invalidez, rehabilitación de inválidos, asistencia jurídica y orientación social a personas sin recursos, así como la tutela de los incapaces que corresponda al Estado; y

VI) Fomentar y apoyar a las asociaciones y sociedades civiles, así como a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias."

El patrimonio del organismo se integra por los derechos, bienes muebles e inmuebles; subsidios, subvenciones, aportaciones, bienes e ingresos de la Administración Pública; aportaciones, donaciones, legados y demás liberalidades; rendimientos, recuperaciones e ingresos por inversiones, bienes y operaciones, concesiones, permisos, licencias y autorizaciones; y demás bienes, derechos e ingresos obtenidos por cualquier título.

A fin de llevar a cabo las actividades encomendadas, su estructura orgánica se conforma de la siguiente manera:

PATRONATO.- Integrado por 11 miembros seleccionados de entre los sectores público, social y privado, designados y removidos libremente por el Presidente de la República por conducto de la Secretaría de Salud, y cuya función principal se traduce en la emisión de opiniones en relación a los planes de trabajo, presupuestos, informes y estados financieros anuales del organismo.

JUNTA DE GOBIERNO.- Integrada por 15 miembros, uno de los cuales es el Secretario de Salud [quien la preside], y los demás son los titulares de las Secretarías de: Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Programación y Presupuesto, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social; Procuraduría General de la República, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, así como los Directores Generales de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CO.NA.SU.PO), del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, de Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública y del propio organismo(80).

La principal función de la Junta, es la de aprobar los programas de mediano plazo a que quedan sujetos los servicios de salud en materia de asistencia social que preste el organismo, con base en las prioridades, políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo y en los Programas Sectoriales, como es, v.gr. el Programa Nacional de Salud.

Cuenta además, con un Director General, un Comisario, dos Subdirecciones Generales, Oficialía Mayor, Contraloría Interna, ocho Direcciones Generales, un Instituto

(80) Artículo 8o. Estatuto Orgánico del S.N.D.I.F.

Nacional de Salud Mental, y por último, una Unidad de Comunicación Social.

El Director General tiene, como actividades primordiales, la celebración de acuerdos y concertación de acciones en materia de asistencia social con los sectores público, social y privado de las entidades federativas; pactar con los gobiernos de las entidades federativas y a través de éstos con los municipios (en el marco del C.U.D.), las acciones tendentes a promover e impulsar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social; y emitir opinión sobre el otorgamiento de donativos a instituciones públicas o privadas que actúen en el campo de la asistencia social.

El organismo, a través de la Subdirección General de Operación, puede suscribir acuerdos y convenios con los sectores público, social y privado de las entidades federativas y municipios a fin de beneficiar prioritariamente a los grupos sociales más vulnerables en razón de la materia en estudio. Asimismo puede, a través de la Subdirección General de Asistencia y Concertación y coordinadamente con los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional y en general, tiene la tarea de coordinar, promover, investigar e implementar los programas necesarios para el establecimiento de organismos y actividades en materia de asistencia social a nivel regional.

Las actividades del S.N.D.I.F. varían desde educación para la salud; asuntos de higiene materno-infantil y planificación familiar; rehabilitación en terapia del lenguaje, terapia física y terapia ocupacional; psicología y salud mental. En el área programática de educación, representa gran actividad la educación preescolar realizada en diversos

ámbitos, como jardines de niños y centros de desarrollo; educación extraescolar, alfabetización y educación abierta; capacitación y adiestramiento; educación física y deportes; educación artística; recreación, y otros.

En el área de promoción social se encuentran actividades de integración social y familiar y diversas acciones de tipo legal. También existe organización económica y social de la comunidad, promoción comunitaria y mejoramiento ambiental y de la vivienda; y en el área de alimentación familiar se realizan acciones de distribución de alimentos, de producción de alimentos de autoconsumo y de capacitación nutricional a la población. Todo ello en beneficio de la población no protegida por alguna institución de seguridad social o de asistencia privada.

En 1983 los recursos del S.N.D.I.F. fueron: 23 centros de desarrollo de la comunidad, un centro cultural y recreativo, 22 centros familiares y jardines estancia, la Casa Cuna, la Casa Hogar para Niñas, la Procuraduría de la Defensa del Menor y una planta elaboradora de desayunos escolares. Para 1990 contó con 34 centros de desarrollo de la comunidad, 40 centros familiares y jardines estancia, 7 Casas Cuna, 4 asilos y albergues temporales, 8 centros vacacionales, 403 consultorios, 4 centros de salud comunitaria y 83 unidades móviles médicas, de acuerdo al III Informe Presidencial 1991 del Lic. Carlos Salinas de Gortari.

En los estados de la República la asistencia social depende de los gobiernos locales y en el caso de la asistencia privada, de la Junta de Asistencia Privada.

Los gobiernos de los estados han establecido convenios con el S.N.D.I.F. dentro de los cuales se realizan

acciones promocionales, educativas, de alimentación complementaria, de desarrollo de la comunidad y de programas dirigidos a grupos prioritarios. Los estados con frecuencia establecen servicios de asistencia social y sostienen asilos, orfanatorios, comedores y centros de adiestramiento para grupos que requieran de la asistencia. También participan en programas sectoriales para la atención de zonas deprimidas.

Como organismo que busca propiciar y fortalecer el desarrollo integral de la familia, le corresponde diseñar estrategias, sumar esfuerzos y obtener recursos para que, a través de la elevación de los niveles de vida de los integrantes del núcleo familiar, se pueda construir una sociedad más justa y promisoría para las nuevas generaciones.

Trata asimismo, de dar solución a los problemas generados por la ignorancia, insalubridad, desnutrición, pobreza y otras situaciones indeseables que deben recibir atención prioritaria si se desea obtener un equilibrio biopsicosocial armónico, a fin de obtener un satisfactorio nivel de vida para toda la población.

Para ello, tiene trazados varios programas institucionales, como son:

- Programa de Integración social y familiar
- Programa de Asistencia social a desamparados
- Programa de Asistencia educacional
- Programa de Rehabilitación
- Programa de Asistencia social alimentaria
- Programa de Promoción del desarrollo comunitario
- Programa de Asistencia Jurídica
- Programa de Desarrollo Cívico, artístico y cultural

- Programa de Formación y desarrollo de recursos humanos e investigación

El D.I.F. presta sus servicios tanto a nivel federal como estatal y municipal, es decir, su cobertura es nacional. En 1986 proporcionó servicios de asistencia social a 16.2 millones de personas, que en su mayor parte habitan en zonas rurales marginadas. Se estima que en este mismo año, se contribuyó a satisfacer las necesidades esenciales de casi 25 millones de personas, por la ayuda que también proporcionó el Instituto Nacional de la Senectud, quien colaboró en la prestación de servicios a 8.7 millones de personas en el citado año.

En las entidades federativas, la legislación estatal señala la coordinación entre instituciones educativas y sanitarias; la administración estatal del patrimonio de la beneficencia pública; la investigación en materia de invalidez y rehabilitación y la prestación de servicios en este sentido; la promoción de centros y servicios de rehabilitación integral; adaptación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales; y la participación en programas de rehabilitación y educación especial.

Para la consecución de los fines de la asistencia social, existen los servicios proporcionados por el Instituto Nacional de la Senectud y de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (hoy Consejo Nacional del Deporte). El INSEN es un organismo público descentralizado que tiene como objetivo fundamental la organización y ejecución de programas asistenciales basados en el conocimiento, causas y consecuencias del proceso de envejecimiento.

Los programas institucionales son los siguientes:

TARJETA INSEN.- Cuyo objetivo es dar identidad en los casos en que no se cuente con ella; así como aumentar el poder adquisitivo del senescente, en virtud de la merma de sus posibilidades económicas, por diversas causas.

BOLSA DE TRABAJO.- Cuya finalidad es aumentar la productividad del anciano, de acuerdo a su capacidad física e intelectual y generar empleos para personas en edad avanzada.

CURSOS DE CAPACITACION.- Con objeto de que el senescente transmita sus experiencias laborales en la creación de planes y programas de capacitación laboral.

PROCURADURIA DE LA DEFENSA DEL ANCIANO.- Para evitar el despojo al senescente de sus bienes o ingresos que poseen para garantizar su existencia.

ALBERGUES.- Con el fin de dar al anciano un hogar cuando no cuente con él, en donde se dará atención integral.

CLUBES DE LA TERCERA EDAD.- Para que el anciano tenga recreación y convivencia, donde se realicen actividades socio-culturales y de terapia ocupacional que contrarresten el aislamiento y la soledad.

EDUCACION DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD EN EL CONOCIMIENTO DEL ANCIANO.- Pretende modificar la actitud de la familia y sociedad en su relación con el anciano, propiciando su respeto y manteniendo su dignidad.

CENTRO CULTURAL DE LA TERCERA EDAD.- Cuyo objetivo es aprovechar las facultades del senescente, sus aptitudes, talento y experiencias beneficiando al desarrollo del país.

PREPARACION PARA EL RETIRO.- Su fin es proporcionar a las personas en edad avanzada, en especial las que estén próximas al retiro laboral, la información, orientación jurídica, psicológica y biológica, que les permita estructurar su plan de vida futura y aceptar naturalmente su proceso de envejecimiento.

ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES, VACACIONALES Y SOCIALES.- Pretende fomentar las relaciones interpersonales entre la población senecta y el aprovechamiento de su tiempo libre.

VALORACION PSICOLOGICA Y PSICOMETRICA.- Su finalidad es la de determinar la capacidad de raciocinio, juicio y pensamiento del individuo; orientación en tiempo y espacio; alteraciones de conducta; estado emocional y afectivo, y estudiar los trastornos somáticos de origen psicológico.

TALLERES DE TERAPIA OCUPACIONAL.- Cuyo objetivo es que el anciano ocupe su tiempo libre en la realización de labores satisfactorias, productivas y constructivas.

RESIDENCIAS DIURNAS.- Tiene por finalidad dotar al senescente de un lugar de permanencia diurna, donde pueda desarrollar actividades productivas de su interés y donde recibe además, servicio de consulta externa y comedor.

INVESTIGACION GERONTOLOGICA.- En donde se estudian los diversos problemas de la vejez como los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos, para conocer sus causas y presentar opciones de solución.

En 1986 se proporcionó asistencia a 576,000 ancianos, con un presupuesto de \$ 1'080'000,000 pesos.(81).

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil, A.C. fundados en 1970, han contribuido en la prevención de la farmacodependencia y brindar servicios de tratamiento y rehabilitación, para integrar al farmacodependiente a los núcleos familiar y social.

(81) SOBERON ACEVEDO, Guillermo, et al. (comps.), La salud en México: Testimonios 1988, T.III, Vol. 2, op. cit. p. 131.

Los programas institucionales para prevenir la farmacodependencia se han realizado con base en tres estrategias básicas:

a) Información. Sensibilizando a la población sobre las causas del consumo de drogas y las características que lo definen como un problema de salud pública.

b) Orientación. Con la intención de ayudar a la familia para identificar situaciones, procesos o motivos que inducen al uso y abuso de las drogas, así como aquellas opciones sociales, familiares e individuales a las que se puede recurrir para la aparición del problema.

c) Capacitación. Cuya finalidad es que los grupos organizados y líderes comunitarios tengan información especializada sobre el fenómeno, así como los lineamientos para atender el problema y promover una participación más activa de los integrantes del resto de la comunidad. En esta labor participan todas las instituciones del sector salud, pero principalmente el Departamento del Distrito Federal, ya que el patrimonio y funciones de los Centros pasaron a formar parte del Consejo Nacional del Deporte. Se ha establecido que en 1986 se capacitaron a 51 000 profesionales pasantes en servicio social y líderes de comunidad(82).

Las actividades que en materia de asistencia social se realizan, requieren de un alto porcentaje de las finanzas públicas para su sostenimiento en virtud de que un índice elevado de pobladores se encuentran en situación marginal y carente de los servicios básicos de sobrevivencia.

(82) Ibidem, p. 138.

Múltiples son los problemas de marginalidad en México. En 1988 el 18% de la población, i.e. 12.4 millones de personas, eran adultos desempleados o subempleados, lo que se tradujo en el citado año en que la población poco productiva ascendió al 70% del total. Aunado a ello, la carencia de preparación y capacitación técnica para el trabajo, así como la disminución en las fuentes laborales debido a la recesión económica, han sido factores que favorecen el desempleo y el subempleo y consecuentemente, generan marginación económica.

Por otra parte, la serie de características de la asistencia social en nuestro país, tales como: la falta de definición en la responsabilidad de las instituciones; carencia de normas de organización y estructuración de los servicios, causantes de grave heterogeneidad en su desempeño e imprecisión de su papel dentro de la sociedad; limitación de capacidad de servicios y recursos financieros destinados a esta función, propiciando una cobertura insignificante a las grandes necesidades de la población marginada urbana y rural; y la escasa coordinación entre los presupuestos federal y estatales, agrava la situación.

Creemos que instituciones como el S.N.D.I.F., con los diversos programas institucionales con que cuenta, difícilmente ha podido abarcar y satisfacer todas las necesidades de la población mexicana. Así también, en un futuro cercano estará imposibilitada para cubrir la demanda de satisfactores de la cada vez más creciente población marginada.

Como hemos señalado, el hecho de que haya menos mortalidad en nuestro país, no significa que se viva mejor. Con el paso del tiempo tienen que subsanarse los daños ocasionados por la falta de satisfacción de necesidades, producto quizás, de un desinterés en la correcta planeación e implantación de

los planes y programas gubernamentales que aunado a la falta de presupuesto y al difícil control de la natalidad, inciden y conllevan a un estado de salud precario.

La solución óptima, quisieramos decir, partiría de la premisa de que salud es sinónimo de bienestar integral, y que éste último debiera ser la base para la implantación de la seguridad y la asistencia social en México en correspondencia con la garantía individual y social consagrada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Aún nos parece más conveniente la idea de unificar a las instituciones encargadas de la aplicación de la seguridad y la asistencia social en un solo rubro que pudieran estar en comunicación constante con la Secretaría de Desarrollo Social [antes S.E.D.U.E.].

Sin embargo, la realidad nos muestra que los recursos con que cuenta el Estado Mexicano son insuficientes para este propósito. Lo que sí es factible, es mejorar los servicios en la materia, unificar criterios en la prestación de los mismos, así como realizar un esfuerzo extraordinario para la real coordinación en los sistemas implantados en las entidades federativas, todo ello con la esperanza de que quienes más lo necesitan, puedan tener acceso a un mínimo de bienestar y consecuentemente a lograr un nivel productivo acorde a las necesidades actuales de la Nación.

5. Departamento del Distrito Federal

De conformidad con el artículo 73, Fracción VI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, corresponde al Presidente de la República encargarse del

gobierno del Distrito Federal, ejerciendolo por conducto del Jefe del Departamento del Distrito Federal. Este último se auxilia, para el despacho de sus asuntos, de la Secretaría General de Desarrollo Social, la que atiende, entre otras, las siguientes materias: servicios médicos, actividades cívicas, recreación, reclusorios, centros de readaptación social, promoción deportiva y actividades turísticas y culturales.

El Jefe del Departamento del Distrito Federal tiene como facultad, de acuerdo al artículo 21, Fracciones IV y VI, respectivamente de la Ley Orgánica del D.D.F., la de fomentar la integración de grupos de servicio social voluntario, vigilar la protección social para los habitantes del D.F. y cuidar de la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos en los establecimientos o servicios sostenidos por el D.D.F. Dichas funciones se llevarán a cabo a través de la Dirección General de Servicios Médicos, la que entre otras, tiene las siguientes funciones:

Artículo 22 Reglamento Interior del D.D.F.:

"...I. Planear, coordinar, vigilar y llevar a cabo los programas que normen el funcionamiento de hospitales, consultorios y otras unidades de atención médica adscritos al D.D.F.;...

V. Promover y mantener relaciones de coordinación con dependencias e instituciones de enseñanza médica;...

IX. Cooperar con la Secretaría de Salud y organismos públicos, en todo lo que atañe a la salud de la población del D.F...."

En lo relativo a la asistencia social, el D.D.F. cuenta con un grupo de profesionales en servicio social para la localización de indigentes y su tratamiento primario. Posterior

a este tratamiento, estas personas son canalizadas a las instituciones especialmente encargadas de la atención correspondiente. Para ello, existe coordinación con el D.I.F., la Dirección General de Servicios Médicos del propio Departamento y diversos organismos del sector salud.

En 1962 la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal inició la construcción de 5 hospitales de emergencia y traumatología para sustituir a los antiguos puestos de socorro creados en 1909.

Los servicios de atención médica de Primer Nivel en 1983 eran impartidos en 30 consultorios de centros sociales, culturales y deportivos y en 109 consultorios para atención de urgencias a la comunidad. Tres Unidades Móviles complementaban esta atención.

Los recursos físicos para el Segundo Nivel en este mismo año lo conformaban 12 hospitales infantiles, 12 hospitales de atención de urgencias, de los cuales 7 eran hospitales generales; 4 unidades de traumatología; una unidad psiquiátrica; y una unidad de atención de urgencias obstétricas.

En el sistema médico penitenciario se contaba con 5 unidades de hospitalización para especialidades básicas. Existían además, 27 laboratorios de análisis clínicos, 33 gabinetes de radiología, 65 quirófanos, 11 salas de expulsión y 4 bancos de sangre. Los servicios fueron brindados por 1,668 médicos, incluyendo becarios y 6,563 empleados no médicos. Los recursos de operación fueron un centro de recepción, dos comunidades infantiles y dos casas de protección social.

En este mismo año se trató de integrar los servicios de la Secretaría de Salud a las del Departamento, pero circunstancias de carácter presupuestal impidieron esta integración.

De acuerdo a lo estipulado por el artículo 13, Apartado B, Fracción I de la Ley General de Salud, corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales: organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general.

Dentro del Distrito Federal, corresponde al Departamento del Distrito Federal realizar estas actividades, de acuerdo al artículo 60. de la Ley de Salud para el Distrito Federal y conforme a la cual tiene las siguientes atribuciones más importantes:

I) Prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventiva, curativa y de rehabilitación;

II) Servicios de atención materno-infantil (promoción de integración y bienestar familiar, atención del niño y vigilancia de su crecimiento, desarrollo y promoción de vacunación oportuna, y atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio);

III) Planificación familiar;

IV) Salud mental;

VI) Educación para la salud;

VII) Servicios de salud ocupacional;

VIII) Prevención y control de enfermedades transmisibles, las no transmisibles y los accidentes;

IX) Prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos;

X) Servicios de asistencia social;

XI) Programación, organización y desarrollo del Sistema de Salud (local), procurando su participación en el Sistema Nacional de Salud y coadyuvando a su consolidación y funcionamiento."

Para realizar estas funciones, el Departamento cuenta con el Instituto de Servicios de Salud. Dicho Instituto tiene por tarea el planear, organizar y desarrollar el Sistema de Salud del Distrito Federal, y actuar como estructura administrativa de aquél.

El Sistema de Salud aludido está constituido por las entidades administrativas y órganos desconcentrados del Departamento así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y por los mecanismos de coordinación de acciones que se suscriban con dependencias o entidades de la Administración Pública Federal.

El Sistema tiene, entre sus atribuciones más importantes para nuestro estudio, el colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos, desamparados y minusválidos para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social; dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad e integración social y crecimiento tanto físico como mental de la niñez; y coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se ofrecen para su protección.

Dicho Sistema está coordinado por el Jefe del Departamento del Distrito Federal, el que también puede celebrar bases de coordinación sanitaria con los gobiernos de los estados circunvecinos, sobre aquellas materias que sean de interés común.

El Sistema en cada delegación política del Departamento cuenta con comisiones delegacionales, que tienen el carácter de órganos consultivos y funcionarios. Estos órganos establecen los requisitos que deben satisfacerse para el desarrollo de actividades en materia de salubridad local, con objeto de unificar principios, criterios, políticas y estrategias.

Con la intervención del Comité de Planeación para el Desarrollo del Distrito Federal, el Departamento puede definir la forma de coordinación y colaboración de planeación de los servicios de salud de acuerdo a las disposiciones aplicables.

Además de las instituciones señaladas en el presente apartado, se ha considerado que las instituciones que prestan atención médica a su personal, coadyuvando a la proporción de servicios de salud, son: Petróleos Mexicanos, Sistema de Transporte Colectivo, Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, Lotería Nacional para la Asistencia Pública, Nacional Financiera, Unión Nacional de Productores de Azúcar, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina, con una población aproximada del 1% del total de la población.

Se estima que en lo referente a la participación del sector privado en la salud, un gran número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector público, también lo hacen en el sector privado. La medicina privada abarca la medicina

privada organizada, así como la informal derivada de acciones de medicina tradicional, consultas con boticarios o automedicación; por ello la información de los servicios no son verídicos y esto hace más complicada la tarea de afirmar que la población se encuentra cubierta por las diversas instituciones, cualquiera que sea su estructura. De allí la urgencia de contar con un sistema eficiente y eficaz en materia de salud.

6. Junta de Asistencia Privada

De acuerdo al artículo 13 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, los órganos desconcentrados del D.D.F. forman parte del Sistema de Salud (local). Uno de estos órganos lo constituye la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal.

Dicho órgano, de conformidad con sus funciones, es una institución administrativa desconcentrada por función y jerárquicamente subordinada al Departamento del Distrito Federal, por medio de la cual el poder público ejerce la vigilancia y asesoría que le compete sobre las instituciones de asistencia privada que se constituyan conforme a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal. Todo ello con fundamento en el artículo 83 de la Ley aludida.

El 4 de septiembre de 1991 el D.D.F. y 140 instituciones de asistencia privada, a través de la Junta, firmaron un acuerdo de cooperación por el que las I.A.P. se comprometen a incrementar y eficientar su labor asistencial y de colaboración con la población del D.F.

El compromiso que adquiere el Departamento mediante este instrumento, es apoyar, a través de subsidios, el pago de impuestos, contribuciones de mejoras y derechos de registro público de la propiedad, a las I.A.P., con excepción expresa de los derechos por el suministro, uso y aprovechamiento del agua, de acuerdo a las características que para el caso, se encuentran especificadas en el propio documento.

Asimismo, las instituciones que se vean afectadas seriamente en su economía, supervivencia o realización de sus objetivos, quedan eximidas del pago de contribuciones por concepto de agua, cuando así lo solicite la Junta.

Aunque el documento aludido únicamente establece la posibilidad de las I.A.P. para beneficiarse con la exención de pago de contribuciones, se ha considerado que es a partir de entonces cuando la Junta queda supeditada al Departamento, sustituyendo este último a la Secretaría de Salud.

Actualmente la Junta cuenta con 400 instituciones de asistencia privada afiliadas, de las cuales 300 funcionan regularmente y el resto está a punto de extinguirse por diversas causas.

La Junta está a cargo de un Consejo de Vocales presidido por quien designe el Jefe del Departamento del Distrito Federal, de acuerdo a la terna presentada por los vocales representantes de las instituciones afiliadas a la Junta; 9 vocales de reconocida honorabilidad, mexicanos por nacimiento y menores de 75 años, de los cuales 4 vocales pertenecen al sector público, mismos que son distribuidos de entre las siguientes dependencias: Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de Educación Pública y Secretaría de Salud, y los restantes son

designados por las instituciones [que pueden ser o no patronos de éstas], y se nombran según la función predominante que prestan las instituciones, de acuerdo a los siguientes rubros:

- a) Atención a niños y adolescentes;
- b) Atención al anciano;
- c) Atención médica;
- d) Asistencia en la educación; y
- e) Otra clase de servicios asistenciales.

Conforme al artículo 86, las instituciones cubrirán a la Junta una cuota del seis al millar, i.e. 6 pesos de cada mil, sobre sus ingresos brutos, destinada a cubrir los gastos de operación de la Junta, de conformidad con el presupuesto anual y a los gastos extraordinarios autorizados por el Consejo de Vocales. No se paga la citada cuota por la parte de los ingresos que consistan en comida o ropa o cuando se trate de las asociaciones a las que se refiere el artículo 6o. de la Ley de Instituciones Privadas para el Distrito Federal, i.e. las organizadas en razón de terremotos, epidemias, inundaciones, etc. Las cuotas citadas no formarán parte de los ingresos del Estado ni figurarán en su presupuesto.

Se ha considerado esta aportación a la Junta como viable, en virtud de la forma de allegarse fondos de las I.A.P., misma que apuntamos en capítulos precedentes.

"Art. 91. Para el cumplimiento de sus fines la Junta tiene las siguientes funciones:

I. Vigilar que las instituciones cumplan con los fines para los cuales se constituyeron;

II. Autorizar la creación, modificación o extinción de las instituciones de asistencia privada;

III. Autorizar los estatutos de las instituciones y en caso de no haber sido formulado por éstas, elaborarlos;

IV. Promover ante las autoridades competentes el otorgamiento de estímulos fiscales;

V. Aprobar la declaratoria mediante la cual se autoriza la constitución de una institución y representar los intereses de esta última.

VI. Aprobar el Informe de Labores que, en términos de esta ley y demás disposiciones, deba ser presentado ante ella por las instituciones;

VII. Defender los intereses de las instituciones en los casos establecidos en esta ley;

VIII. Formular el proyecto de presupuesto, así como sus programas;

IX. Elaborar anualmente un informe general de los trabajos realizados durante el periodo;

X. Sujetar la creación, operación, modificación o extinción de las instituciones a los programas de asistencia privada;

XI. Opinar sobre la interpretación en caso de duda, de esta ley y demás relativas, resolviendo las consultas que las autoridades o las instituciones le planteen en relación con la asistencia privada;

XII. Ayudar a los patronatos a la buena administración de los bienes de las instituciones, haciendo las sugerencias conducentes, con sus objetivos y estatutos, para que presten eficazmente los servicios asistenciales.

XIII. Vigilar que los patronatos empleen los ingresos con estricto apego a lo que dispongan sus presupuestos de egresos e inversiones de activos fijos;

XIV. Las demás que le confieran las leyes de la materia, esta ley, el Departamento del D.F. y otras disposiciones aplicables."

Administrativamente, se encuentra integrada por una Dirección Técnica y por los Departamentos de: Atención Jurídica, Trabajo Social, Contabilidad, Administrativo (manejo de personal), Comunicación Social e Informática.

Al Presidente de la Junta corresponde acordar con el Jefe del D.D.F., a fin de informarle sobre la marcha de los asuntos que le competen a la Junta de Asistencia Privada.

De acuerdo al artículo 93 de la Ley de la materia, el Presidente de la Junta es el Jefe de las oficinas de la misma, y puede ejercer sus funciones directamente o por medio de vocales, delegados, visitadores, auditores o inspectores de la propia Junta.

Conforme al art.93 bis del ordenamiento citado, el D.D.F. puede celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de los Estados para que, por medio de la Junta, se les proporcione asesoría y asistencia técnica en materia de asistencia privada.

Cuenta la Junta para el cumplimiento de sus objetivos, con visitadores, auditores o inspectores versados en su materia, quienes no pueden ser funcionarios o empleados de las instituciones sujetas a inspección, salvo en caso de trabajos de carácter docente o técnico, previa autorización de la Junta. El personal referido puede verificar la legalidad de las operaciones que efectúen las instituciones y comprobar que las inversiones estén hechas en los términos de la presente ley;

Además de las visitas e inspecciones, se pueden practicar las que tiendan a comprobar: el objeto de la institución, establecimiento adecuado, comodidad e higiene de los dormitorios, salas, etc., alimentación suficiente y sana, servicio y asistencia médica, vestuario, trato a los beneficiados, requisitos cubiertos por los beneficiados acorde con los fines de la institución, y apego a los reglamentos y leyes aplicables, de acuerdo al artículo 98 de la Ley.

En las entidades federativas, existe una Junta de Asistencia Privada Estatal. Del mismo modo que las I.A.P. del Distrito Federal, las de los estados de la República son creadas para prestar servicios asistenciales sin propósito de lucro, se clasifican en asilos, hospicios, casas de cuna, y otros. Son autorizadas para realizar sus actividades por la autoridad sanitaria estatal y vigiladas y promovidas por la Junta Estatal, así como por el organismo de la entidad encargado de la asistencia social. Se consideran de interés público y están exentas del pago de contribuciones estatales; asimismo, son sujetos de la legislación estatal y sus servicios y acciones, normadas por los programas de salud y los lineamientos aplicables.

Las instituciones de asistencia privada tienen un papel importante en el apoyo a la ciudadanía, por la labor que desempeñan. Sin embargo, la crisis económica de los últimos años han hecho que disminuya su número, mermando la asistencia proporcionada.

La Junta, como órgano asesor de estos organismos puede buscar nuevas rutas con el fin de que tengan ciertos privilegios, pero esto no será suficiente para la consecución

de sus fines, ya que el problema principal será la creciente demanda, producto de una crisis generalizada en América Latina.

En suma, corresponde al Gobierno de la República por mandato constitucional expreso, realizar las acciones necesarias para que los individuos tengan garantizado el acceso a los servicios públicos de atención a la salud, consistentes estos últimos en: atención primaria a la salud, programas de salud ocupacional, rehabilitación, asistencia social, salud pública, y aquéllos análogos necesarios que coadyuven al bienestar de la población.

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

PRIMERA.- Doctrinariamente no existe una definición única de seguridad social. Los diversos estudiosos en la materia integran a su concepción los factores que de acuerdo a su criterio deben formar parte de ésta.

SEGUNDA.- Dentro de los instrumentos legales existentes en nuestro país, la designación que de SEGURIDAD SOCIAL hace la Ley del Seguro Social, alude solamente a los seguros sociales, sin precisar objetivamente las acciones institucionales que integran aquélla. Por su parte la Ley del I.S.S.S.T.E. carece de una definición al respecto.

TERCERA.- La definición que de SALUD hace la Organización Mundial de la Salud, no ha podido ser recogida por nuestra Constitución Política en su texto. Sin embargo, tanto esta definición como la de seguridad social, son necesarias para determinar los objetivos de las políticas nacionales plasmados en los documentos gubernamentales como son los Planes y Programas Nacionales, sectoriales e interinstitucionales, así como los ejecutados por las instituciones promotoras y administradoras en la materia.

CUARTA.- Se puede conceptualizar a la ASISTENCIA SOCIAL como el conjunto de acciones que los organismos públicos, sociales o privados llevan a cabo y que tienen por finalidad elevar el nivel de salud en el individuo así como lograr su desarrollo integral y con ello alcanzar su incorporación a una vida plena y productiva.

QUINTA.- La SEGURIDAD SOCIAL puede ser entendida como el conjunto de acciones que el Estado debe llevar a cabo a través

de sus organismos públicos [descentralizados], en coordinación con los sectores social y privado, a fin de asegurar al individuo los medios suficientes y necesarios para alcanzar un mínimo de bienestar y desarrollo, en aras de una vida plena y productiva.

SEXTA.- La seguridad y la asistencia sociales tienen orígenes distintos, no obstante su finalidad es similar: lograr el bienestar del individuo, su desarrollo integral y consecuentemente el de la sociedad, cuyo objetivo final es alcanzar de una vida plena y productiva.

SEPTIMA.- La productividad dentro de la asistencia y la seguridad sociales, debe significar, [para efectos de la creación de instrumentos legales, políticos, o de cualquier otra índole], no únicamente la parte económica del desarrollo, sino la relación existente entre los elementos dedicados a una actividad y los resultados obtenidos. Con ello, se extiende el concepto a cualquier actividad humana.

OCTAVA.- La Asistencia Social en algunos casos ha sido considerada como un servicio público brindado por las instituciones descentralizadas del gobierno federal. No obstante, algunos autores consideran que puede ser asistencia social pública y privada, para hablar de esta última como la proporcionada por las instituciones de carácter privado.

NOVENA.- Hablar de seguridad y de asistencia social, es hablar de salud, y ésta en México se encuentra en condiciones poco favorables y desalentadoras, a causa de diversos factores que son tanto biológicos como socio-económicos. Resultado de la alta marginalidad económica y social de la población mexicana.

DECIMA.- La ejecución de las políticas en materia de asistencia y seguridad social no son congruentes con la planeación de ellas, ni con la realidad social. Esto se demuestra con más énfasis al diferir sustancialmente los sistemas y programas diseñados por la Secretaría de Salud (como autoridad sanitaria) y ejecutados por la misma, con los implantados y ejecutados por los organismos descentralizados, a pesar de estar coordinados por la primera en base a un estándar de funcionamiento: la salud.

A pesar de que la Secretaría de Salud tiene por función, de acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, normar y controlar los servicios de atención médica y asistencia social, ésta carece de planes y programas efectivos en la práctica, ya que I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E., así como D.D.F., el D.I.F. y los organismos privados, crean sus propios esquemas y programas de atención sanitaria.

DECIMA PRIMERA.- La responsabilidad en la atención a la salud de los habitantes mexicanos tiende a quedar, de manera principal, en el Programa Nacional de Solidaridad, el I.M.S.S.-Solidaridad y los programas institucionales del D.I.F. [en el sector público], ya que la población derechohabiente ha disminuido de manera importante como consecuencia de la falta de empleos.

DECIMA SEGUNDA.- La responsabilidad de las instituciones otorgantes de servicios de salud a población abierta se traduce en el aumento gradual de la asistencia social en nuestro país, por lo que es necesario la restructuración de los proyectos nacionales, ya en lo económico, como en lo social.

DECIMA TERCERA.- Las instituciones de asistencia privada [sector privado], limitadas cada vez más por las crisis económicas de la última década, hacen lo posible por subsanar

las necesidades de la población vulnerable, la que a su vez, tiende a aumentar.

DECIMA CUARTA.- Es inaplazable la adecuada coordinación y unificación de criterios en la ejecución de las políticas en materia de salud. Para este fin, es necesario el establecimiento de una sola ley reguladora de la seguridad social basada en los criterios que fije la Secretaría de Salud, como cabeza de sector.

Asimismo, es necesaria la creación de una institución única que proporcione los servicios de seguridad social, fundamentada en los criterios que sobre salud, dicte la Secretaría de Salud.

DECIMA QUINTA.- La seguridad social en la actualidad, ya no puede continuar siendo el instrumento por el cual se atiendan contingencias. Del mismo modo, ésta [la seguridad social] no puede funcionar mediante seguros sociales, pues ellos son instrumentos parciales para lograr el bienestar del individuo.

DECIMA SEXTA.- En tanto no se regularice la situación marginal en que vive la nación, difícilmente se podrá lograr un estado de salud acorde con las circunstancias que exige el desarrollo social.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMANSA PASTOR, José Manuel, Derecho de la seguridad social, "La protección en el régimen general, regímenes especiales y proceso especial", Vol. II, segunda edición, Tecnos, Madrid, España, 1979.
2. ALVAREZ AMEZQUITA, José et al., Historia de la salubridad y de la asistencia en México, Tomos I-II, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960.
3. ANDER-EGG, Ezequiel et al., Apuntes para una historia del Trabajo Social, Eco, Buenos Aires, Argentina, 1975.
4. ANDER-EGG, Ezequiel, Historia del trabajo social, s.p.i.
5. ARCE CANO, Gustavo, Los seguros sociales en México, Botas, México, 1944.
6. BURGOA ORIHUELA, Ignacio, Las garantías individuales, vigésima edición, Porrúa, México, 1986.
7. CENICEROS, José Angel, El problema de la insalubridad, Botas, México, 1935.
8. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), Necesidades esenciales en México, "Situación actual y perspectivas al año 2000", Volumen 4, Salud, cuarta edición, Siglo XXI Editores, México, 1989.
9. DE BUEN, Néstor, Derecho del trabajo, Tomo I, sexta edición, Porrúa, México, 1986.
10. DE LA CUEVA, Mario, El nuevo derecho del trabajo, Tomo II, quinta edición, Porrúa, México, 1989.
11. ESTRELLA CAMPOS, Juan, Principios del Derecho del Trabajo, s.p.i., 1973.
12. FLORES GONZALEZ, María Luisa, Antecedentes de la ayuda en el mundo y en México, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1986.

13. GONZALEZ DIAZ LOMBARDO, Francisco, El derecho social y la seguridad social integral, Textos Universitarios, segunda edición, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1978.
14. GONZALEZ Y RUEDA, Porfirio Teodomiro, Previsión y seguridad sociales del trabajo, Limusa, México, 1989.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social, I.M.S.S. 1943-1983, "40 años de historia", México, 1983.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social, México y la seguridad social, "la seguridad social y la historia de los medios para lograrla", Tomos I-II, México, 1952.
17. KISNERMAN, Natalio, Servicio social, Hvmantitas, Buenos Aires, Argentina, s.f.
18. LAMAS, Adolfo, Seguridad social en la Nueva España, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1964.
19. MARGADANT, Guillermo Floris, Introducción a la historia del derecho mexicano, octava edición, Esfinge, México, 1988.
20. MOLLAT, Michel, Pobres, humildes y miserables en la Edad Media, "Estudio social", Obras de historia, Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
21. Monografías nacionales americanas sobre seguridad social, "México", CISS 1, s.p.i.
22. NETTER, F., La seguridad social y sus principios, Colec. Salud y seguridad social, Serie Manuales básicos y estudios, Instituto Mexicano del Seguro Social México, 1982.
23. Organización Panamericana de la Salud, El derecho a la salud en las Américas, "Estudio constitucional comparado", publicación científica No. 509, Washington, D.C., E.U.A., 1989.
24. PEREZ LEÑERO, José, Fundamentos de la seguridad social, Aguilar, España, 1956.

25. ROMERO FLORES, Jesús, México, historia de una gran ciudad ciudad, B. Costa-Amic editor, México, 1978.
26. SAAVEDRA, Alfredo M., Una lección de trabajo social, s.Ed., México, 1945.
27. Secretaría de Salubridad y Asistencia/ Secretaría de la Presidencia, México a través de los Informes Presidenciales, Tomo 12, "La salubridad general", México, 1976.
28. SIMONDS, Rollin H. y John V. Grimaldi, Organización de la seguridad en el trabajo, Rialp, México, 1968.
29. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ¿Qué hace el D.I.F. por México?, México. 1985.
30. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Temas de Asistencia Social, México, 1988.
31. SOBERON ACEVEDO, Guillermo et al., (comps.), La salud en México: Testimonios 1988, Tomo III, Vol. 1, Biblioteca de la Salud: Testimonios Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
32. SOBERON ACEVEDO, Guillermo et al., (comps.), La salud en México: Testimonios 1988, Tomo III, Vol. 2, Biblioteca de la Salud: Testimonios, Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
33. SOBERON ACEVEDO, Guillermo et al., (comps.), La salud en México: Testimonios 1988, Tomo III, Vol. 4, Biblioteca de la Salud: Testimonios Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
34. SOBERON ACEVEDO, Guillermo et al., Hacia un sistema nacional de salud, Coordinación de los Servicios de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1983.
35. SOBERON ACEVEDO, Guillermo, Derecho constitucional a la protección de la salud, Miguel Angel Porrúa, México, 1983.

36. SOBERON ACEVEDO, Guillermo, La protección de la salud en México, "Palabras, discursos y mensajes", Miguel Angel Porrúa, México, 1987.
37. TENA SUCK, Rafael y Hugo Italo Morales, Derecho de la seguridad social, segunda edición, Pac, México, 1990.
38. TORRES DIAZ, Jorge H., Historia del Trabajo Social, Colección Desarrollo Social, Hvmantitas, Buenos Aires, Argentina, 1987.

LEGISLACION

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editores Mexicanos Unidos, México, 1991.
- Ley General de Salud, séptima edición, Porrúa, México, 1991, Diario Oficial de la Federación 7 de febrero 1984.
- Ley del Seguro Social, comentada por Javier Moreno Padilla, décima séptima edición, Trillas, México, 1990.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, comentada por Mariano Herrán Salvatti y Carlos F. Quintana, Porrúa, México, 1986.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Diario Oficial de la Federación 9 de enero 1986.
- Ley Orgánica del Departamento del Departamento del Distrito Federal, Diario Oficial de la Federación 16 de diciembre 1983.
- Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, Diario Oficial de la Federación 2 de enero de 1943, sus reformas en los D.O.F. de 17-VII-1943, 28-II-1944, 8-III-1948, 23-XII-1974, 15-V-1978, 1-XII-1986 y 7-I-1991.
- Ley de Planeación, Diario Oficial de la Federación del 5 de enero 1983.

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, vigésima sexta edición, Porrúa, México, 1991.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación 23 septiembre y 25 de noviembre de 1988.

H E M E R O G R A F I A

1. CAMPILLO SAINZ, José, "Los derechos sociales", Revista de la Facultad de Derecho, Tomo I, Núms. 1-2, enero-junio, 1951, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
2. CASTRO GUTIERREZ, Alvaro "Consideraciones preliminares para un estudio del financiamiento de la seguridad social en América Latina" Revista de la Seguridad Social No. 40, Buenos Aires, Argentina, 1982, s.Ed., pp. 5-28.
3. Comisión Americana Jurídico-Social, XIV Reunión de la Comisión Americana Jurídico-Social, del 3 al 6 de diciembre de 1990, México, D.F.
4. Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina (CEPAL), "183 millones de pobres había en América Latina en la década de los 80", Boletín "Micronoticias" de la CEPAL, Santiago de Chile, 1990.
5. GOMEZ PACHECO, Segundo y Armando de Laire Forttes, "Seguridad Social", Revista de Derecho Público Núm. 116, julio-diciembre 1974, pp.123-126, Universidad de Chile,
6. Instituto Mexicano del Seguro Social, "Informe sobre la situación social en el Mundo", Revista Mexicana de Seguridad Social Núms. 22-23, septiembre, 1983, pp. 48-60.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social, "Organización y funcionamiento del I.M.S.S." México, 1987.

8. KRAUS, Arnoldo, "Medicina mexicana en entredicho", Periódico "La Jornada", Sección El País, 26 de febrero de 1992, p. 17.
9. LARA PONTE, Rodolfo, "Prospectiva jurídica de la asistencia social en México", Revista de la Facultad de Derecho de México, T. XLI, Núms. 175-176-177, 1991, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1991, pp. 135-165.
10. MONTEMAYOR GALINDO, Rogelio, "Problemas de la administración de los servicios de salud del I.M.S.S.", VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, 2 al 5 de junio, 1981, México, D. F.
11. NOVOA FUENZALIDA, Patricio, "La participación de los interesados en la administración de la seguridad social", Revista Estudios de la Seguridad Social No. 40, Asociación Internacional de la Seguridad Social, Buenos Aires, Argentina, 1982, pp. 100-113.
12. ZEDILLO PONCE DE LEON, Ernesto, "El Plan, síntesis del reclamo y aspiraciones populares: Zedillo", Periódico "El Nacional", Sección Rumbo definido, 10. de junio 1989, p. 2.

D I C C I O N A R I O S
Y E N C I C L O P E D I A S

1. CABANELLAS, Guillermo, Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, cuarta edición, Heliasta, Argentina, 1979.
2. Enciclopedia de México, Tomo I, Instituto de la Enciclopedia de México, México, 1966.
3. Enciclopedia Jurídica OMEBA, Tomo XXIII, Bibliográfica Argentina, Argentina, 1967.

OTRAS FUENTES

1. Banco de México, Índices de precios noviembre-diciembre 1982, Cuadernos Núms. 55-56, México, 1983.
2. Convenio de Cooperación entre el Departamento del Distrito Federal y las Instituciones de Asistencia Privada en el Distrito Federal, Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal, 4 de septiembre de 1991.
3. Convenio Unico de Desarrollo 1991 que suscriben el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Aguascalientes, Diario Oficial de la Federación, 5 de noviembre de 1991.
4. Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el Programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Diario Oficial de la Federación 8 de marzo 1984.
5. Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo denominado Plan Nacional de Salud 1990-1994, Diario Oficial de la Federación 10 enero 1991
6. Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el I.M.S.S., Diario Oficial de la Federación 30 agosto 1983.
7. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Diario Oficial de la Federación 13 de septiembre 1991.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social, Memoria Estadística 1988, México, 1988.
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Información estadística sector salud y seguridad social, Cuaderno No. 7, México, 1991.
10. Manual de Organización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, D.I.F., México, 1985.
11. Novísima Recopilación de las Indias, Libro VII, Título XXXVII, Leyes I, II y III.

12. Organización Internacional del Trabajo, Anuario de Estadísticas del Trabajo, quincuagésima edición, Ginebra, Suiza, 1991.
13. Poder Ejecutivo Federal III Informe Presidencial Lic. Carlos Salinas de Gortari, 1991, México, 1991.
14. Poder Ejecutivo Federal Plan Global de Desarrollo 1980-1982, México, 1980.
15. Poder Ejecutivo Federal Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México, 1983.
16. Poder Ejecutivo Federal Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.
17. Presidencia de la República, Programa Nacional de Salud 1984-1988 México, 1984.
18. Programa Nacional de Salud 1990-1991, Diario Oficial de la Federación 11 enero 1991
19. Secretaría de Salud, Informe de Labores 1989-1990, México, 1990.
20. Secretaría de Salud, Informe de Labores 1990-1991, México, 1991.
21. Secretaría de Salud, Indicadores sociales de salud, México, 1991.
22. Universidad Nacional Autónoma de México, Memoria del IV Congreso de Historia del Derecho Mexicano, Tomo I, Serie C: Estudios históricos, número 25, México, 1988.