

77
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LAS PRESTACIONES SOCIALES
EN EL IMSS:
EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN SOCIOLOGIA**

P R E S E N T A

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FRANCISCO BLAS VALENCIA CASTILLO

México, D.F.

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES
CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO Y CARIÑO
HOY Y SIEMPRE

INDICE

PÁGINA

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1	
LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	
1.1 <i>Los Seguros Sociales Clásicos</i>	7
1.2 <i>El Instituto Mexicano del Seguro social</i>	9
1.3 <i>La Seguridad Social Mexicana</i>	13
CAPÍTULO 2	
SURGIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL IMSS	
2.1 <i>Antecedentes y Evolución</i>	16
2.2 <i>Situación Actual</i>	22
CAPÍTULO 3	
FUTURO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL IMSS	
3.1 <i>Privatización</i>	27
3.2 <i>Desincorporación</i>	30
3.3 <i>Modernización</i>	32
EPÍTOME	41
BIBLIOGRAFÍA	44

1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento del Seguro Social en 1943 y su crecimiento constante, tanto en cobertura como en tipo de servicios, fue uno de los logros más acabados de la Revolución Mexicana. En efecto, la ideología postrevolucionaria se manifestó en distintos ámbitos de la vida nacional: el educativo, impulsado por Vasconcelos; el artístico: Escuela Mexicana de Pintura; el político: Partido Nacional Revolucionario-Partido de la Revolución Mexicana; y el institucional, en donde destacó la nacionalización de PEMEX y la creación del IMSS.

Si bien durante sus primeros años de existencia el seguro social cubrió únicamente los seguros médico y económico, esta situación se modificó en 1956, al publicarse en el Diario Oficial del 2 de agosto de ese año, el *Reglamento de los servicios de habitación, previsión social y prevención de invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social*. A partir de ese momento se abandona el esquema clásico de seguro social y se inicia el tránsito hacia el modelo vigente de seguridad social.

La aparición de las prestaciones sociales, en consecuencia, representó un cambio cualitativo para el IMSS. Así lo entendieron quienes impulsaron su crecimiento a través de la enorme infraestructura que lograron consolidar en la década de los 60, y que desde entonces ha servido para ofrecer oportunidades de desarrollo cultural a innumerables comunidades y regiones del país.

El fuerte crecimiento de la población derechohabiente ocurrida en la década de los 80 y la actual reforma del Estado mexicano han puesto en entredicho, respectivamente, la calidad de los servicios que se otorgan en esta área y su pertinencia misma. "En este momento el panorama de la seguridad social integral es difícil y complejo... nos enfrentamos al cuestionamiento de las prestaciones de seguridad social, que incluyen prestaciones económicas y sociales, arguyéndose que su otorgamiento ha desfinanciado a estas instituciones y que éstas últimas deben orientar su acción básicamente a los seguros obligatorios."¹

¹ Roberto Gallaga García. El Concepto Integral de Seguridad Social y las Prestaciones Sociales o Complementarias. En La seguridad Social y el Estado Moderno, ed. IMSS-FCE-ISSSTE, México, 1993, pag. 99

En el presente trabajo se analizan el surgimiento, evolución y perspectivas de las prestaciones sociales dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, en razón de las siguientes consideraciones:

El desempeño profesional del autor, durante los últimos años, ha ocurrido en la Jefatura de Prestaciones Sociales; por lo tanto existe afinidad e interés por el tema, así como motivación para abordarlo desde una perspectiva sociológica

Las prestaciones sociales son poco reconocidas dentro y fuera de la institución, a pesar de que gracias a ellas es posible hablar del modelo mexicano de seguridad social. Su vulnerabilidad se ve acentuada debido al carácter discrecional que la propia ley del IMSS les asigna, así como por la ausencia de mecanismos exclusivos de financiamiento.

¿Por qué se considera importante el otorgamiento de este servicio por parte del IMSS? Desde la perspectiva de la sociología médica es claro que salud no significa sólo ausencia de enfermedad. Ambos conceptos, enfermedad y salud, forman parte de un proceso que rebasa ampliamente el ámbito del consultorio para insertarse en el terreno de lo social. "La enfermedad ya no se concibe como una anomalía que requiere la intervención de una profesión calificada y científicamente neutral... la mayor parte de los investigadores de hoy consideran a la salud y la atención médica como íntimamente relacionadas con la sociedad de la que forman parte"². Por lo tanto el IMSS, como institución de salud, no puede limitar su cobertura al otorgamiento de prestaciones médicas que inciden ciertamente en el combate a la enfermedad, es decir en una parte del proceso, pero no en la otra, la promoción de la salud. Para este efecto, en el presente trabajo se considera a la salud como un fenómeno multicausal, vinculado con prácticas culturales específicas y, por lo tanto, determinado históricamente por el contexto social. El concepto de salud se asume como lo define la Organización Mundial de la Salud: el completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo, y no sólo la ausencia de enfermedad. Con toda su carga utópica, esta definición es válida en tanto declaración de principios y debe serlo también como objetivo primordial de la política social del Estado mexicano. La parte instrumental de esta concepción está dada por las estrategias definidas en Alma Ata (URSS, 1978), las cuales giran en torno del concepto de Atención Primaria a la Salud y se apoyan en el

² Peter Ward. Políticas de Bienestar Social en México, 1970-1989, cd. Nueva Imagen, México, 1989, pag. 181

principio básico de la participación comunitaria; su metodología "hace énfasis en diversas actividades que no son propiamente clínicas, como la educación para la salud, las acciones preventivas, la atención a la salud familiar y también el aprovechamiento de los trabajadores comunitarios de la salud"³

Con motivo de las modificaciones a la ley del IMSS efectuadas en 1993, los empresarios han demandado la privatización de teatros, centros de seguridad social y unidades deportivas, argumentando que son actividades no sustantivas para la institución. Este discurso empresarial, aunado al énfasis puesto por el gobierno en el adelgazamiento del aparato estatal, pone en riesgo a los servicios de prestaciones sociales y genera una interrogante acerca de su futuro y permanencia dentro del IMSS.

Para el análisis que se desarrolla en el presente trabajo es importante considerar este contexto a partir de las siguientes preguntas:

¿Cómo y por qué surge el Instituto Mexicano del Seguro Social?

¿Cómo se da el tránsito entre seguro social y seguridad social?

De igual forma, la problematización del tema puede abordarse a partir de las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la relación entre cultura y salud; cómo influyen las actividades de teatro, danza, deporte y otras similares en la preservación de la salud de la población?

¿Es posible privatizar, desincorporar o modernizar las prestaciones sociales del IMSS?

La estructura del trabajo se desarrolla de la siguiente manera:

En el capítulo I se presentan las características más importantes de los modelos clásicos del seguro social, el alemán y el inglés. Se revisa el panorama en el que surge el seguro social mexicano y se detalla su evolución al modelo vigente de seguridad social.

³ David Zakus. La Participación Comunitaria en los Programas de Atención Primaria a la Salud en el Tercer Mundo, en Salud Pública de México, marzo-abril de 1988, volumen 30 n° 2, pag. 172

En el capítulo 2 se estudia el surgimiento de las prestaciones sociales, así como los cambios que han vivido desde ese momento a la fecha, y se hace un diagnóstico de su situación actual. Cabe hacer la aclaración de que, al realizar dicho diagnóstico, se considera sólo a los servicios que actualmente conforman el área, y se omiten aquellos que en algún otro momento formaron parte de su estructura programática.

En el capítulo 3 se realiza un acercamiento prospectivo, mediante la construcción de tres escenarios probables para las prestaciones sociales: privatización, desincorporación y modernización. En el primer escenario se plantea la venta de los inmuebles correspondientes a prestaciones sociales y la reubicación o liquidación del personal. En consecuencia, esta opción implicaría desaparecer el servicio y regresar al esquema original con el que nació el seguro social mexicano. El escenario de la desincorporación no considera la venta de infraestructura ni la liquidación del personal, sino su transferencia a otras dependencias del sector público, de tal suerte que los teatros pasarían al Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; los deportivos a la Comisión Nacional del Deporte; los centros de artesanías al Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías, y los centros de seguridad social a la Secretaría de Desarrollo Social. En el escenario de la modernización, por su parte, se ofrecen una serie de propuestas encaminadas a fortalecer la posición del área de prestaciones sociales dentro del IMSS. En este escenario, proceso de modernización no "significa la instrumentación del modelo neoliberal"⁴, sino que más bien se refiere a la aplicación concreta de medidas de efectividad administrativa.

Finalmente, a manera de síntesis se incluye un último apartado que expone la posición personal del autor respecto del tema tratado.

⁴ Catalina Eibenschutz y otros. Salud, Neoliberalismo y Privatización en el México de Hoy, en Estudios Políticos n° 2, enero-marzo de 1994, pag. 47

1. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

1.1 LOS SEGUROS SOCIALES CLASICOS

El seguro social clásico aparece como una respuesta del Estado capitalista para garantizar el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo en los países de temprana industrialización. Por ser ejemplos representativos, analizaremos los casos de Alemania e Inglaterra.

ALEMANIA: Después de su triunfo frente a Francia en 1871, Alemania entra de lleno y con fuerza al mundo capitalista. Su industria compite de igual a igual contra su similar inglesa, basándose para ello en la explotación indiscriminada de hombres, mujeres y niños. "La clase obrera estaba a merced de un capitalismo de hierro, despiadado. No había leyes sociales ni tarifas de salarios, ni limitaciones de la jornada de trabajo. Se admitía a los niños en las fábricas -principalmente las textiles- desde la edad de seis años. La jornada diurna duraba para ellos 13 horas, la jornada nocturna era de 11. Los adultos, hombres y mujeres, trabajaban de 14 a 16 horas diarias"⁵

La inconformidad social que esta situación generaba obligó al canciller Otto Von Bismarck a proponer medidas que atenuaran los efectos del capitalismo alemán, llegando incluso a reconocer como obligación del Estado, el cuidar y ayudar a la gente más desprotegida. De esta manera, Bismarck se caracterizó no sólo por sus actitudes autoritarias y represoras, sino también por su impulso y apoyo a la promulgación de la primera Ley del Seguro Social, la cual contuvo las tres vertientes que a continuación se describen:

- i) Seguro obligatorio de enfermedad, que funcionó a partir de 1883. Incluía prestaciones médicas y económicas por enfermedad, maternidad y muerte. Las cuotas eran aportadas por trabajadores y patrones.
- ii) Seguro de accidentes de trabajo. Funcionó a partir de 1884. Como su nombre lo indica, protegía a los trabajadores contra accidentes de trabajo. Las cuotas eran aportadas por los patrones.

⁵ A. Ramos Oliveira Historia Social y Política de Alemania, tomo I, ed. F.C.E., México, 1973, pag. 214

iii) Seguro de invalidez y vejez (1889-1891). Consistía en el otorgamiento de rentas a partir de los 65 años, o antes si el asegurado sufría invalidez. Las cuotas se pagaban entre trabajadores, patrones y Estado⁶ Este planteamiento se perfeccionó en 1911, mediante el llamado Código Federal de los Seguros Sociales de Alemania, pero la esencia del modelo bismarckiano perduró y sirvió como ejemplo para el resto de los países occidentales⁷

INGLATERRA: Quizás sea la inglesa la más conocida de las imágenes del capitalismo manufacturero de mediados del siglo pasado. Masas harapientas, desempleo, hambrunas. Federico Engels describió con crudeza las condiciones en que trabajaban y vivían los obreros en Londres, Manchester, Birmingham y demás ciudades fabriles, y con base en informes médicos, demostró como dichas condiciones afectaban la salud de los trabajadores⁸. Los industriales ingleses no eran menos voraces que sus colegas alemanes, de tal forma que la sobrexplotación que impusieron en sus fábricas, pronto generó, al igual que en Alemania, movimientos de inconformidad entre la clase trabajadora. Hay que recordar que de esa época datan documentos fundamentales para el desarrollo posterior del movimiento proletario internacional, tales como el Manifiesto Comunista, de Carlos Marx y Federico Engels.

En la Inglaterra decimonónica no hubo una propuesta globalizadora que contuviera un modelo acabado de seguro social. Ciertamente desde la época de la reina Isabel existieron leyes de protección a los pobres⁹, y es verdad que en 1897 se promulgó la ley de Indemnización a los Obreros; en 1908 la Ley de Pensiones, y en 1912 el Seguro Obligatorio contra las Enfermedades. Pero no fue sino hasta 1942 que William Henry Beveridge redactó el plan que lleva su nombre y que a partir de ese momento se convirtió en referencia obligada para los seguros sociales del mundo entero. En dicho documento Beveridge habla por primera vez de un Plan de Seguridad social, regido por 6 principios fundamentales: "igualdad en la tarifa del subsidio de subsistencia; igualdad en la tarifa de las cuotas; unificación de la responsabilidad administrativa; suficiencia del subsidio; extensión del mismo, y clasificación"¹⁰

⁶ Olga Palmero. Interpretación de Modelos de Origen. Documento mimeográfico, IMSS-CIESS, 1990

⁷ Federico García Sámano. La seguridad Social en los Países en Desarrollo, en La Seguridad Social y el Estado Moderno, op. cit. pag. 127

⁸ Federico Engels. La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra, Ediciones de Cultura Popular, México, 1977

⁹ Ley Isabelina de los Pobres, de 1601

¹⁰ Olga Palmero, op. cit. pag. 2

El Plan Beveridge fue un programa detallado y minucioso que respondió tanto a las circunstancias económicas como a la coyuntura política que enfrentó Inglaterra durante la segunda guerra mundial. Beveridge plantea, entre otras cosas, la universalidad del servicio; la transferencia de las responsabilidades individuales a lo colectivo, y el combate a la miseria, la ignorancia, el ocio y la enfermedad. "Los instrumentos para lograr el bienestar de la población (incluyeron): un seguro de desempleo, un sistema de asignaciones familiares y un plan de salud que (abarcó) la medicina preventiva, la curativa y un programa completo de rehabilitación. A la familia, considerada como la base de la sociedad, se le asignaron proyectos que la protegerían e impulsarían su desarrollo"¹¹

Pueden identificarse cuatro aportaciones conceptuales en el plan Beveridge: 1) la necesidad de proporcionar educación -elemental y superior- como una forma de garantizar el desempeño útil del individuo en la sociedad; 2) la oportunidad a cada individuo de desempeñar un trabajo productivo; 3) la organización técnica del trabajo, a efectos de reducir riesgos a la salud de los trabajadores, así como de preservar su integridad, y 4) La protección contra la indigencia de aquellas personas que por determinadas razones no pudieran trabajar¹². Con este enfoque, Beveridge fusiona elementos que hasta ese momento se presentaban aislados, y sienta las bases para el desarrollo de los modelos de seguridad social basados en la atención a la salud, más que en la curación.

1.2 EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

En México, desde Ricardo Flores Magón, Madero, Carranza y Obregón, hasta Lázaro Cárdenas, hubieron pronunciamientos y acciones en favor de la instauración del Seguro Social. Una cronología mínima de los antecedentes de la creación del IMSS, consideraría los siguientes acontecimientos:

En 1904 el gobernador del estado de México "emitió un decreto en el que se reconocía la existencia de accidentes de trabajo y se responsabilizaba a los patrones de las debidas indemnizaciones. Dos años después, Bernardo

¹¹ Sara Elizabeth Gutiérrez. El Plan Beveridge de la Seguridad Social, en Cuestión Social nº 1, mayo-junio de 1983, IMSS, México.

¹² Antonio de P. Moreno. La Concepción Mexicana de la Seguridad Social y su Enmarcamiento Sociológico, en Revista Mexicana de Sociología, México, 1965, volumen 27, nº 1 pag. 210

Reyes, gobernador del estado de Nuevo León, expidió una ley muy semejante"¹³

En 1906, el Partido Liberal Mexicano publica su programa político, en el cual demanda, entre otras cosas, el establecimiento de la "indemnización por accidente y la pensión a obreros que hayan agotado sus energías en el trabajo"¹⁴

En 1912, al participar en la apertura de los trabajos del XXV Congreso de la Unión, el Presidente Madero informa que "una comisión estudia el proyecto de crear una *caja postal de ahorros*, institución nueva entre nosotros; pero que de adoptarse, producirá inmensas ventajas para las clases humildes, como sucede en otros países"¹⁵

La Constitución de 1917, en su "artículo 123 fracción XIX, y sobre todo a raíz de la básica reforma de 1929 a esa fracción, previó la necesidad de crear el seguro social, siguiendo las tradicionales coberturas de enfermedad y maternidad, riesgos del trabajo, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte"¹⁶. Como antecedentes inmediatos de este marco normativo, se tienen "las leyes expedidas en 1914 en el estado de Veracruz, y en 1915 en el estado de Yucatán por los gobernadores revolucionarios Cándido Aguilar y Salvador Alvarado"¹⁷

En 1921 se formula y publica un proyecto de Ley del Seguro Obrero, mediante el cual se pretendía "cubrir indemnizaciones por accidentes de trabajo, jubilación por vejez, seguros de vida y compensaciones salariales"¹⁸

En 1926 se elabora y echa andar la Ley de Pensiones Civiles de Retiro, aplicada a trabajadores del gobierno central y de los gobiernos de los estados

En 1929 se publica en el Diario Oficial una reforma al artículo 123, mediante la cual se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social

¹³ Francisco Álvarez Farber. Instituto Mexicano del Seguro social. Perspectiva Actual de los Servicios y Prestaciones, en Seguridad Social, México, 1985, n° 151-152, enero-abril de 1985, pag. 30

¹⁴ Miguel García Cruz. La Seguridad Social en México, ed. Costa Amic, México, 1972, tomo I pag. 23

¹⁵ Sara Elizabeth Gutiérrez. op. cit. pag. 11

¹⁶ Federico García Sámamo, op. cit. pag. 122

¹⁷ Francisco Álvarez Farber, op. cit. pag. 30

¹⁸ Ricardo Pozas Horcasitas. El Desarrollo de la Seguridad Social en México, en Revista Mexicana de Sociología, México, 1992, volumen LIV, n° 4, oct-dic. 1992

En enero de 1932, el Congreso de la Unión otorga facultades extraordinarias al entonces Presidente Pascual Ortiz Rubio, para que antes del 31 de agosto de ese mismo año, emitiera la Ley del Seguro Social Obligatorio. La pronta renuncia del Presidente impidió que este dictamen se cumpliera

En 1934, se elabora un anteproyecto de Ley del Seguro Social, por encargo del Presidente Abelardo Rodríguez

Durante el sexenio de Lázaro Cárdenas, los distintos colaboradores del Presidente compitieron entre sí para estructurar la Ley del IMSS, cuya aprobación parecía segura en razón del inminente crecimiento de la planta productiva y de la política de bienestar impulsada por el general Cárdenas. Así, en 1935 el Departamento del Trabajo envió a la Cámara un proyecto de Ley; el Departamento de Salubridad Pública entregó al Presidente su propio Plan; la Oficina de Estudios de la Presidencia hizo lo mismo; la Secretaría de Hacienda igual y, finalmente, entre ésta y la Secretaría de Gobernación confeccionaron el proyecto que el Presidente envió al Congreso el 27 de diciembre de 1938, mismo que fue rechazado por la Cámara de Diputados con el argumento de que carecía de bases actuariales. ¿Por qué el general Cárdenas, tan preocupado por el bienestar de los trabajadores, no presionó para que se autorizara dicha Ley? Una explicación convincente la ofrece Ricardo Pozas, quien afirma que después de tres años de intensa actividad reformadora, que culminaron con la expropiación petrolera, la oposición interna y extranjera hacia el Presidente lo habrían obligado a moderar su política social¹⁹. Habría que agregar que quizás, adicionalmente, Cárdenas preveía poca aceptación obrera hacia la citada Ley -por no decir rechazo, como en efecto ocurrió cuando se aprobó cinco años después-, y que en esas condiciones prefirió heredar a su sucesor dicha responsabilidad²⁰.

Cuando Ávila Camacho toma el poder, después de enfrentar la oposición de Almazán, su primera tarea fue "restablecer la confianza de los inversionistas", y convencerlos de que modificaría la política seguida por su predecesor. "El gran objetivo de Ávila Camacho consistía en aprovechar al máximo la coyuntura que ofrecía la guerra mundial para industrializar al país... la idea era que, sin rechazar en lo más mínimo al capital extranjero, había que

¹⁹ Ibid, pag. 33

²⁰ Por otra parte, Cárdenas tampoco hubiera deseado un enfrentamiento, así fuera mínimo, con las organizaciones de masas (sindicatos y partidos), cuyo apoyo le era indispensable para el afianzamiento de su proyecto de nación.

desarrollar una infraestructura industrial... En realidad todos los patrones obtuvieron facilidades enormes, que iban desde la exención de impuestos, subsidios, créditos, aligeramientos de trámites y franca complicidad en muchos casos²¹. Para el proyecto industrializador de Manuel Ávila Camacho, resultaba obligada la creación de una institución encargada de garantizar la atención médica y la protección económica de los trabajadores, por lo que finalmente, el 23 de diciembre de 1942, la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de Ley del Seguro Social; el 19 de enero se publicó el decreto correspondiente en el Diario Oficial de la Federación; el 1º de junio de ese mismo año se da inicio a la afiliación de patrones y trabajadores en el D.F., y el 1º de enero de 1944 el IMSS empieza la prestación de sus servicios.

Es conocida la abierta oposición que el Seguro Social enfrentó tanto por parte de patrones como de trabajadores, misma que se manifestó en amparos, marchas de repudio, secuestros y vandalismo. A los trabajadores molestaba, sobre todo, el hecho de que tuvieran que aportar por anticipado sus cuotas, siendo que -por inicio de operaciones- el servicio lo recibirían con posterioridad. Influyó también la disputa por la dirección de las organizaciones sindicales, que se dio entre los recién estrenados líderes oficiales y las izquierdas lombardista y radical. Como respuestas corporativas, el Seguro Social encontró oposición entre los médicos, quienes se quejaban de que no se les hubiera incluido, como gremio, en el Consejo Técnico del Instituto; entre los cooperativistas, particularmente de los periódicos La Prensa y Excélsior; en el Frente Nacional Proletario, integrado por trabajadores disidentes de diversos sindicatos y por agrupaciones de izquierda. La Confederación de Trabajadores de México, CTM, con Fidel Velázquez a la cabeza -en 1942!- se ganó los favores presidenciales al apoyar la iniciativa de Ley. Por su parte los empresarios, a través de sus diversas cámaras y asociaciones, se opusieron a determinadas cláusulas, específicamente aquellas referidas a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Interpusieron amparos, apelaron, presionaron y cabildearon, pero al final aceptaron²².

La puesta en marcha del Seguro Social en 1943, respondió a la dinámica particular que vivió nuestro país durante las primeras cuatro décadas del

²¹ José Agustín. Tragicomedia Mexicana I. La Vida en México de 1940 a 1970, ed. Planeta, México, 1990, pag. 18

²² Su respuesta final fue por demás boba y lastimosa: *los socialistas se fijan solo, ¡claro está! en las clases asalariadas; pero en realidad los patrones y capitalistas suelen ser los proletarios de mañana*. Citado en Ricardo Pozas. op. cit. pag. 44

presente siglo. Es resultado de la ideología de la Revolución Mexicana y, junto con PEMEX y la industria eléctrica, sirvió de plataforma para el impresionante crecimiento observado por la economía mexicana durante los siguientes 30 años, descrito de la siguiente forma por Héctor Aguilar y Lorenzo Meyer: "Entre 1940 y 1960, la producción nacional aumentó en 3.2 veces y entre 1960 y 1978, 2.7 veces; registraron esos años un crecimiento anual promedio de 6%, lo que quiere decir sencillamente que el valor real de lo producido por la economía mexicana en 1978 era 8.7 veces superior a lo producido en 1940, en tanto que la población había aumentado sólo 3.4 veces"²³.

Otra característica peculiar de México consistió en que, a diferencia de Alemania e Inglaterra, en nuestro país no hubo un crecimiento natural del sector manufacturero y de la industria en general. El capitalismo y la industrialización mexicana fueron promovidas desde el propio Estado, ya sea mediante la creación de empresas paraestatales que inyectaron dinamismo a la economía, o bien financiando a la iniciativa privada "con privilegios fiscales y rentas proporcionadas por un amplio conjunto de barreras arancelarias y no arancelarias y por una sobreregulación que impidió la libre entrada de productores en muchos mercados"²⁴.

1.3 LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

De acuerdo con el artículo 2º de la Ley del Seguro Social aprobada en diciembre de 1942, se considera la existencia de las cuatro ramas de aseguramiento que a continuación se anotan:

- 1) Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
- 2) Enfermedades no profesionales y maternidad
- 3) Invalidez, vejez y muerte, y
- 4) Cesantía involuntaria en edad avanzada

Al comparar estos seguros con los planteamientos expuestos por Beveridge, pudiera concluirse que en realidad el Seguro Social mexicano tardó mucho en aparecer y nació obsoleto, ya que mientras en el seguro inglés de 1942 se

²³ Héctor Aguilar Camín y Lorenzo Meyer. A La Sombra de la Revolución Mexicana, ed. Cal y Arena, México, 1993, pag. 193

²⁴ Pedro Aspe Armella. El Camino Mexicano de la Transformación Económica, ed. F.C.E., 1ª reimpresión, México, 1993, pag. 156

consideró la importancia de los factores educativos y de preservación y cuidado de la salud, así como la cobertura universal del servicio (mediante el concepto de ciudadanía), en el seguro mexicano de 1943, las cuatro ramas incorporadas atendieron sobre todo los aspectos curativos del proceso salud-enfermedad, y asistenciales en el caso de las retribuciones económicas, teniendo una cobertura de carácter limitado. Esta comparación, sin embargo, no es del todo justa, ya que los modelos teóricos son una abstracción de la realidad, y al mismo tiempo tienen que aproximarse lo más posible a ella, si es que pretenden ser funcionales. El modelo inglés era útil como referencia, pero no respondía a las condiciones del México de los 40 y -no hay que olvidarlo- tenía una experiencia acumulada de casi medio siglo de operación.

Si bien durante sus primeros años de existencia el Seguro Social mexicano cubrió únicamente los seguros médico y económico, esta situación se modifica en agosto de 1956, al publicarse en el Diario Oficial del 2 de agosto de ese año, el decreto mediante el cual el entonces Presidente Adolfo Ruiz Cortínez, modifica la Ley del IMSS, adicionándole el *Reglamento de los Servicios de Habitación, Previsión Social y Prevención de Invalidez*. En su artículo octavo, dicho reglamento autoriza al Seguro Social el establecimiento de los "servicios que juzgue necesario para la prevención de enfermedades e incapacidad para el trabajo y la difusión de conocimientos y prácticas de previsión social, mediante las siguientes actividades:

- a) Cursos de enseñanza oral, escrita, teórico y práctica
- b) Educaciones médico-higiénica y materno-infantil, y orientación sanitaria
- c) Radio, cinematógrafo y televisión
- d) Representaciones teatrales, conciertos, recitales y publicaciones de toda índole
- e) Fomento a la práctica de deportes y organización de eventos y agrupaciones deportivas
- f) Organización de reuniones periódicas o de asociaciones permanentes que realicen los mismos fines de difusión de enseñanza y de práctica²⁵

Puede afirmarse que es en ese momento cuando el Seguro Social mexicano inicia su tránsito hacia el concepto moderno de Seguridad Social. La salud se vincula explícitamente con actividades educativas y culturales, y se otorga un papel preponderante a la participación comunitaria en los programas

²⁵ Miguel García Cruz, op. cit. pag. 259

instrumentados por el Instituto. En 1956 se da también la incorporación de campesinos, al considerar a las sociedades de crédito ejidal, de crédito agrícola y a los temporaleros, como sujetos de aseguramiento; se incluye a los accidentes en tránsito como accidentes de trabajo y se logran mejoras en los pagos de incapacidades y pensiones. A través de la *Declaración de México*, presentada durante la realización de la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, se acordó "Ampliar el radio de acción de los seguros sociales hacia una concepción integral y de seguridad general... iniciar, desarrollar y ampliar las prestaciones familiares y sociales en favor del progreso individual, familiar y de la comunidad de que se forma parte... Se daba forma así a un largo proceso de definición conceptual que culminaba en la aceptación internacional de la seguridad social integral, que no es otra cosa que la incorporación a la concepción original del seguro social de tres procesos: de servicios sociales, de solidaridad social y de ampliación de la cobertura a la población no derechohabiente"²⁶

²⁶ Roberto Gallaga, op. cit. pag. 259

2. SURGIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL IMSS

2.1 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN

Para principios de la década de los cincuenta, era claro en el Seguro Social que los problemas de salud no podían resolverse mediante modelos curativos exclusivamente. "En 1952, el Instituto ya había observado un crecimiento desproporcionado de las prestaciones en servicio y en especie, e identificaba los siguientes problemas: índices de morbilidad más altos que los supuestos; ignorancia de la prevención de enfermedades y de los riesgos por parte de los derechohabientes y, en consecuencia, inadecuada utilización de los servicios"²⁷.

Con las modificaciones efectuadas a la Ley del IMSS en 1956, se pretendió resolver esta problemática a través de la creación de una infraestructura no médica, que incidiera en los hábitos y costumbres de la población. Los supuestos que guiaron esta determinación fueron los siguientes:

-La salud no puede alcanzarse en condiciones de vida individual y familiar adversas

-El individuo debe participar activamente en la promoción de su salud

-El desarrollo de la sociedad dependerá del grado en que sus integrantes adquieran conocimientos, procuren su superación personal y realicen actividades productivas

Al consultar los textos de esa época referidos al Seguro Social, se percibe una imagen recurrente: la confianza en el futuro. Una aproximación rápida nos muestra los siguientes cuadros: estabilidad interna; instituciones jóvenes emanadas de la Revolución; la mujer adquiere plenos derechos ciudadanos; los sindicatos participan activamente en programas de alfabetización; existen recursos y éstos se invierten en la construcción del México moderno: despunta la época del llamado *milagro mexicano*. Ciertamente el entorno económico no resultaba del todo favorable para las grandes mayorías, pero el optimismo era

²⁷ IMSS. 1943-1983: 40 Años de Historia, México, 1983, pag. 147

la nota predominante en los proyectos que entonces iniciaban. El IMSS contribuía al desarrollo del país construyendo unidades habitacionales, clínicas, centros vacacionales, guarderías, deportivos, teatros y centros de seguridad social. Todo estaba por hacerse en un período en donde el desarrollo estabilizador rendía sus primeros frutos. La demografía del país se multiplicaba y la ciudad aparecía como el gran escaparate urbano. El sexenio de Lázaro Cárdenas consolidó el mito de los *gobiernos revolucionarios*, y revistió al estado de un tutelaje patriarcal y omnisciente -de lo cual el general Cárdenas tuvo oportunidad de arrepentirse durante mucho tiempo, según nos refiere Arnaldo Córdova²⁸.

A continuación se muestra la estructura de los servicios que el Instituto otorgaba en el año de 1965, misma que recoge las sugerencias planteadas en la *Declaración de México* (1960):

PRESTACIONES MÉDICAS

Enfermedades no profesionales

Enfermedades profesionales

Accidentes en el trabajo

Maternidad

PRESTACIONES ECONOMICAS

Subsidios por enfermedad

Subsidios por accidentes de trabajo

Ayuda para funerales

Ayuda para matrimonio

Subsidios por maternidad

Ayuda para lactancia

Pensiones por vejez

Pensiones por invalidez

Pensiones por viudez y orfandad

PRESTACIONES SOCIALES

Centros de Seguridad Social

Actividades deportivas

Actividades artísticas

Actividades de bienestar

Teatros

Centros de Adiestramiento técnico

²⁸ Arnaldo Córdova. *La política de Masas y el Futuro de la Izquierda*, en Cuadernos Políticos, n° 19, enero-marzo, México, 1979, pag. 22

Las prestaciones sociales, desde su creación hasta la fecha, han mostrado un comportamiento bastante flexible, lo cual se explica por el carácter discrecional que las rige, y por la fuerte vinculación de sus programas con la dinámica social. Una vez que se asumió a la salud como el resultado de prácticas culturales y comunitarias específicas, y no como producto infalible de modelos curativos, el campo de acción de las prestaciones sociales tuvo ante sí un escenario complejo y heterogéneo, que se ha modificado continuamente en función de que la realidad histórico-social también sufre transformaciones. Sin duda los factores políticos han igualmente influido, aunque esto resulta más difícil de documentar debido a que las decisiones se presentan como resultado de procesos administrativos racionales, y se ocultan los valores y las motivaciones políticas de quienes tienen responsabilidades directivas. No es intención del presente trabajo explicar este fenómeno, y se cita sólo para dar entrada a la siguiente cronología:

ETAPAS DE LAS PRESTACIONES SOCIALES

1946 Establecimiento de 60 Centros de Alfabetización. El área depende del Departamento de Acción Social, a cargo del escritor Mauricio Ocampo.

1950 Funcionamiento de los centros de educación popular y de seguridad social, destinados a promover la alfabetización y la enseñanza popular.

Funcionamiento del Departamento de Prensa, Publicidad y Acción Social, a cargo del Sr. Eduardo Alonso Escárcega.

1955 Funcionamiento de los clubes de la asegurada.

El 26 de septiembre se clausuran, en el Auditorio Nacional, los cursos de primeros auxilios y seguridad social, impartidos en las clínicas del IMSS.

1956 El 19 de enero, durante la conmemoración del XIII aniversario de la promulgación de la Ley del IMSS, se anuncia el establecimiento de las casas de la asegurada, en donde se pretendía que las mujeres pudieran

instruirse, capacitarse y adquirir conocimientos básicos de higiene, primeros auxilios e incluso de "moral y buenas costumbres".

El 2 de agosto se publica en el Diario Oficial el *Reglamento de los Servicios de Habitación, Previsión Social y Prevención de Invalidez*.

Para fines de año funcionan 14 casas de la asegurada en el D.F., Jalisco, Veracruz y Sonora.

1958 El Presidente Adolfo López Mateos nombra como director del IMSS al Lic. Benito Coquet, gran impulsor de las prestaciones sociales.

Para este año funcionan 43 casas de la asegurada. Adicionalmente funcionan 55 misiones médico-sociales, con objetivos similares, en distintas comunidades del país.

En este año se crea el Departamento de Prestaciones Sociales, a cargo de la Lic. Margarita García Flores.

1960 Realización de la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social en donde se divulga la *Declaración de México*.

Las casas de la asegurada se convierten en centros de seguridad social para el bienestar familiar. Se establecen 58 de estas unidades en toda la República, con el objetivo de brindar espacios formativos a las familias de los derechohabientes. Las diversas actividades se agruparon en tres programas:

- i) Cuidados de la salud
- ii) Actividades familiares del hogar
- iii) Actividades de iniciación cultural

El 18 de abril de ese año se protocoliza el Patronato de Teatros del IMSS, integrado por entre otras, las siguientes personas: Rafael Lebrija, presidente; José Gorostiza, vicepresidente; Julio Prieto, gerente general. Se inicia la construcción de 17 teatros a nivel nacional. A partir de este momento se otorga un impulso, inusitado en México, a la actividad teatral, por lo cual se acuñó el término de "época de oro del teatro en el IMSS".

Se crean los centros juveniles de seguridad social, cuyo objetivo era que "los jóvenes practicasen un conjunto de actividades organizadas que ayudaran a lograr su madurez mental, física, emocional, social y cívica, y pudieran enfrentarse a la vida con responsabilidad"²⁹. Estos Centros operaron únicamente con población masculina.

1962 Los centros juveniles se convierten en centros de adiestramiento técnico. "El cambio consistió en que la capacitación se extendió a toda la población, tanto hombres como mujeres, de cualquier edad. Se consideró entonces que al promover el desarrollo a través de la capacitación y el adiestramiento, se podría obtener un bienestar colectivo mayor y se contribuiría a mejorar el nivel de vida de la población del país"³⁰.

1964 Para este año funcionan 79 centros de seguridad social en toda la República.

1965 A los centros de adiestramiento técnico se les agrega la frase "y capacitación para el trabajo", con lo cual sus actividades adquieren un perfil de mayor solidez para que tanto hombres como mujeres pudieran integrarse al mercado laboral.

1967 Creación de los centros de capacitación para la industria hotelera.

1973 Modificaciones a la Ley del IMSS. Los servicios de prestaciones sociales se incluyen como capítulo único del título cuarto, se clasifican como de "ejercicio discrecional" para la institución, y se redefinen los programas que los integran.

Se crea la Jefatura de Servicios de Prestaciones sociales, a cargo de la profr. Griselda Alvarez.

1974 Creación del Instituto de Capacitación para el Adiestramiento Ejidal, ubicado en Yecapixtla, Morelos. En 1978 se transforma en Instituto de Capacitación Campesina, y en 1982 se cede en comodato al Sindicato de Trabajadores de la Industria Azucarera.

²⁹ IMSS, op. cit. pag. 164

³⁰ Jaime González Graf. La Modernización de las Prestaciones Sociales en el IMSS. documento de trabajo, IMSS, México. 1992, pag. 13

- 1978 En este año se fusionan las actividades de los centros de seguridad social y de los centros de adiestramiento técnico y artesanal, mismos que se abocaron a satisfacer las "necesidades de capacitación y adiestramiento de diversos puestos de trabajo"³¹. Pueden mencionarse como ejemplo de los cursos que en ellos se impartían, los de bordado industrial, básico secretarial, electricidad industrial, sastrería, torno y dibujo mecánico, entre otros.
- 1984 La Jefatura de Prestaciones Sociales se convierte en Subdirección, quedando a cargo de la Lic. Margarita Gonzalez Gamio. Durante esta administración, el IMSS se hace cargo del Programa de Integración de la Mujer al Desarrollo -PINMUDE- mediante el cual las actividades de prestaciones sociales se extienden a 2070 colonias seleccionadas en 23 entidades federativas.
- 1985 La infraestructura de prestaciones sociales sirvió para alojar a los damnificados de los sismos del 19 de septiembre de este año.
- 1987 La Coordinación General de Prestaciones Sociales, a cargo del Lic. Gastón Martínez Matiella, reorienta sus actividades "incorporando al quehacer cotidiano la identificación de los problemas de salud que afectan al socioalumno, a los niños de las guarderías y a su núcleo familiar"³². Como herramienta de trabajo para el cumplimiento de este propósito, se diseña una *cédula de identificación de factores de riesgo*, misma que es aplicada a cada uno de los socioalumnos asistentes a las unidades operativas. Dicha cédula forma parte del Programa Institucional de Fomento de la Salud, el cual es manejado por el área de prestaciones sociales.
- 1991 La Lic. Lourdes Martínez Medellín es nombrada Coordinadora de Prestaciones Sociales. En su administración se lleva a cabo un proceso de redistribución de funciones y áreas, que incluyó el despido y reubicación de un número importante de trabajadores.
- 1992 El Lic. Emilio Gamboa Patrón designa como titular de la Jefatura de Prestaciones Sociales al escritor Julio Derbez del Pino, quien se

³¹ IMSS, op. cit. pag. 168

³² Reorientación de las Prestaciones Sociales, en Cuestión Social, n° 10, diciembre de 1987, IMSS, México, pag. 90

aboca a establecer las bases para su modernización -cuya necesidad era obvia a partir de ese momento. Destacan en esta administración la elaboración de diagnósticos, el cobro de cuotas en determinadas actividades, la mayor vinculación con otras áreas del propio Instituto, y la revisión y adecuación de las estructuras programáticas de las Subjefaturas de Desarrollo Cultural y de Bienestar y Desarrollo Social; la creación de la Dirección de Deporte y Cultura Física; de la Subjefatura de Planeación y de la Unidad de Atención a Pensionados y Jubilados.

1993 Javier López Moreno se hace cargo de la Coordinación y da continuidad a las acciones de modernización establecidas por el Director General para las prestaciones sociales y para el Instituto en general.

1994 El Lic. Rubén Fernández Meré es nombrado titular de la Jefatura de Prestaciones Sociales, cargo que a la fecha desempeña.

2.2 SITUACIÓN ACTUAL

FUNDAMENTO LEGAL. A partir de 1973 se incluyó en la Ley del IMSS el Título cuarto, capítulo único, denominado "De los servicios sociales", cuyo clausulado se reproduce parcialmente a continuación:

Artículo 232. Los servicios sociales de beneficio colectivo a que se refiere el artículo 8º de esta Ley, comprenden:

- I. Prestaciones sociales; y
- II. Servicios de solidaridad social.

Artículo 233. Las prestaciones sociales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

Artículo 234. Las prestaciones sociales serán proporcionadas mediante programas de:

- I. Promoción de la salud difundiendo los conocimientos necesarios a través de cursos directos y del uso de medios masivos de comunicación;
- II. Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios;
- III. Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda;

- IV. Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas y en general de todas aquellas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre;
 - V. Regularización del estado civil;
 - VI. Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo a fin de lograr la superación del nivel de ingresos de los trabajadores;
 - VII. Centros vacacionales y de readaptación para el trabajo;
 - VIII. Superación de la vida en el hogar, a través de un adecuado aprovechamiento de los recursos económicos, de mejores prácticas de convivencia y de unidades habitacionales adecuadas;
 - IX. Establecimiento y administración de velatorios, así como otros servicios similares;
- y
- X. Los demás útiles para la elevación del nivel de vida individual y colectivo

Las prestaciones a que se refiere este artículo se proporcionarán por el Instituto sin comprometer la eficacia de los servicios de los ramos del régimen obligatorio, ni su equilibrio financiero.

Artículo 235. Las prestaciones sociales son de ejercicio discrecional para el Instituto Mexicano del Seguro Social, tendrán como fuente de financiamiento los recursos del ramo de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. La Asamblea General anualmente determinará la cantidad que deba destinarse a dichas prestaciones.

Esta reglamentación persiste hasta la fecha. Su obsolescencia es notoria en ciertos párrafos, como el referido a la regularización del estado civil, que si bien da cuenta del rezago normativo en el que se tiene a las prestaciones sociales, esto no les afecta tanto como el hecho de que -en una situación del todo anómala- se mantenga al ramo de invalidez, vejez, cesantía y muerte, como su única fuente de financiamiento. En efecto, la ausencia de un canal apropiado para la asignación de recursos económicos, ha sido uno de los mayores obstáculos a que se ha enfrentado el área de prestaciones sociales, y en gran medida es la causante de la crisis por la que atraviesa.

Los incisos VII y IX no corresponden a la estructura actual, ya que tanto los centros vacacionales como los velatorios dependen de otras áreas del Instituto. Aun así, quizás no sea recomendable su modificación, en virtud de que, como se mencionó líneas arriba, los cambios por razones políticas y administrativas no son la excepción en el área de prestaciones sociales y, por lo tanto, nadie garantiza que al cabo de unos años no se reintegren a su estructura original.

RECURSOS HUMANOS. Se desconoce el número exacto de trabajadores adscritos a las áreas operativas y normativas de prestaciones sociales. Una

cantidad aproximada y creíble es la de 5,000 personas, entre instructores, orientadores, trabajadoras sociales, directores de unidad, analistas, promotores, secretarías, jefes de área, de departamento y titulares. A nivel nacional, con este recurso humano, se atendió durante 1992 a 873,323 personas en las distintas actividades de Bienestar Social, Desarrollo Cultural y Cultura Física y Deporte. Las asistencias anuales por este concepto alcanzaron un total de 32 millones. Por otra parte, en ese mismo año, los teatros del IMSS escenificaron un total de 9,265 funciones y tuvieron una asistencia de 3 millones de espectadores.

No se cuenta con datos de la población atendida por prestaciones sociales en la década de los 60, pero sí se tiene el dato de cuántos trabajadores había en esa área durante 1965: 3,088³³. Es decir, aproximadamente el 60 % de lo que se tiene en 1994, mientras que la cobertura institucional pasó de casi 3.5 a 50 millones de derechohabientes durante ese mismo lapso.

La falta de personal es uno de los problemas más graves que padece el Instituto. El caso de prestaciones sociales es una muestra alarmante de ello. Otro aspecto relacionado con este inciso, es el que se refiere al tipo de contratación laboral que rige a una gran parte del personal docente, en particular al adscrito al área de Desarrollo Cultural, cuyas jornadas de trabajo están estructuradas de tal manera que los orientadores asisten a sus salones de clase sólo dos veces por semana, y priva entre muchos de ellos una gran apatía e indolencia respecto de la calidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Bajos salarios, tipo de contratación, falta de espacios y de implementos de trabajo, así como el deterioro del equipo, entre otras causas, han contribuido al detrimento de muchas de las actividades realizadas actualmente por el área de prestaciones sociales.

INFRAESTRUCTURA. De acuerdo con la Memoria Estadística del IMSS correspondiente a diciembre de 1992, prestaciones sociales contaba con la infraestructura que se muestra a continuación:

³³ Alberto Ávila Sánchez. Las Prestaciones Sociales en el Régimen del Seguro Social Mexicano, documento monográfico, México, 1965, pag. 88

cuadro 1

TIPO DE UNIDAD	NUMERO
Centros de Seguridad Social	123
Centros de Artesanías	3
Centros Culturales	1
Unidades Deportivas	24
Teatros Cubiertos	38
Auditorios al Aire Libre	36
Centros IMSS-Solidaridad (1)	41
Centros de Extensión de Conocimientos (2)	1693

(1) Iniciaron operaciones en 1992

(2) Operados con infraestructura comunitaria y mediante personal docente voluntario

Fuente: Memoria Estadística 1992, IMSS, Subdirección General de Finanzas

El crecimiento notorio que tuvo la infraestructura de prestaciones durante la década de los 60, y que para el año de 1969 alcanzaba un total de 196 unidades operativas, se redujo sensiblemente durante los siguientes años. Si exceptuamos a los Centros de Extensión de Conocimientos y a los Centros IMSS-Solidaridad, para 1992 dicha cantidad llegaba apenas a las 225 unidades. Esto significa que en 30 años hubo un crecimiento del 15 %, mientras que la población asegurada observó el siguiente comportamiento:

cuadro 2

AÑO	TOTAL DERECHOHABIENTES	%
1944	355,527	0
1969	9,076,408	2552.9
1990	38,575,140	425.0

Una forma de suplir este decrecimiento fue por medio de estrategias de vinculación comunitaria, a través de las cuales el Instituto logró incrementar su cobertura social, manteniendo prácticamente fijas sus instalaciones. Tal es el caso de los C.E.C., que son espacios proporcionados por la propia

comunidad, en los cuales los alumnos más adelantados imparten determinados cursos. Un ejemplo más reciente son los centros IMSS-Solidaridad, apoyados con presupuesto del gobierno federal a través del programa Solidaridad. De cualquier forma, es notoria la disparidad entre el crecimiento de la infraestructura de prestaciones sociales y el de la población asegurada.

Otro problema igualmente grave lo constituye la invasión de los espacios de prestaciones sociales por parte de otras áreas delegacionales, tales como las de conservación, administración, servicios médicos, e incluso en algunos casos por parte del propio delegado estatal. Ciertamente dicho fenómeno responde al insuficiente crecimiento físico que en general ha tenido el IMSS, y que particularmente hizo crisis durante la década de los 80. Sin embargo, esto no debería afectar a las instalaciones destinadas por ley para el cumplimiento de una de las actividades sustantivas del Instituto.

3. FUTURO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL IMSS

3.1 PRIVATIZACIÓN

La privatización de las empresas públicas ha sido uno de los puntales de la reforma del Estado mexicano: "Durante los últimos nueve años el gobierno ha desincorporado prácticamente entidades en todos los sectores de la actividad económica: desde ingenios hasta hoteles, líneas aéreas, telecomunicaciones, el sector bancario y la industria del acero. De 1155 empresas bajo control estatal en 1982, se ha desincorporado un total de 950 más otras 87 que se encuentran en proceso de desincorporación. Esto se ha traducido en ventas acumuladas por 43 billones de pesos (aproximadamente 5% del PIB), y la transferencia de 250 mil empleados al sector privado hacia fines de 1991"³⁴.

Este fenómeno de ninguna manera es privativo de México, sino que forma parte de las estrategias económicas en uso a nivel mundial, y se inserta en la etapa del fin del Estado benefactor. Michel Crozier, por ejemplo, habla del Estado modesto como sinónimo del Estado moderno, aunque establece que no basta un adelgazamiento del aparato estatal; es indispensable -nos dice- una administración estatal eficiente, y una nueva relación Estado-sociedad³⁵.

Con entusiastas promotores internos y externos, el discurso de la privatización ha permeado en México las esferas académicas, políticas y, por supuesto, empresariales, y puede decirse que se ha convertido en una demanda reiterada de algunos sectores de la *sociedad civil*.

El primer gran peligro de esta *popularización* del concepto radica en que, convertido en paradigma, ofrece una visión maniqueísta del mundo: la administración estatal es mala por naturaleza, y la privatización es la solución de todos nuestros males. Háblese de ingenios azucareros o de fertilizantes, de puertos marítimos o de cultura, de educación o esparcimiento, la palabra mágica es ¡privaticemos!

³⁴ Pedro Aspe, op. cit. pag. 154

³⁵ Michel Crozier. Estado Modesto, Estado Moderno, ed. F.C.E. 2ª edición, México, 1992

¿Qué ocurriría con las prestaciones sociales en caso de ser privatizadas? ¿Es posible su privatización?

Una primera respuesta, más de carácter intuitivo que analítico, apuntaría que no es recomendable privatizarlas. ¿Por qué?

1. Infraestructura. La venta de los inmuebles: teatros, unidades deportivas, centros de seguridad social, centros de artesanías, auditorios, etc., representaría para el Instituto una disminución considerable de sus activos fijos, a la vez que un incremento mínimo del circulante. Ni el estado físico de los inmuebles ni su ubicación, y mucho menos lo especializado de su construcción, instalaciones y equipamiento, hacen pensar en una transacción ventajosa para el IMSS. Esto es, quien llegara a comprar un auditorio al aire libre en Chetumal, un teatro en Cd. Mante, una unidad deportiva en Tuxtla Gutiérrez o un centro de seguridad social en San Luis Río Colorado, no lo haría pensando en utilizarlos como tal para cerrar el negocio de su vida. Tiraría la construcción y utilizaría el terreno... es, decir, apostaría a la plusvalía, que no es precisamente muy alta. Vender los inmuebles de prestaciones sociales a su precio de mercado no sería un buen negocio para el IMSS (ni para el comprador, en caso de que lo hubiera).

2. Recursos Humanos. ¿Qué se haría con los 5,000 empleados adscritos al área? Quizá una parte pudiera reubicarse, pero a la gran mayoría habría que liquidarlos, y considerar tanto los costos económicos como políticos de esta medida. La opción de capacitarlos para que desempeñaran otras actividades dentro del propio Instituto, es una alternativa que se antoja francamente titánica. Con sólo comparar sus currículas y los perfiles de egreso deseados, se tendrá una idea aproximada del reto: ¿Cómo será un balance de resultados hecho por un maestro de natación; o unos análisis de VIH practicados por una maestra de corte y confección; cuánta habilidad tendrá un artesano enyesando tibias y peronés? Claro que en el colmo del pragmatismo cabe la posibilidad de encontrarles cualquier actividad. Por ejemplo, que impartan talleres de sus distintas disciplinas al propio personal del IMSS, en sus centros de trabajo, o bien a los derechohabientes mientras hacen antesala en las unidades de primer nivel, o a los familiares de éstos en las unidades de hospitalización. Algunos orientadores quizá podría abocarse a la atención específica de ciertos grupos de rehabilitación, como por ejemplo, recreación física para diabéticos; actividades teatrales para personas enfermas de los nervios, o clases de guitarra para contener las artritis; esto es, hacer una parte de lo que actualmente

realizan, sólo que en el estacionamiento de la clínica, o en el pasillo del hospital.

Estas dos reflexiones, repito, son de carácter intuitivo. En términos más analíticos habría que preguntarse ¿Qué haría la iniciativa privada con las prestaciones sociales y, más aun, son éstas "un buen negocio"? Debe aclararse que el término *iniciativa privada* -al igual que el de *sociedad civil*- es abstracto y encierra una cantidad impresionante de sujetos y conceptos. Iniciativa privada son el taquero de la esquina y el director de Teléfonos de México ¿En tanto actores sociales en qué se parecen estos personajes? Ambos realizan una actividad lucrativa, viven de ella y tratan siempre de maximizar sus beneficios . Esta y ninguna otra es la razón de ser de la iniciativa privada, y es el único punto en común que tienen el taquero y el accionista mayoritario de TELMEX.

Cuando los representantes empresariales demandan la privatización del IMSS, y específicamente de las prestaciones sociales, ¿realmente están pensando que sus afiliados van a organizar actividades comunitarias, educativas y culturales, y van a ganar dinero por ello? Aclaro que esto no es una descalificación de nadie. El taquero como individuo puede gustar de Mozart y tener suscripción de la revista *Vuelta*; y el ejecutivo a su vez puede patrocinar pintores y músicos oaxaqueños. Pero el taquero y el ejecutivo, como *agentes económicos*, invierten capital, buscan su recuperación y esperan ganar la mayor cantidad posible por haber utilizado su dinero. Nadie en su sano juicio invierte para perder. Por lo tanto, cuando nuestros empresarios demandan la privatización de las prestaciones sociales, o lo hacen para presionar con un discurso agresivo y esperan que el Instituto, al no privatizarlas, en compensación acceda a privatizar servicios que sí les interesan, como por ejemplo los de limpieza y lavado de ropa, o verdaderamente tienen una idea genial para hacer el gran negocio a costa de los derechos fundamentales del ser humano.

Otro sector del pensamiento empresarial, digamos que su brazo académico, no pide la privatización de las prestaciones sociales, sino su transferencia. De acuerdo con el Instituto Tecnológico Autónomo de México -ITAM-, el IMSS desempeña "Atribuciones que se le endilgaron (*sic*) en 1973 (actividades culturales, educativas y el establecimiento de centros vacacionales y de readaptación para el trabajo) las que, en efecto, son onerosas y que a fin de

cuentas corresponde ser cumplidas por otras instancias gubernamentales"³⁶. En el siguiente apartado se analiza qué tan onerosas resultan estas actividades, por lo que de momento sólo se menciona. Si es importante comentar en este espacio otro argumento del ITAM: "el IMSS ha invertido en actividades de bajo o nulo rendimiento que no corresponden a su responsabilidad primordial, como es el operar 17 teatros, 145 centros sociales y 4 centros vacacionales"³⁷ Hay que aclararles a los académicos del ITAM, que el IMSS no es una entidad encargada solo de curar gente y de otorgar pensiones. Éstas son, en efecto, dos de sus mayores responsabilidades, pero no las únicas, como puede comprobarse si se revisa su Ley:

Artículo 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

Artículo 8º. Con fundamento en la solidaridad social, el régimen del seguro social, además de otorgar las prestaciones inherentes a sus finalidades, podrá proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo, conforme a lo dispuesto en el título cuarto de este ordenamiento.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud modificó hace tiempo el viejo concepto de salud, que la identificaba con la ausencia de enfermedades, y asumió una visión más amplia, vigente hasta la fecha y avalada por México, que la asume como el completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo. Por su parte, "Un concepto aceptado de desarrollo es: el proceso tendiente a buscar una mejor *calidad de vida* a través del *bienestar* económico, social, cultural, político, científico y tecnológico de una comunidad"³⁸ Este es, justamente, el campo de acción de las prestaciones sociales.

3.2 DESINCORPORACIÓN

La desincorporación es el otro escenario probable para las prestaciones sociales.

³⁶ El Financiero, 15 de julio de 1993. El reportero reproduce el documento del ITAM, pero no cita al autor

³⁷ La Jornada, 13 de julio de 1993

³⁸ Francisco Mojica Sastoque, La Prospectiva, Técnicas para Visualizar el Futuro, cd. Legis, México, 1992, pag. 6

Ante todo hay que aclarar que desincorporación, en este caso específico, no equivale a privatización, sino a transferencia. Es decir, el IMSS transfiere al personal, infraestructura y programas de prestaciones sociales, a otras dependencias del gobierno federal. Los teatros irían al Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; las unidades deportivas a la Comisión Nacional del Deporte; los centros artesanales al Fondo Nacional para las Artesanías, y los centros de seguridad social a la Secretaría de Desarrollo Social.

Como ya se vió anteriormente, el ITAM no pide que se eliminen las actividades de prestaciones sociales, ni que se privaticen. Es decir, admite que son importantes y reconoce que a la iniciativa privada no le interesa manejarlas. ¿Qué supuestos, entonces, soportarían una decisión de esta naturaleza? Exclusivamente políticos. En este escenario no se presenta la disyuntiva de adelgazar o no al aparato estatal, ya que a fin de cuentas sería el mismo Estado, por medio de otras dependencias, el encargado de continuar manejando dichos programas. Esto es importante. Los analistas del ITAM piden que se desincorporen las actividades de prestaciones sociales porque suponen que el presupuesto ejercido por ellas es la causa de las múltiples carencias que presentan otras áreas del instituto, como la médica, o el rubro de jubilaciones y pensiones. Nada más falso que esto. El Instituto cuenta con una plantilla de 350,000 trabajadores, de los cuales alrededor de 5,000, menos del 1.5%, corresponden a prestaciones sociales. Si suponemos que en promedio los salarios de este personal son equivalentes a los de las otras áreas del Instituto, tendremos que el total de las erogaciones en prestaciones sociales, por concepto de pagos al personal, equivaldrán a este último porcentaje. El presupuesto de operación, sin tener los datos a la mano, debe representar un porcentaje todavía menor, puesto que desde hace varios años se han buscado mecanismos alternativos para la obtención directa de ingresos por parte de las unidades operativas de prestaciones sociales, y a la fecha se tienen resultados alentadores, aunque irregulares.

¿Qué cuenta presupuestal se afecta con las actividades sociales? Ya se mencionó en un apartado previo: el seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte. Esta sí es una situación que debe regularizarse lo antes posible, y que forma parte de las estrategias de modernización que se desarrollan en el siguiente apartado.

Además del equívoco económico, existe en el planteamiento del ITAM una confusión teórica. Las prestaciones sociales "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, ley del IMSS). Esto significa que su estructura programática y todas y cada una las acciones que realice en sus unidades operativas, deben encaminarse al cumplimiento de estos objetivos. Al impartir clases de danza regional, aerobics o alfabetización, el Seguro Social no pretende formar bailarines y atletas profesionales, ni busca quitarle clientela a la Secretaría de Educación Pública. Dichas acciones pretenden incidir en la salud del individuo, entendiéndolo que ésta es más el resultado de sus costumbres y prácticas cotidianas -cómo se alimenta, cómo vive, qué lee, cómo se divierte, en qué cree-, y es menos el resultado del número de camas, hospitales o médicos existentes en su región. Proponer que los teatros y los maestros de teatro del IMSS se transfieran al CNCA significa avalar la idea de que la cultura es solamente un hecho artístico y no un fenómeno social; proponer que las unidades deportivas se transfieran a la CONADE equivaldría a suspender las acciones de rehabilitación integral, de prácticas deportivas para pensionados y de atención especial a población minusválida, que actualmente realiza el Instituto en toda la República; Sugerir la desincorporación de los centros de seguridad social significaría dejar al Instituto en una situación similar a la que vivió el seguro social del canciller Otto Von Bismarck, en la Alemania del siglo XIX. Es decir, estaríamos en presencia de un verdadero acto de involución social.

3.3 MODERNIZACIÓN

Este es, además del tercer escenario probable, el escenario deseable para las prestaciones sociales en el IMSS. Empezaremos diciendo que, de acuerdo con nuestra Constitución Política, el fin primordial del Estado mexicano es fomentar el desarrollo integral de los individuos y establecer sistemas de relación fundados en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo de México. En esta tarea, las instituciones públicas encuentran su razón de ser; concurren en ella a través de sus respectivos programas y, dentro de sus ámbitos y circunstancias, generan actividades que en su conjunto buscan mejorar la calidad de vida de los mexicanos. La reforma del Estado no debe modificar estos preceptos sino, muy al contrario, buscar su consecución.

Documentos rectores de la acción gubernamental, como el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional para la Modernización de la Empresa

Pública, establecen los principios básicos que deben regir al desempeño institucional. Como entidad de "servicio con una clara función social", el IMSS y las distintas áreas que lo conforman *"no pueden ser juzgadas únicamente bajo criterios de costo/utilidad, sino principalmente a partir de su capacidad de respuesta efectiva en la atención de las demandas sociales de su competencia y del mejoramiento de la profesionalización de los recursos humanos que tienen adscritos"*³⁹; esto es, deben seguirse criterios de costo/beneficio social y, por ende, los parámetros de evaluación deben considerar indicadores de eficiencia social y productividad, más que de rentabilidad.

En función de lo anterior se considera que la modernización de las prestaciones sociales debe contemplar el establecimiento o reforzamiento de las siguientes medidas:

Adecuación del marco jurídico y establecimiento de una fuente de financiamiento exclusiva.

Deberán revisarse y modificarse los artículos 232 a 235 de la Ley del Seguro social, con la finalidad de adecuarlos a la nueva realidad que el país vive y, sobre todo, para estar en posibilidades de enfrentar el reto de mejorar la salud y el bienestar de la población asegurada. Es necesario modificar el carácter discrecional que las rige y sustituir al ramo de invalidez, vejez, cesantía y muerte como fuente de su financiamiento.

Discrecionalidad. Las prestaciones sociales deberán incluirse en el cuerpo del artículo 11 de la Ley del Seguro Social, como inciso VI, con la finalidad de que pasen a formar parte del régimen obligatorio. Es claro que esto implicaría un mayor compromiso para el Instituto con respecto a la población derechohabiente que demandara el servicio. ¿Cuáles son las posibilidades de que en un determinado momento se rebasara la capacidad instalada y se generaran problemas de saturación e incompetencia para atender la demanda? Las mismas que ahora existen, por ejemplo, en el régimen de guarderías, en donde las madres trabajadores esperan algún tiempo para poder inscribir a sus hijos. Quien deseara tomar cualquiera de los cursos de prestaciones sociales tendría previamente que hacer su solicitud y, en caso de que no hubiera lugar, esperar al siguiente semestre o cuatrimestre. También siguiendo el modelo de

³⁹ Programa Nacional Para la Modernización de la Empresa Pública, Diario Oficial de la Federación, 16 de abril de 1990

guarderías, podrían establecerse centros de seguridad social participativos, esto es, para alguna empresa en particular, con un esquema de gastos compartidos.

Financiamiento. En este rubro se proponen varios niveles o modalidades de participación que, en su conjunto, permitirán un desempeño sano y eficiente del área, así como posibilidades reales de crecimiento para la institución. En primer término se contempla que el **Gobierno Federal** realice una aportación del 2% adicional a las contribuciones que actualmente entrega. Estos recursos provendrían inicialmente de los fondos acumulados por el concepto de venta de empresas públicas, que según los lineamientos de política económica establecidos por el presente régimen, deben destinarse a fortalecer y mejorar el desempeño de las entidades estratégicas y prioritarias. Para los ejercicios posteriores, el presupuesto de egresos de la Federación absorberá dicho incremento. La mayor participación estatal concuerda con el carácter tripartita del Instituto y no violenta las aportaciones que históricamente han correspondido al gobierno federal, ya que como se observa en el siguiente cuadro, con las aportación adicionales que se sugieren, apenas se alcanzaría el nivel correspondiente a 1986:

Cuadro 3
INGRESOS POR CONTRIBUCIONES
(MILES DE MILLONES)

AÑO	GOBIERNO		PATRONES Y TRABAJADORES		OTROS	
1985	103.6	11.1%	783.9	84.2%	42.9	4.6%
1986	123.9	7.7%	1,377.0	86.4%	92.0	5.7%
1987	195.1	5.3%	3,234.6	88.6%	221.1	6.0%
1988	301.6	5.4%	6,751.6	90.5%	301.6	4.0%
1989	423.3	5.2%	10,662.9	91.1%	423.3	3.6%
1990	604.5	5.0%	14,377.7	91.1%	604.5	3.8%
1991	1,136.5	5.0%	20,933.3	92.7%	495.6	2.1%

Fuente: Jaime Gonzalez Graf. La modernización de las prestaciones sociales (con datos tomados del Tercer Informe de Gobierno 1991. Anexo pag. 389 "Ingresos y Egresos del IMSS")

Cuotas. Patrones y trabajadores estarían exentos del pago de este seguro, en la modalidad ordinaria. Sin embargo, para el esquema de centros de seguridad

social participativos, cuyos resultados en el caso de las guarderías han sido estimulantes, los costos de inversión y operación se compartirían. Esto significa que el Instituto podría operar inmuebles para alguna empresa en particular, en beneficio de sus trabajadores asegurados. Lo mismo ocurriría con los sindicatos. Los trabajadores y sus familiares que asistan a estas instalaciones no pagarían cuotas por el uso del servicio.

Adicionalmente, será necesario gestionar ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la exención de impuestos para aquellas aportaciones efectuadas por personas físicas o morales, destinadas a los programas de Desarrollo Cultural, Bienestar Social, y Deporte y Cultura Física. Esta medida, junto con el funcionamiento de los centros de seguridad social participativos, estimularía el crecimiento de las prestaciones sociales y permitiría una mayor participación de los grupos y sectores organizados.

Usuarios en general. Para la población que asiste a las instalaciones no participativas, se establecería una cuota de recuperación, manejada por la propia unidad operativa, y destinada a la compra de materiales, equipos, vestuario y demás implementos necesarios para la operación eficiente de los programas. De hecho esta medida ya viene operando en muchas delegaciones del Instituto. En el cobro de estas cuotas no se marcarían diferencias entre población derechohabiente y no derechohabiente, pero sí, a consideración del área de trabajo social de la propia unidad operativa, se podría exentar del pago a las personas de escasos recursos.

Fideicomisos. Los actuales fideicomisos de Teatros y Deportes serían las entidades encargadas de manejar y administrar los recursos provenientes por concepto de aportaciones y donativos. Los directores de cada uno de estos fideicomisos serán los responsables del manejo eficiente de dichos recursos. Deberán asimismo diferenciarse las cuentas susceptible de afectación vía fideicomiso, de aquellas que se ejercerán a través del presupuesto anual institucional.

Operación.

Orientadores. Es necesario revisar las condiciones laborales de muchos de los docentes adscritos a prestaciones sociales. El tipo actual de contratación impide avanzar en la búsqueda de modelos de enseñanza-aprendizaje más eficientes, y limita la capacidad de entrega de los maestros. Los orientadores

del área cultural, por ejemplo, tienen una clase de 3 horas, dos veces a la semana. Ganan poco y enseñan poco: este es el razonamiento. Muchos de ellos preferirían más tiempo de aula y un incremento salarial, porque de cualquier forma tienen las tardes libres, y sienten que no es posible cumplir con los contenidos del programa dadas las limitaciones de tiempo. A otros de plano no les interesan ni su clase ni su grupo, lo que quieren es jubilarse y cobrar su pensión.

Debe modificarse el renglón de horas discrecionales y establecerse criterios que estimulen la eficiencia del trabajador, y no su irresponsabilidad. Adicionalmente, contar con mayores recursos económicos permitirá que las plantillas del personal, actualmente disminuidas, puedan incrementarse en forma paulatina bajo un nuevo régimen laboral.

Capacitación. La profesionalización y capacitación del personal -tanto del área normativa como de las estructuras delegacionales- debe ser uno de los soportes del proceso de modernización. Es necesario que entre la formación académica y la experiencia operativa de los mandos intermedios y del personal docente, exista un sistema de retroalimentación funcional que por un lado les ayude a problematizar la realidad y los impulse a buscar respuestas novedosas y creativas en los modelos teóricos, y por el otro les permita confrontar a dichos modelos con sus muy particulares universos de trabajo.

La responsabilidad del servidor público en el campo de las prestaciones sociales enfrenta el reto de brindar servicios eficientes y de calidad; de involucrar a la comunidad con la cual trabaja en los procesos de planeación, realización y evaluación de los programas; de incentivar a los trabajadores para que sus actividades estén marcadas por el afecto, la responsabilidad y el compromiso; de buscar y apoyar la descentralización y las relaciones horizontales.

Todo lo anterior es posible sólo a través de la capacitación permanente. En este sentido la adquisición de conocimientos se convierte en una herramienta poderosa para atender las necesidades de desarrollo cultural, bienestar y salud que plantean los usuarios de las prestaciones sociales.

En este renglón es importante destacar que la mayor preparación académica debe mejorar las oportunidades de ascenso e ingreso económico de los trabajadores. No es posible que docentes preocupados por actualizarse y con actitudes aleccionadoras y estimulantes, ganen lo mismo que quien se muestra

desinteresado y apático. Por ello será necesario modificar los profesiogramas de los orientadores, de tal forma que se elimine la rigidez de su estructura actual y se incorporen indicadores que estimulen la preparación académica, la responsabilidad y la eficiencia terminal.

Cobertura. Es importante promover el establecimiento de los centros de seguridad social participativos, debido a que la operación de estas unidades en áreas cercanas a los centros de trabajo o unidades habitacionales, permitirá un seguimiento más eficiente del impacto que tienen las actividades sobre la población trabajadora, así como cruzar información con el área médica respecto de las patologías detectadas en esos grupos poblacionales. En la actualidad esto no es posible, ya que los asistentes, en un gran porcentaje, no son derechohabientes del IMSS, y por lo tanto no hay forma de establecer estrategias de atención integrales y conjuntas con el área médica. La opción de brindar el servicio exclusivamente a derechohabientes y suspenderlo para la población abierta resultaría injusto y discriminatorio, por lo que es preferible *acostumbrarse* a este hecho, y no marginar aun más a numerosos sectores cuya situación económica es ya de por sí complicada. En todo caso para efectos no clínicos, es decir, para realizar acciones *generales* de fomento a la salud, no importa la calidad jurídica, y sí importa la constancia e interés que el individuo ponga en preservar su propia salud.

Contenidos y currícula. Si bien el objetivo del Seguro Social no es el de formar especialistas y profesionales en las distintas disciplinas que imparte, su labor tampoco está peleada con la calidad dentro del aula y con la efectividad en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Por esta razón es necesario revisar los programas y planes de estudio, y vincularlos con los de aquellas instituciones dedicadas *exclusivamente* a labores docentes, como pudieran ser las escuelas del INBA, por ejemplo. Este argumento no contradice lo afirmado en el anterior escenario, puesto que se trata simplemente de que exista congruencia entre lo que enseña el IMSS y lo que imparten las escuelas especializadas. Siendo la población que asiste a los centros de seguridad social tan heterógena, es importante ofrecerles a todos la posibilidad máxima de cumplimiento de sus expectativas. Habrá quien esté interesado en tomar clases de danza contemporánea únicamente como terapia, pero quizá alguno de los alumnos tenga aptitudes y pueda ser canalizado, al final del curso, hacia una escuela que lo forme profesionalmente. Esto ha sido particularmente claro en las actividades artísticas y deportivas, en las que con mucha frecuencia el

Seguro Social capta jóvenes con un enorme potencial, a los cuales no puede impulsar debidamente por la ausencia de convenios con los centros educativos.

Por ello es necesario que las guías y programas didácticos contengan objetivos intermedios y terminales, de tal suerte que resulten funcionales para todos los que practiquen cualquier actividad de prestaciones sociales, sea que lo hagan por prescripción médica, por simple esparcimiento o porque pretendan ingresar posteriormente a instituciones especializadas.

Concertaciones. Estas deben responder a criterios diferenciados. Por un lado están aquellas instituciones u organismos públicos o privados, cuyos objetivos coinciden con los del IMSS y con las cuales pueden, en consecuencia, establecerse programas a mediano y largo plazo. Es el caso, por ejemplo, de la SEP, la SEDESOL, el Congreso del Trabajo, las cámaras patronales, el CNCA y la CONADE, por mencionar algunos. En este nivel procede la elaboración de bases de coordinación a la manera de convenios-marco, que definan los aspectos doctrinales, objetivos y responsabilidades de carácter general; en otro nivel se tendrían, como consecuencia de aquellas, las concertaciones de tipo local, necesarias para desarrollar los programas y para fortalecer la posición de las unidades operativas en sus respectivos ámbitos geográficos. Plantear el asunto de esta manera ofrece una ventaja adicional, que consiste en la posibilidad real de que las acciones de concertación satisfagan tanto las negociaciones cupulares y propiamente políticas -consustanciales a la administración pública-, como aquellas pertenecientes más al ámbito de la operación, es decir, de naturaleza instrumental.

El *leit motiv* de esta estrategia concertadora radica, fundamentalmente, en la cualidad holística del concepto de salud. Siendo ésta -la salud-, un fenómeno determinado por factores económicos, educativos, culturales y sociales, ninguna institución pública o privada podría proponerse su consecución actuando en forma excluyente. Por el contrario, es necesaria la vinculación intra e interinstitucional en términos de sistemas y subsistemas para poder concretar intervenciones efectivas en los procesos de salud-enfermedad. A fin de cuentas el problema de la preservación de la salud rebasa el ámbito institucional y responde tanto a las prácticas culturales de la población, como a la política social impulsada por el Estado mexicano. Por ello mismo adquieren mayor relevancia las propuestas de modernización de las prestaciones sociales, puesto que es a través de ellas como el Instituto incide positivamente en ese complejo espacio de la vida individual y colectiva: la salud.

Por otra parte, en el terreno de la participación comunitaria, las prestaciones sociales han alcanzado resultados satisfactorios, por lo cual este punto no se desarrolla en el presente trabajo.

Fomento de la salud. El Programa Institucional de Fomento de la Salud ha sido la estrategia adoptada por el IMSS para instrumentar las recomendaciones de Alma Ata. El objetivo general del programa es el de "mejorar la calidad y el nivel de vida de la población derechohabiente y grupos desprotegidos mediante la disminución y eliminación de los factores de riesgo. Todo ello con la participación activa de los trabajadores y la comunidad"⁴⁰. Este programa es coordinado por la Jefatura de Servicios de Salud Pública, y en él participa la Jefatura de Servicios de Prestaciones Sociales. Su actual diseño debe modificarse para permitir una colaboración más equilibrada entre estas dos Jefaturas, ya que la primera actualmente coordina y emite la normatividad, mientras que la segunda, apoyada en su infraestructura y en su personal, desarrolla el grueso de las acciones. Aunado a esto, el Programa de Fomento a la Salud requiere de una mayor congruencia entre el discurso institucional y los apoyos que en la realidad se otorgan al impulso de una educación para la salud. Es de sobra conocido que en muchos casos se suple a ésta con acciones simples de medicina preventiva, e incluso que se confunde a la estrategia de la Atención Primaria a la Salud con el esquema institucional de primer nivel de atención (las clínicas). La complejidad de este programa consiste en que justamente en él se refleja la relación que existe entre salud y sociedad. Quizá sea por ello que al IMSS le ha costado tanto trabajo ser coherente con su propio discurso y vencer las inercias de una atención personalizada y curativa, relegando a un plano secundario las acciones no clínicas, como las de prestaciones sociales y en general las de fomento a la salud.

Evaluación.

Finalmente cabe mencionar la importancia de buscar nuevos esquemas de evaluación de las actividades que realiza la Jefatura de Prestaciones sociales. La simple descripción cuantitativa, basada en metas alcanzadas y presupuesto ejercido, resulta obsoleta y disfuncional⁴¹. Este tema se menciona pero no se

⁴⁰ IMSS. Programa Institucional de Fomento de la Salud. 2ª fase, junio de 1993, pag. 18

⁴¹ El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo afirma que *los objetivos del desarrollo humano no pueden limitarse a metas cuantificables. Muchos aspectos importantes del desarrollo humano eluden la*

desarrolla, en virtud de que actualmente están en proceso de elaboración diversos protocolos de investigación encaminados a medir y evaluar el impacto de estos servicios.

cuantificación y sólo se pueden analizar en términos cualitativos. Por ejemplo, la educación de la población depende tanto de los años de escolarización como de la naturaleza de conocimientos que se imparten. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe Sobre Desarrollo Humano, 1993, CIDEAL, Madrid, 1993, pag. 22

EPÍTOME

El carácter monográfico de los dos primeros apartados, y propositivo del tercero, responde a las características propias del tema. Por supuesto éste no se agota con el presente trabajo y, en consecuencia, más que propuestas acabadas y definitivas, las ideas desarrolladas en estos apartados deben leerse como aportaciones modestas, cuya máxima aspiración es la de contribuir al fortalecimiento del área de prestaciones sociales dentro del IMSS. Tal es el espíritu que motivó la redacción de estas líneas.

Durante el desarrollo del tema se trató de responder a las preguntas planteadas al inicio del trabajo. ¿Es posible privatizar, desincorporar o modernizar a las prestaciones sociales del IMSS? Ni la privatización ni la desincorporación son escenarios viables. Por el contrario, como ya se demostró, es deseable y necesaria su modernización, entendida ésta como la instrumentación de una serie de medidas tendientes a eliminar las irregularidades jurídicas, operativas y laborales en las que actualmente se desenvuelven. Las prestaciones sociales deben tener su propia proyección y tienen que convertirse en instrumento privilegiado de la seguridad social y de la política social del Estado mexicano.

En vísperas del nuevo milenio, tras 40 años de desarrollo estabilizador y 12 de neoliberalismo, el pueblo mexicano se sigue muriendo de enfermedades gastrointestinales; la famosa etapa de "transición epidemiológica" ni es etapa ni es de transición. Más bien pareciera un estado de morbilidad permanente, agravado por la incorporación de nuevos virus y prácticas dañinas; existen 40 millones de pobres; la violencia y la inseguridad alcanzan niveles amenazadores; el crecimiento demográfico sigue siendo alto -algunas regiones de Chiapas alcanzan el 7%⁴²-; el promedio de educación no llega al 6º grado; el promedio de lectura es de medio libro al año por habitante... la complejidad de nuestros problemas colectivos y de nuestra vida social es cada vez mayor...

El cuadro siguiente muestra algunos indicadores seleccionados que documentan la situación de nuestro país en comparación con Estados Unidos y Canadá:

⁴² Héctor Aguilar Camín. Un Silencio Mayor, en Proceso, México, 1994, n° 917, mayo de 1994

Cuadro 4

Norteamérica: datos básicos

	Canadá	Estados Unidos	México
-Población (tasa media de crecimiento anual %)	1.1	0.9	1.9
-Población de 19 años y menos (% del total)	27.5	28.7	59.9
-Esperanza de vida al nacer (años)	77.0	75.9	70.3
-Tasa de mortalidad infantil (por cada mil)	7	9	30
-Tasa de mortalidad materna (por cada mil)	7	13	150
-Alfabetismo (%)	99.0	99.0	88.5
-Escolaridad mediana (años)	12.1	12.3	4.7
-Índice de Desarrollo Humano	0.982	0.976	0.805
-Lugar mundial (I.D.H.)	Segundo	Sexto	53avo

FUENTE: Clemente Ruiz Durán y otros Sistemas de Seguridad Social en Norteamérica. Análisis Comparado. ed. El Nacional-SEDESOL, México, 1994, pag. 5

Ante este panorama resulta imprescindible plantearse la búsqueda de nuevas formas de participación social que, sin repetir viejos moldes paternalistas y benefactores, permitan avanzar en la superación de las desigualdades y retrasos que actualmente caracterizan a nuestra sociedad.

La política social debe orientarse a la construcción de un sistema de bienestar básico que otorgue oportunidades de educación, salud y desarrollo a todos los mexicanos. Dicho sistema no debe estar sujeto a discrecionalidad alguna ni sometido al criterio de los funcionarios, sino debe formar parte de la infraestructura social del Estado; su reglamentación, en consecuencia, tiene que garantizar el pleno acceso a la salud, la educación y los bienes culturales necesarios para que aún la población más desprotegida esté ubicada por encima

de la línea de pobreza. "Al desarrollo económico es necesario incorporar los criterios de la igualdad social y la desaparición de los fenómenos de marginación y exclusividad... la seguridad social, por tanto, lejos de disminuir deberá crecer en extensión y calidad. Tendrá que buscar el incremento de su cobertura tanto en el sector formal como en el no estructurado de la economía"⁴³.

Las prestaciones sociales del IMSS están insertas en esta dinámica social. Su permanencia dentro de la institución, su fortalecimiento y modernización, serán la prueba de que efectivamente se busca instrumentar una política social de alcance estructural, y que el Estado está dispuesto a corregir las desigualdades que la implementación acelerada del modelo neoliberal han acentuado entre la sociedad mexicana.

⁴³ Genaro Borrego Estrada, Seguridad Social: Estrategia para la Reforma del Estado, en *Cuestión Social* n° 32, enero-marzo de 1994, pags. 21 y 23

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Camín, Héctor. Un silencio mayor, en Proceso, México, 1994, nº 9º7, mayo de 1994.
- Aguilar Camín, Héctor y Lorenzo Meyer. A la sombra de la revolución mexicana, ed. Cal y Arena, México, 1993.
- Agustín, José. Tragicomedia mexicana I: la vida en México de 1940 a 1970, ed. Planeta, México, 1990.
- Álvarez Farber, Francisco. Instituto Mexicano del Seguro Social. Perspectiva actual de los servicios y prestaciones, en Seguridad Social, México, 1985, nº 151-152, enero-abril de 1985.
- Aspe Armella, Pedro. El camino mexicano de la transformación económica, ed. FCE, 1ª reimpresión, México, 1993.
- Ávila Sánchez, Alberto. Las prestaciones sociales en el régimen del seguro social mexicano. Documento mimeográfico, México, 1965.
- Borrego Estrada, Genaro. Seguridad social: estrategia para la reforma del Estado, en Cuestión Social nº 32, enero-marzo de 1994.
- Córdova, Arnaldo. La política de masas y el futuro de la izquierda, en Cuadernos Políticos, nº 19, enero-marzo, México, 1979.
- Crozier, Michel. Estado modesto, Estado moderno, ed. FCE, 2ª edición, México, 1992.
- Dror, Yehezkel. Enfrentando el futuro, prolog. de Samuel Schmidt, ed. FCE, México, 1990.
- Eibenschutz, Catalina y otros. Salud, neoliberalismo y privatización en el México de hoy, en Estudios Políticos nº 2, enero-marzo de 1994.
- El Financiero, 15 de julio de 1993.
- Engels, Federico. La situación de la clase obrera en Inglaterra, Ediciones de Cultura Popular, México, 1977.
- García Cruz, Miguel. La seguridad social en México, ed. Costa Amic, México, 1972.
- Godet, Michel. Problemas y métodos de prospectiva, UNESCO, España, 1991.
- Gonzalez Graf, Jaime. La modernización de las prestaciones sociales en el IMSS, documento de trabajo. IMSS, México, 1992
- Gutiérrez, Sara Elizabeth. El plan Beveridge de la seguridad social, en Cuestión Social, nº 1 mayo-junio de 1983, IMSS, México, 1983.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. 1943-1983, 40 años de historia, México, 1983.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional de Fomento de la Salud, 2ª fase. Junio de 1993.
- La Jornada, 13 de julio de 1993.
- Mesa-Lago, Carmelo. La crisis de la seguridad social y la atención a la salud, ed. FCE, serie Lecturas nº 58, México, 1986.
- Mojica Sastoque, Francisco. La prospectiva, técnicas para visualizar el futuro, ed. Legis, colección Manuales para Gerentes Prácticos, México, 1992.
- Moreno, Antonio de P. La concepción mexicana de la seguridad social y su enmarcamiento sociológico, en Revista Mexicana de Sociología, nº 1, vol. 27 México, 1965.
- Narro Robles, José y Javier Moctezuma Barragán, comps. La seguridad social y el Estado moderno, de. IMSS-FCE-ISSSTE, México, 1993.
- Ramos Oliveira, A. Historia social y política de Alemania, tomo I, ed. FCE, México, 1973.
- Organización de las Naciones Unidas. Informe sobre desarrollo humano 1993, CIDEAL, Madrid, 1993.
- Palmero, Olga. Interpretación de modelos de origen, documento mimeográfico, IMSS-CIESS, México, 1990.
- Pozas Horcasitas, Ricardo. El desarrollo de la seguridad social en México, en Revista Mexicana de Sociología, nº 4, volumen LIV, oct-dic. México, 1992.
- Programa Nacional para la Modernización de la Empresa Pública, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 16 de abril de 1990.
- Reorientación de las Prestaciones Sociales en el IMSS, en Cuestión Social nº 10, diciembre de 1987, México.
- Trejo, Guillermo y Claudio Jones, coords. Contra la pobreza, por una estrategia de política social. ed. Cal y Arena, México, 1993.
- Ward, Peter. Políticas de bienestar social en México, 1970-1989, ed. Nueva Imagen, México, 1989.
- Zakus, David. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud, en Salud Pública de México nº 2, volumen 30, marzo-abril de 1988, México.