

546  
28j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

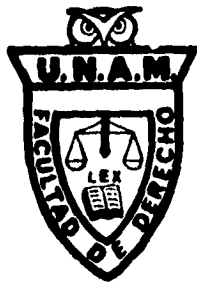
**FACULTAD DE DERECHO**

**SEMINARIO DE DERECHO DEL TRABAJO  
Y SEGURIDAD SOCIAL**

**SEGURIDAD SOCIAL AL CAMPO A TRAVES DEL  
PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD**

**FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A  
NORMA MARTINEZ SANCHEZ



MEXICO, CIUDAD UNIVERSITARIA

1995

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**A mis padres, por su comprensión, paciencia  
y apoyo; ejemplo a seguir.**

**A mis hermanos; amigos entrañables  
en cada momento de mi vida.**

**A la Universidad, Facultad de Derecho y sus  
profesores; valioso conocimiento compartido.**

**"SEGURIDAD SOCIAL AL CAMPO A TRAVES DEL PROGRAMA IMSS-  
SOLIDARIDAD"**

	págs.
INTRODUCCIÓN.	i
<b><u>CAPITULO I CONCEPTOS GENERALES.</u></b>	1
1. SEGURIDAD SOCIAL.	1
2. SOLIDARIDAD.	16
3. SALUD.	20
4. POBLACIÓN RURAL DE ZONAS MARGINADAS.	26
5. LEY DEL SEGURO SOCIAL.	31
<b><u>CAPITULO II ANTECEDENTES.</u></b>	36
1. HISTORICOS.	37
2. LEGISLATIVOS.	51
<b><u>CAPITULO III PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.</u></b>	68
1. SISTEMA ADMINISTRATIVO.	68
1.1. RECURSOS HUMANOS.	76
1.2. RECURSOS MATERIALES.	81
1.3. RECURSOS FINANCIEROS.	83
2. SISTEMA OPERATIVO.	89
3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD.	97
<b><u>CAPITULO IV LEY DEL SEGURO SOCIAL.</u></b>	106
1. SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD.	108
2. SEGURO POR RIESGOS DE TRABAJO.	113
3. SEGURO POR INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE.	119
4. SEGURO DE GUARDERIAS.	126
CONCLUSIONES	128
BIBLIOGRAFÍA	132

## **INTRODUCCIÓN.**

Con el presente trabajo se pretende verificar la eficacia del Programa IMSS-SOLIDARIDAD antes conocido como IMSS-COPLAMAR, que ha sido implementado en coordinación con el Gobierno Federal por el Instituto Mexicano del Seguro Social; tomando a éste como un medio que permita hacer extensiva la cobertura de la Seguridad Social como tal a la población campesina, específicamente a la población rural de zonas que denotan un alto grado de marginación, partiendo de un estudio objetivo del mismo.

Al respecto, el primer capítulo " Conceptos Generales ", comprende las bases conceptuales vinculadas al Programa materia de la presente tesis, mismos que denotan el quehacer institucional para disminuir la inseguridad social de la población.

El segundo capítulo " Antecedentes ", contempla las bases históricas y jurídicas en que se sustenta la Seguridad Social, la Ley del Seguro Social y el Programa IMSS-SOLIDARIDAD, resaltando la influencia del pensamiento progresista de una pléyade de pensadores tanto nacionales como internacionales al respecto.

A través del capítulo tercero " Programa IMSS-SOLIDARIDAD ", se describe a éste como pieza clave para otorgar los servicios de solidaridad social que presta el Instituto Mexicano del Seguro Social, exponiendo los aspectos sustanciales tanto del Sistema Administrativo, que incluye los recursos básicos con que se cuenta; como del Sistema Operativo con sus dos niveles de atención. Y el Modelo de Atención Integral a la Salud, principal plan de acción del Programa IMSS-SOLIDARIDAD.

Para finalizar, el cuarto capítulo " Ley del Seguro Social ", se mencionan los seguros que se otorgan dentro del régimen obligatorio del Seguro Social como son : seguro de enfermedades y maternidad; seguro por riesgos de trabajo; seguro por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; así como el seguro de guarderías; en contrapartida con los servicios sociales de beneficio colectivo que contempla el Instituto Mexicano del Seguro Social y su capacidad de respuesta permanente en su planeación, aplicación y control de las Prestaciones de Solidaridad Social en el territorio nacional.

## **CAPITULO I**

### **CONCEPTOS GENERALES.**

Para comenzar nuestro trabajo es necesario establecer algunas cuestiones relativas a la conceptualización de diferentes aspectos que se darán en el desarrollo de mismo, como lo son seguridad social, solidaridad, salud, población rural de zonas marginadas y ley del Seguro Social; por lo que se les ha dedicado el presente capítulo.

### **SEGURIDAD SOCIAL.**

Antes de entrar al análisis del concepto Seguridad Social es menester tener una noción de Seguridad, la cual viene del latín *securitis*, confianza o tranquilidad que se deriva de la idea de una inexistencia de peligro alguno al cual se debe temer, es decir se está exento de peligro o riesgo. Así la Seguridad Social es un marco que por la eliminación o disminución de un riesgo o peligro contribuye a mantener la existencia individual y comunitaria en óptimas circunstancias que permitan concebir a futuro una sociedad con un nivel de producción elevado.

*" Calidad de seguro, fianza u obligación de indemnidad a favor de uno. Previsión de los accidentes de trabajo y las enfermedades crónicas que puedan derivarse de la naturaleza de las condiciones del mismo. Está íntimamente ligada con la higiene del trabajo. Previsión*

*del paro, la invalidez, la vejez, etc., de los trabajadores mediante el desarrollo del mutualismo y de los seguros sociales".<sup>1</sup>*

*"La amplitud del término Seguridad abarca tanto la actividad como el conocimiento acumulado por el ser humano. Desde la pequeña labor del artesano hasta la del científico, no existen límites para la seguridad, como no los hay para el conocimiento y las aspiraciones".<sup>2</sup>*

Los conceptos de Seguridad Social no solo se dan en el ámbito nacional sino también se plasman en el ámbito internacional, en el caso de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en su artículo 22 nos dice : " Toda persona como miembro de la Sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su persona ".

Así para la Organización Internacional del Trabajo en 1942 la Seguridad Social es la Seguridad que la Sociedad establece por organismos idóneos para sus miembros, contra ciertos riesgos a los cuales se exponen, estos riesgos son esencialmente originados por causas contra las cuales el individuo que no tiene grandes medios económicos no puede preservarse por su propio esfuerzo o previsión.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> DICCIONARIO ENCICLOPEDICO UNIVERSAL. T.VII. Ed.Credsa. España. 1972. p.3897.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> GONZALEZ Y RUEDA, Porfirio Tedomiro. Previsión y Seguridad Social en el Trabajo. Ed.Noriega. México.1989. p.52.



Al parecer el término Seguridad Social lo plasmo Simón Bolívar en el año de 1819 dando una idea del concepto de seguridad social cuando al pronunciar un discurso dijo :

*" El gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política ... a su vez, la Seguridad Social podría ser conceptualizada como el conjunto de principios, normas, instrumentos e instituciones que el Estado impone unilateral y obligatoriamente para elevar el nivel de vida de los miembros de la comunidad ".<sup>4</sup>*

En 1942, William Beveridge, para los fines de su informe sobre los seguros sociales, definió a la Seguridad Social como : " el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia " así mismo en un sentido más amplio, señalaba que " la meta del plan de seguridad social es hacer innecesaria la indigencia en cualquier circunstancia ".<sup>5</sup>

Para Gustavo Lugo Monroy la Seguridad Social :

*" Es la satisfacción de las necesidades básicas del individuo como tal y como integrante de la sociedad en un lugar y en un tiempo*

---

<sup>4</sup> Ibidem, p.50.

<sup>5</sup> Vid. Infra. Capítulo II. Antecedentes Historicos. p.38.

*determinado, esas necesidades básicas pueden ser físicas o psíquicas, pueden ser materiales e inmateriales, tangibles o intangibles".<sup>6</sup>*

Considerar al individuo como una persona, es aceptarlo como un ser racional, libre, con voluntad y sociable, de ahí que se tenga la finalidad de satisfacer sus necesidades básicas como persona inmersa en una colectividad, de satisfacer la necesidad social.

Diversos Autores han visto a la Seguridad Social desde diferentes puntos de vista, particularmente desde una perspectiva política y otra jurídica.

*" Desde una perspectiva política, la Seguridad Social quiere decir tanto como un fin que se persigue. Fin que afecta a la entera sociedad y cuya consecución corresponde al Estado como misión fundamental. La liberación de las necesidades sociales ... en cuanto afectan a la sociedad entera, implica de suyo la provisión de los suficientes bienes materiales, morales y espirituales encarnados en el bien común ...".<sup>7</sup>*

*"... puede considerarse la Seguridad Social, desde una perspectiva jurídica, como el instrumento estatal específico protector de necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuya protección*

<sup>6</sup> LUGO MONROY, Gustavo. Apuntes sobre Seguridad Social. México. 1992.

<sup>7</sup> ALMANSA PASTOR, José Manuel. Derecho de la Seguridad Social, Ed. Tecnos, ed. 6a. México. 1989. p.58.

*preventiva, reparadora y recuperadora, tienen derechos los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas dispongan, según permite su organización financiera ".<sup>8</sup>*

En el primer caso, la Seguridad Social abarcaría diferentes políticas a seguir como son la política sanitaria, de empleo y en consecuencia de ésta la salarial; sin embargo, para que tengan una eficacia plena es necesario implementar otras políticas accesorias que por ejemplo permitan mantener el poder adquisitivo del salario a través de una política antiinflacionaria, en concreto una política que beneficie a la sociedad ( vivienda, educación, y otras ) todas orientadas a la protección de la necesidad social. El segundo caso, se refiere al medio que ha de utilizar para alcanzar tal finalidad, a la disposición de normas y principios instrumentados por un órgano estatal protector de necesidades sociales, y contemplar las relaciones jurídicas que han de aparecer.

Dentro de las diferentes acepciones que se ha tratado de dar a la Seguridad Social existen los llamados Conceptos Doctrinales, los cuales son variados. Unos como típicos de los Restrictivos cabe mencionar el de JARACH : " la Seguridad Social es el conjunto de medidas que tienden asegurar un mínimo de rédito a todo hombre cuando la interrupción o pérdida de la capacidad de trabajo le impiden conseguirlo por sus propios medios ", al considerar al rédito como una renta que se obtiene de un capital, como un interés; dichas medidas deben garantizar ese mínimo de utilidad con el cual el ser humano se encuentre en la posibilidad de cubrir sus necesidades básicas de supervivencia. En el polo opuesto aparece BRAMUGLIA, para el cual la Seguridad Social en una calificación más amplia " comprende la organización política, económica y social del Estado consubstancial con la

---

<sup>8</sup> *Ibidem.* p.63.

existencia del ser humano ". Y en tal sentido se considera que dichas organizaciones del Estado son de la misma sustancia y esencia del ser humano por que de él surgen, la Previsión Social integrada por la Asistencia y el Seguro Social, será solamente una parte de la Seguridad Social.<sup>9</sup>

Surge aquí la necesidad de establecer qué se entiende por asistencia social; de acuerdo con la Ley General de Salud, se concibe a la Asistencia Social como el conjunto de acciones cuyo fin es hacer positivas las circunstancias adversas que impiden al hombre su realización individual, familiar y en comunidad, así como la protección física, mental y social de personas en estado de abandono, incapacidad o minusvalía, en tanto logran una solución satisfactoria a su situación. Por la complejidad de sus prestaciones la Asistencia Social guarda conexión, aunque sin confundirse con la Seguridad Social, dado que hay una especial característica que nos permite diferenciarlas y es el hecho de que al prestar Asistencia Social a alguna persona no implica un derecho del individuo de exigirla cuando ya no se le otórga; en cambio cuando un sistema de Seguridad Social beneficia por ejemplo a través del Seguro Social da derecho de exigir por parte del beneficiado, las prestaciones que éste otórga, llamense prestaciones en especie, en dinero, o servicios sociales ( prestaciones sociales y servicios de solidaridad social ).

Existe también otro término que es conveniente diferenciar de la Seguridad Social y es el de Seguro Social. Se trata de dos conceptos diferentes pero existe entre ellos una estrecha relación; ya que al existir la Seguridad Social se supone la existencia del Seguro Social, en la medida en que éste amplía su campo de aplicación se amplía a la vez el marco de la Seguridad Social; sin embargo, es precisamente en este aspecto donde reside una

<sup>9</sup> Cfr. OSSORIO, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Ed. Heliasta. Argentina. 1990. p.695.

diferencia más, la cual consiste en que mientras la Seguridad Social tiende a proteger a todos los individuos de una sociedad, apoyándolos frente a contingencias para ayudarlos a mantener e incluso superar sus logros; el Seguro Social no se encuentra en la misma situación, ya que no puede proteger a todos los individuos dado que la cantidad de recursos que manejaría para tal efecto sería exorbitante, además de que la protección que éste brinda esta determinada básicamente por la actividad que desempeña, el nivel cultural y el desarrollo económico de las personas.

Podremos decir conforme Alberto Briceño Ruíz que la Seguridad es el género, y el Seguro su instrumento. La Seguridad Social es total, obligatoria y humana, el Seguro Social es un conjunto de medios prácticos que van encaminados a producir un resultado previsto y deseado.<sup>10</sup> La Seguridad Social esta sujeta a la satisfacción de necesidades permanentes, la materia y objeto del Seguro Social lo constituyen las necesidades contingentes, que son base fundamental para satisfacer normalmente las permanentes.

---

<sup>10</sup> BRICEÑO RUIZ, Alberto. Derecho Mexicano de los Seguros Sociales. Ed.Harla. México.1987. p.12.

Para tener una noción más clara del concepto de seguridad social, consideremos la inseguridad social, la cual básicamente es la imposibilidad o dificultad permanente, o temporal de satisfacer necesidades dado el aseguramiento de contingencias sociales, tomando a estas como acontecimientos que normalmente provocan una necesidad económica, es decir, provocan una disminución en los ingresos o producen gastos suplementarios al ingreso habitual, más especialmente, como a una necesidad social material que pone en desequilibrio a la seguridad económica, pero también existen necesidades inmateriales que se verán colmadas dependiendo de la escala de valores que haya asumido en su vida cada una de las personas.<sup>11</sup>.

Es de vital importancia diferenciar una necesidad permanente de una necesidad contingente. Entiéndase a la primera como aquella necesidad constante que va a permanecer, por ejemplo la necesidad de beber agua o ingerir alimentos; y la segunda sería una necesidad que en un momento determinado pudiese surgir, por ejemplo al sufrir un accidente y resultar lesionado se tendrá la necesidad de atención médica. Es decir la contingencia social sería todo acontecimiento o fenómeno posible, capaz de ocasionar una pérdida económica y por lo tanto una consecuencia perjudicial, abarca tanto accidentes, enfermedades, o la invalidez como aquellos acontecimientos gratos ( matrimonio, nacimiento de un hijo ) que también originan gastos ocasionales o permanentes para el sosten de la familia.

De esta manera la Seguridad Social tiene como contenido cubrir contingencias sociales que afectan la capacidad de ganancia de los individuos, cuando en forma aislada o particularmente no los pueden afrontar. Hay que señalar que dicha satisfacción no debe

---

<sup>11</sup> ALTAMIRA GIGENA, R.E. Manual de Derecho de Seguridad Social. Ed. Astrea. Argentina. 1989. p.19.

obtenerse en la medida de las posibilidades económicas de la persona, sino en medida de las contingencias sociales que repercutan negativamente en su equilibrio económico.

El Instituto Mexicano del Seguro Social considera :

*"...la seguridad social es la protección de los individuos frente a los diferentes estados de necesidad, asegurándoles condiciones dignas y justas de subsistencia ".<sup>12</sup>*

*" Es anhelo universal de todos los seres humanos por una vida mejor, comprendiendo la salud, la educación, las condiciones decorosas de la vida, el trabajo adecuado y seguro, la liberación de la miseria ".<sup>13</sup>*

Cierto es que para la Seguridad Social es de vital importancia promover las medidas encaminadas a incrementar la posibilidad de empleo o mantenerlo, a elevar la producción y las rentas nacionales distribuyéndolas equitativamente, a mejorar la salud, la alimentación, el vestido, vivienda y educación básica y profesional de los trabajadores, así como de cada uno de los integrantes de la familia de éste, lo anterior partiendo de la idea de que la economía antes de distribuir sus excedentes, debe dar prioridad a la atención de necesidades mínimas de vida, como le corresponde a todos los miembros de la Sociedad. De tal manera que la Seguridad Social podría contemplar un conjunto de medidas

---

<sup>12</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. México y la Seguridad Social. T.I. Ed. Stylo. México. 1952. p.394.

<sup>13</sup> Idem.

adoptadas por la Sociedad con el fin de garantizar a sus miembros por medio de una organización apropiada, una protección suficiente contra ciertos riesgos a los cuales se hayan expuestos.

Al concebir a la Seguridad Social como un recurso contra la Inseguridad, aquella no puede asumirse íntegramente por las Instituciones de Seguros Sociales, es por eso que dicha organización apropiada no debe estribar sólo en una coordinación entre el Seguro Social y la Asistencia Pública.<sup>14</sup> Por el contrario, entre todos esos servicios creados para la misma finalidad, es por eso que las actividades de científicos e investigadores que en sus laboratorios estudian y comprueban la eficacia de un medio terapéutico, de un suero, etc., de instituciones privadas así como de los servicios del Estado aparentemente ajenos a los Seguros Sociales están trabajando y han trabajado por la Seguridad Social; se trata de conformar un sistema estructurado de tal manera que tenga como base el bienestar colectivo integral, fundado en la Justicia Social, la cual sea niveladora de desigualdades, que persiga dar solución a los males y diferencias de la clase económicamente débil.

A continuación mencionare las principales características de la seguridad social:

a) considera únicamente al ser humano, como persona y en consecuencia como elemento de la sociedad, a efecto de solucionar problemas de sus necesidades básicas.

b) acomete a la necesidad, la enfermedad, la miseria, la ignorancia y el ocio.

---

<sup>14</sup> DE FERRARI, Francisco. Los Principios de la Seguridad Social. Ed. Depalma. Argentina. 1972. p.65.



c) se interesa por el bienestar de todos los hombres, es decir, de la sociedad en general.

d) la administran Instituciones descentralizadas, de carácter oficial.<sup>15</sup>

Además la Seguridad Social es la solución por principio y por fin antitotalitaria y esencialmente fundada en la libertad misma, para dar condiciones materiales que mejoren la vida tanto espiritual como física y cultural de la persona, del ciudadano. De lo antes expuesto se desprenden las Bases de la Seguridad Social :

Universalidad. Entiéndase en el sentido de que la Seguridad Social tendrá un campo de aplicación general, tanto en el presente como en el futuro; se basa en el Principio de Universalidad el cual se refiere a los sistemas de seguridad social que se inclinan por dos expresiones : a) todos los individuos y grupos necesitados trabajen o no, y b) toda la población del país por cuanto todos tenemos alguna vez contingencia que cubrir.

Supresión de la Noción del Riesgo. La Seguridad Social tiene el ánimo de cubrir la necesidad básica en el momento que se presente y no pueda ser satisfecha por la persona, independientemente de su causa y origen.

Perentoriedad. Dicha satisfacción debe realizarse en el menor tiempo posible y eficazmente, dado que se trata de una necesidad apremiante.

---

<sup>15</sup> Cfr. GONZALEZ Y RUEDA, Porfirio Teodomiro. Previsión y Seguridad Sociales del Trabajo. Op.cit. pp.51 a 53.

**Primacía.** Se trata de la superioridad que debe tener la Seguridad Social respecto de la Economía, con el fin de proporcionar a todos los hombres una vida sana.

**Parafiscalidad.** Se mantiene con aportaciones de carácter obligatorio, de los impuestos con objetivos determinados.<sup>16</sup>

Por otra parte, claro está que desde el instante en que el aseguramiento de la necesidad queda olvidada a las vicisitudes individuales y que el individuo entra en contacto con otros individuos o una entidad, desde ese momento surgen Relaciones Sociales y la Seguridad Social encuentra su base sociológica, la cual es fundamental por que es la misma estructura de la sociedad en constante evolución, de una sociedad que de ninguna manera permanece estática, la que permite apreciar y delimitar la necesidad merecedora de protección.

Ahora bien, estas Relaciones Sociales pueden ser de Solidaridad o Cooperación, desde en momento en que los individuos se unen para alcanzar institucionalmente el fin protector que les es común, o bien pueden ser de Oposición, en cuanto se enfrentan los individuos entre sí o a un individuo con una entidad en contraposición de intereses. De esta manera la Seguridad Social desde una visión Jurídico Sociológica, se presenta como un conjunto de relaciones jurídicas, en cuanto que el Derecho otorga consecuencias a las relaciones sociales ya sean estas de cooperación o de oposición, sobre las cuales se sostiene, juridizandolas.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> *Ibidem.* p.53.

<sup>17</sup> Vid. ALMANSA PASTOR, José Manuel. Derecho de la Seguridad Social. Op.cit. p.109.

La Seguridad Social es una Institución Social de avanzada concepción humanista, de prestación eficaz en materia médica, de probada utilidad para la paz social, y dado su arraigo y aceptación general es en todo el mundo componente, cualitativa y cuantitativamente, importante de los sistemas nacionales de salud.

En tal virtud todo Sistema de Seguridad Social puede y debe : a) aplicar las medidas profilácticas mínimas : método de Credé al recién nacido, esquema completo de vacunación, odontología preventiva, salud reproductiva y materno infantil, salud en el trabajo y otras. b) realizar diagnóstico oportuno de enfermedades por medio de exámenes clínicos y de laboratorio se así se requiere periódicamente. c) descubrir oportunamente las situaciones de riesgo en todo paciente o persona para lograr su identificación y conseguir el control adecuado.

La cobertura de la Seguridad Social y el PNB se encuentran íntimamente relacionadas, y en las Américas se observa que a mayor PNB mayor cobertura. Sin embargo, cabe preguntarse acerca de la dirección de esta asociación, ¿ la presencia de la seguridad social acelera la economía ? o ¿ la economía acelera la seguridad social ? Existen por lo menos cinco mecanismos respecto a como la mejor salud puede mejorar la productividad y la economía : en tanto a) menos días fuera del trabajo y vida más prolongada, b) mayor energía para desarrollar el trabajo, c) más capacidad para innovación y adaptación a los cambios rápidos del proceso de desarrollo, d) incremento de disponibilidad de recursos al ser éstos destinados a otras actividades recién programadas, y e) más tiempo para especializarse y menor posibilidad de perturbar, interrumpir o

suspender el trabajo. Otras consideraciones pudieran estimular la economía, reconociéndose que el efecto no es inmediato.<sup>18</sup>

México a logrado consolidar un potente sistema de seguridad social a lo largo de las pasadas cinco décadas. En particular, el proceso de atención a la salud de nuestra población está fuertemente influido por los programas y los recursos de las instituciones de seguridad social. A partir de una serie de elementos teóricos y conceptuales, el propósito central de la Seguridad Social consiste en amparar al hombre contra las inestabilidades y amenazas que con frecuencia se presentan en la vida normal de un individuo : su muerte, la de sus seres más cercanos y queridos, la pérdida del empleo, la enfermedad, los riesgos que afronta en el trabajo, el retiro, etc. Sin embargo, la seguridad social no debe ser vista en términos defensivos ante las vicisitudes y contingencias de la vida, debe buscar sobre todo promover el bienestar y favorecer la máxima expresión de las capacidades del ser humano. Al respecto se cuenta en el país con el Programa Nacional de Fomento a la Salud, el cual sería un órgano multi e interdisciplinario nacional que bajo un marco jurídico, político y funcional, desarrolla la promoción de acciones tendientes a prevenir, diagnosticar y dar tratamiento oportuno de enfermedades transmisibles que se presentan con mayor frecuencia en la población del país.

Para terminar este apartado he de destacar que en nuestro medio el sistema de seguridad social está integrado fundamentalmente por cinco grandes subsistemas, que destinan sus servicios a núcleos de población claramente diferenciados, aun cuando debe reconocerse que son posibles, e incluso frecuentes, las duplicaciones de la cobertura, el

---

<sup>18</sup> Cfr. SANTOS, Carlos - Burgoa. " Salud y Seguridad Social ". La Seguridad Social y el Estado Moderno. Ed.Fondo de Cultura Económica. Mexico. 1992. p.305.

**el IMSS atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el ISSSTE a quienes prestan sus servicios en la estructura gubernamental; PEMEX a sus empleados; algunos de los trabajadores estatales y municipales son cubiertos por instituciones estatales, en tanto que los miembros de la fuerzas armadas lo son por el Instituto correspondiente.**

## **SOLIDARIDAD.**

El derecho de la Seguridad Social, como parte del Derecho Social constituido por un conjunto de normas jurídicas de orden público cuyo objeto esta encaminado a realizar la solidaridad social, el bien colectivo e individual, la capacitación y adiestramiento del hombre y el desarrollo de la cultura, debe tener en su mira el hecho de proteger a la clase trabajadora en sus relaciones de trabajo subordinado, o independiente.<sup>18</sup>

Ahora si bien es cierto que el desarrollo de la Seguridad Social en nuestro país se caracteriza por el hecho de no solo circunscribirse a este tipo de individuos sino también en una constante búsqueda de una protección efectiva a los grupos campesinos mayoritarios en consecuencia se encontró la formula técnica y financiera para llevarles un mínimo de protección, a pesar de su baja y en ocasiones nula capacidad contributiva, mediante el mecanismo de una solidaridad social colectivamente organizada, dentro de la cual la Seguridad Social juega un papel primordial como instrumento de redistribución del ingreso nacional. Sin duda alguna este concepto de solidaridad social es un antecedente directo de las reformas al artículo 4º constitucional, que establece el derecho a la salud y la Ley General de Salud, que reglamenta la practica de este derecho.

Dentro del libro Manual de Derecho de la Seguridad Social Altamisa Gigena, R.E. alude al concepto que tiene Severino Aznar de la solidaridad humana :

---

<sup>18</sup> SANCHEZ LEON, Gregorio. Derecho Mexicano de la Seguridad Social. Ed.Cardenas. México 1981. p.5

*" Es una Ley fatal, natural, es un hecho ineludible. Cuando hay solidaridad en nuestros miembros, hay vida; cuando esa solidaridad se rompe, con ella se rompe la vida y viene la muerte "*<sup>18</sup>

De esta manera, se tiene como transfondo un deber colectivo resultante de esa ley natural y la seguridad social extrae un Principio : el de Solidaridad Social, mediante el cual, valiéndose de distintos instrumentos, procurará distribuir los costos económicos de las contingencias entre el mayor número de personas posible, con lo cual se hace efectivo el deber inexcusable de prestarse mutua ayuda en la adversidad.

Así pues este principio de Solidaridad se fundamenta en la naturaleza social del hombre y en su dignidad de persona. Por ser el hombre sociable por naturaleza, su perfeccionamiento desde el punto de vista ético exige que procure el bien común, como un bien de elevada jerarquía, por esto es fácil comprender que el principio de solidaridad determine que cada hombre ha de responder por la sociedad de la cual forma parte; pero a su vez la sociedad esta hecha para servir a los hombres que la constituyen. Desprendiéndose que tal principio de solidaridad debe expresar una armonía entre el recto amor propio y el recto amor social, entre el bien particular y el bien común, entre el interés individual y el interés colectivo.

Dado que el hombre se encuentra estrechamente vinculado a distintos eventos los cuales una vez producidos, ocasionan una necesidad que debe ser reparada o atendida

---

<sup>19</sup> ALTAMIRA GIGENA, R.E. *Manual de Derecho de la Seguridad Social*. Op.cit. p.27

por toda la colectividad como una carga social. El fundamento de esta solidaridad social estriba en el deber de prestar recíproca ayuda que tienen los hombres.<sup>20</sup>

Dentro del Diccionario Jurídico Mexicano se considera a la Solidaridad Social de la siguiente manera :

*" Solidaridad Social. I.- En el orden social, el principio de solidaridad es aquel que expresa : la recíproca vinculación ontológica de los hombres en la realización de sus funciones vitales y culturales, y por consiguiente, su vinculación moral al bien común en la realización de su bien particular, pero con el bien particular esencial como fin determinante de todo el ordenamiento del bien común ".<sup>21</sup>*

De la anterior hay que puntualizar cuatro aspectos que se manifiestan en el principio de solidaridad : como principio ontológico, como principio jurídico, como principio de virtud y como principio de interés. Como principio ontológico expresando la ya mencionada recíproca vinculación y dependencia del individuo con la sociedad. De esta relación se desprende el principio jurídico de la responsabilidad común : cada uno ha de responder por el todo del cual forma parte, y el todo ha de responder por cada uno de sus miembros. Como principio de virtud se refiere a una actitud y modo de

---

<sup>20</sup> Ibidem, p.20.

<sup>21</sup> INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS. *Diccionario Jurídico Mexicano*. Tomo P-Z. Ed.Porrúa-UNAM. ed.4a. México. 1991. p.2997. MESSNER, Johannes. *La Cuestión Social*. Trad. Florentino Pérez. Ed.Embied, España. 1970. p.372.



comportamiento dentro del cual el interés particular queda armonizado con la responsabilidad social, con lo cual el cumplimiento de ésta es al mismo tiempo consecución de un interés particular y por último, como principio de interés se refiere a la solidaridad de intereses que da cohesión a un grupo.

Como mencionabamos al inicio de este apartado, las metas por cumplir de la seguridad social tendrán como objetivo hacer posible la mejor distribución del ingreso nacional y proporcionar el mayor bienestar a la población del país, protegiendo en sus servicios a todos y cada uno de los sectores, por lo tanto la extensión de los Seguros Sociales continúa su marcha, para la integración de la solidaridad social; sin embargo, aún muchos sectores de la población se encuentran al margen de sus beneficios, lo que impulsa aun más dicha marcha.

## **SALUD.**

Al tratar el tema de Seguridad Social es menester tener un concepto general de Salud, y al respecto la constitución de la Organización Mundial de la Salud considera que " la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencias de afecciones o enfermedades ".

De acuerdo con esta idea, el derecho a la protección de la salud tendría como principal objeto garantizar el acceso a los servicios que permitan el fomento, mantenimiento o restauración de dicho bienestar a todos los miembros de una sociedad para la cual se requiere de reforzar la organización estatal principalmente apoyada por la provincial y municipal, que cuide de la salud de los habitantes de un determinado territorio y a la vez combatir las enfermedades y epidemias más frecuentes entre ellos, dando primordial atención en consolidar la no operación de casos de enfermedades transmisibles ya erradicadas, como ejemplo la poliomielitis, cuidar de la provisión de aguas potables a las poblaciones; inspeccionar el sistema de alcantarillado y de eliminación de basuras; la higiene de las poblaciones, la desecación de zonas pantanosas si así se requiriese; el régimen de enterramientos y exhumaciones; los hospitales, maternidades, manicomios, y otros, sin dejar a un lado la participación de los diferentes medios de difusión masiva en campañas encaminadas a combatir males inmediatos y la profilaxis de otras enfermedades.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Cfr. OSSORIO, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Op.cit. p.689-690.

De esta manera la Salud Pública constituye el estado sanitario en que se encuentra actualmente la población del país, de una región o de una localidad, gracias al conjunto de servicios públicos o privados que tienen por finalidad mantener o mejorar el buen estado sanitario de la población, de manera individual o concurrente; tanto en lo que se refiere a la sanidad preventiva como a la medicina curativa. En estos rubros es necesario enfatizar que una inversión financiera más fuerte en las acciones de salud pública y de medicina preventiva, pueden ser redituables a mediano y largo plazo.

Continuando con esta idea la salud pública, es decir la salud del pueblo, es una condición imprescriptible y necesaria del Estado Moderno, y requiere de una constante intervención nacional y de medios idóneos. Se refiere al aspecto higiénico o sanitario de una colectividad y por lo mismo, se encuentra íntimamente relacionada con la salubridad pública que es un orden público material que se logra mediante prescripciones policiales relativas a la higiene de personas, animales y cosas.

La Constitución, las leyes nacionales y los tratados internacionales, constituyen el marco jurídico-legal de la salubridad pública. En la Constitución el artículo 4º consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía individual de los ciudadanos y señala que : " La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme lo dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución ". Este mismo artículo 4º establece la obligación que tienen los padres de familia de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. el artículo 73 constitucional establece " El congreso tiene facultad : ... XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros,

ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y Salubridad General de la República ".<sup>24</sup>

La Constitución en ningún momento hace referencia a salud pública, pero, derivado de su artículo 4º, la Ley General de Salud que fuera aprobada por el Congreso de la Unión en el mes de diciembre de 1983, establece en el artículo 24 que los servicios de salud se clasifican en tres tipos : 1) de atención médica; 2) de salud pública; y 3) de asistencia social. Esta ley reglamentaria del artículo 4º Constitucional, es la que rige el derecho a la protección de la salud, define las bases para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud no sólo ya se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose, al lado de aquéllos, en la cada vez más larga lista de los derechos sociales.

En México, la constitucionalización del derecho a la protección de la salud tendrá que trascender en los actuales esquemas jurídicos y administrativos de los servicios de salud. El gobierno actual está empeñado, y de eso ha dado claras muestras, en garantizar a toda la población servicios igualitarios de salud como una premisa indispensable de la

---

<sup>24</sup> CONSTITUCION POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Ed. Porrúa. ed. 197. México. 1994. p.58.

justicia social, pues una sociedad enferma es una sociedad improductiva y sin mayores aspiraciones de desarrollo.

Entre los diversos esfuerzos para atender las necesidades de salud de la población cabe destacar el establecimiento de la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, el desarrollo de programas para el cuidado de infantes, madres y minusválidos, tales como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, ahora concentrados en el Sistema Nacional de Salud y descentralizar estos servicios mediante la integración de sistemas estatales de salud y así hacer efectivo el derecho a la protección de la Salud mediante la aplicación de la Ley General de Salud.

Como se menciona anteriormente la atención primaria de la salud es fundamentalmente preventiva sin descuidar la asistencia a la salud puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por los medios que les sean aceptables, con su plena y voluntariosa participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria a la vez constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud y forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad; por lo anterior se hace necesario reforzar las acciones y consolidar el avance logrado.

Con base en lo anterior, es posible afirmar que la atención primaria trae implícita una estrategia, es decir, una forma de actuar en el otorgamiento de servicios para la salud además pretende transformar las modalidades tradicionales de operación de los servicios y el comportamiento sanitario de la población.

Desde el punto de vista conceptual de la atención primaria, es posible reconocer dos influencias determinantes : Una, la motivación política que imprimen los gobiernos de las naciones y su determinación para impulsar procesos equilibrados de desarrollo social y económico que consecuentemente, se orientan a tomar la decisión de llevar servicios de salud a los grupos menos protegidos de la población a un costo rentable y con mayor eficiencia. La segunda influencia determinante en este proceso es la reorientación técnica en materia de atención a la salud, la cual surge del análisis de las causas reales de la enfermedad y muerte, de la relevancia de los factores derivados del medio y del comportamiento individual y colectivo como determinantes en la salud, en comparación con las acciones que en forma tradicional se habían venido dando en los sistemas de salud estructurados conforme a modelos anteriores es decir, la nueva estrategia consiste en ubicar la protección a la salud de la población como un objetivo, por lo que es necesario incidir en los factores primarios que determinan los riesgos para la salud y no detenerse sólo en el análisis y elaboración de estrategias para las consecuencias propias de la pérdida de la salud, en este sentido la estrategia se ha ratificado operativamente por lo cual hay que reforzarla.

Con el enfoque tradicional la Salud Pública se encarga de todo lo concerniente a la salud de la comunidad , ya sea atingente al individuo, la familia, la ciudad, la región o la nación. ¿ Pero qué relación tiene la Seguridad Social y la Salud Pública ? si bien la responsabilidad de los servicios de salud pública no es de la seguridad social, las consecuencias positivas o negativas de la operación de la acción pública se dejan sentir de inmediato en toda la población sujeta al régimen de Seguridad Social, por ejemplo las condiciones de vivienda son elemento clave en el bienestar y la salud, por lo que muchos sistemas de seguridad social los incluyen entre las prestaciones ( créditos de largo plazo

para la adquisición de casa habitación ), aunque debido a las actuales condiciones económicas negativas del país, esta prestación se ha observado de manera subejercida.

## **POBLACIÓN RURAL DE ZONAS MARGINADAS.**

La dinámica demográfica implica una serie de demandas y requerimientos de salud y seguridad social de la población del país, el ritmo y volumen de crecimiento, la composición por grupos de edades, la distribución geográfica de la población, la esperanza de vida entre otros factores, se traducen en presiones a los servicios de salud y seguridad social. En contraparte, el sistema de salud y los de seguridad social organizan y desarrollan servicios tanto por la demanda individual como por los requerimientos colectivos, en aras de mejorar la calidad de la vida de la población.

En las teorías sociales no se encuentra un concepto universalmente aceptado sobre población marginal o sobre marginación. En mucho influye la ideología, esto es los valores y creencias, la percepción de la realidad que bajo un marco de referencia tienen los investigadores sociales, sin embargo en el convenio que dio origen a el Programa Nacional de Solidaridad conocido anteriormente como IMSS-Coplamar, menciona en su cláusula cuarta que los sujetos a este programa serán todos los habitantes de los núcleos de población que se declaren objeto de solidaridad social en los decretos respectivos.

El marginalismo,- asevera Pablo González Casanova -, o la forma de estar al margen del desarrollo del país, el no participar en el desarrollo económico, social y cultural, el pertenecer al gran sector de los que no tienen nada en particular característico de las sociedades subdesarrolladas. La marginidad es, según otros autores, un fenómeno



característico de los países subdesarrollados, que hace referencia a los sectores de población no incorporados o excluidos del sistema político.<sup>25</sup>

Claro es que la Marginalidad, íntimamente ligada al problema de la desigual distribución de la riqueza, se manifiesta en el ámbito económico-social por la existencia de niveles inferiores al mínimo necesario para satisfacer los requerimientos básicos de alimentación, habitación, vestido, educación y diversión, y está relacionada con situaciones de desempleo, subempleo, subconsumo y analfabetismo; en la esfera política, la marginalidad se expresa tanto en la recepción de bienes sociales como en la ausencia de participación en la toma de decisiones, factores derivados de la carencia de organización interna, del aislamiento y de la falta de solidaridad con estos sectores de la población.

En términos generales, la marginación es la manifestación del grado o grados de insatisfacción de ciertas necesidades esenciales, básicas, fundamentales que reclaman los grupos sociales a un Estado que, en una u otra medida se ha comprometido y tiene la responsabilidad para atenderlas.

En consecuencia la población marginal se podría entonces caracterizar por : 1) estar desposeída de medios de producción, disponer únicamente de su capacidad de trabajo el cual no es calificado, y tienen fuertes dificultades para encontrar trabajo permanente en las ramas más productivas de la economía en condiciones de sindicalismo organizado; usualmente en este grupo de población se clasifican : a) jornaleros agropecuarios permanentes o eventuales; b) asalariados eventuales urbanos en la industria

---

<sup>25</sup> SUBSECRETARIA DE PLANEACION. Notas sobre Población Marginal. Ed. Sría. de Salud. México. 1983. p.2.

de la construcción; c) asalariados permanentes de actividades económicas urbanas de baja productividad: parte del comercio, industria tradicional, y algunos otros servicios; d) asalariados no organizados urbanos de autotransporte urbano y suburbano; e) desempleados permanentes o temporales.

2) poseer medios de producción de mala calidad o de carácter tradicional, ya sea individual o colectiva; esta población incluye a : a) campesinos de zona de temporal que trabajan con técnicas tradicionales, y a los que parte de su excedente les es arrebatado por intermediarios, agiotistas o caciques; b) población indígena que, ha sido desplazada paulatinamente de su tierra y que vive ahora en las zonas de refugio o algunos han emigrado a las grandes ciudades; c) artesanos, oficiales y aprendices que les auxilian; d) parte de los pequeños comerciantes; e) prestadores de servicios de baja productividad que requieren, empero, algunos medios de producción.

Fuera de cualquier interpretación, el caso es que la marginación de muchos mexicanos es una realidad y que resolver, atenuar o disolver ese problema social es un compromiso constante del Gobierno; compromiso necesariamente sujeto a la evolución de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales, pero también al esfuerzo imaginativo y creador para el logro de la sociedad plurinacional deseada.

La intervención del Estado en la economía y en la sociedad ha estado orientada a impulsar el desarrollo del país y a regular la distribución de los beneficios entre la población, pero desafortunadamente han salido beneficiados los menos. Entre otras maneras de incluir en este último aspecto, destacan la prestación gratuita de ciertos

servicios ( educación, asistencia social ), la creación y apoyo a las instituciones de seguridad social, la reforma agraria, la política salarial y de control de precios, la protección del empleo, los programas de apoyo a las zonas marginadas, la producción y distribución de productos básicos entre otros. Sin embargo el esfuerzo no ha sido suficiente; prevalecen, y esto ha sido reconocido, insuficiencias en la atención de las necesidades básicas: educación, alimentación, salud, seguridad social, desarrollo urbano y vivienda, medio ambiente, esfuerzos que por las crisis económicas internas y externas se ven todavía más mermados.

La extensión del régimen del Seguro Social obligatorio en favor de los campesinos, constituye uno de los propósitos que con mayor interés ha considerado el Gobierno Federal, para hacer factible que sus condiciones generales de vida adquieran un desarrollo acorde con los principios agrarios de la Revolución mexicana y con los preceptos de la Constitución en beneficio de la población trabajadora del campo.

No podemos dejar de lado a quienes, precisamente por incapacidad del sistema, no están aún incorporados al régimen de nuestras instituciones, extender la cobertura de los servicios a los trabajadores del campo, al sector popular no asalariado, a los que habitan en las zonas marginadas, rurales y urbanas, a todos los niños de México, ha demandado establecer una amplia comunicación y coordinación con los sectores laboral, educativo, comercial, de asentamientos humanos y con las respectivas representaciones sindicales, para procurar el enlace de programas y acciones federal y locales, destacando la importancia de la regionalización y de la participación de los ciudadanos, que han

permitido constituir comités que presentan servicios a través de consultorios populares asequibles en precio a las condiciones económicas actuales.<sup>26</sup>

Al considerar como perspectiva de la solidaridad social en nuestro país, que si bien la cobertura que el programa IMSS-SOLIDARIDAD pretende respecto de la población rural de las 17 entidades federativas en las que opera se ha incrementado; sin embargo, en razón del crecimiento demográfico tal incremento no es del todo suficiente. No es menos cierto que se recorre ya el largo camino para hacer del derecho a la salud un hecho, pues se tiene la decisión indeclinable dentro del multicitado programa de proteger a la mayor parte de la población referida de la insalubridad, la indigencia y el infortunio, logrando así la vida sana y digna que como mexicanos merecen.

---

<sup>26</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Reseña Documental de la Seguridad Social. No.14, año.4, oct-dic. 1981. p.8

## **LEY DEL SEGURO SOCIAL.**

Las ideas de Seguridad Social comenzaron adquirir fuerza en la cuarta ... quinta década, en que la industrialización del país y el volumen creciente de la población en edad productiva les dieron impulso. El Seguro Social se implantó en México debido a las necesidades sociales y económicas emergentes en el país a causa de la diferenciación de nuevos estratos sociales como consecuencia del desarrollo industrial, por el creciente poder político-social de los obreros y campesinos, y por el triunfo de la libertad en la Segunda Guerra Mundial.

Fue así como durante el Gobierno de Manuel Avila Camacho, gracias al esfuerzo de Ignacio García Tellez y de sus colaboradores como se creó el Seguro Social, por decreto del ley el 31 de Diciembre de 1942. La Ley del Seguro Social, promulgada el 19 de enero de 1943, formaliza la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social como organismo público descentralizado con personalidad y patrimonios propios, a cuyo cargo está la organización y administración del Seguro Social, considerando a éste como el instrumento básico de la seguridad social.

Desde su establecimiento hace 52 años, el Seguro Social ha sido y sigue siendo para los Mexicanos una fuente de innumerables beneficios sociales. Pero, los años que han transcurrido desde su fundación ha crecido la población adscrita y lógicamente también ha cambiado la Sociedad Mexicana, en ellos se han modificado las necesidades y aspiraciones del mexicano, por lo cual se tuvo que transformar algunas de sus estructuras y otras actualizarlas para acompañarlas en su marcha a los avances de nuestro desarrollo

político, económico y social, sin olvidar las aspiraciones que en materia de seguridad social manifestaron los ideólogos que encabezaron la Revolución Mexicana.

Esas modificaciones de estructura y de función tienen que referirse, principalmente : a los tipos de seguro que hay que considerar como indispensables o como más urgentes de implantar; a la centralización de ciertos servicios ( muy particularmente relacionados con el instrumental más costoso ), a la liberación y cooperación que ha de significar la renovación del Seguro Social para el derechohabiente, a la mejor distribución de enfermos por médico en el país, y a la mejor remuneración, a las sanciones y estímulos que debe acompañar la práctica ordinaria deficiente o excelente del personal de salud perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

La exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973 contiene aspectos doctrinales relevantes que es necesario destacar.

1. Concibe el derecho a la seguridad social como esencialmente dinámico, ya que debe evolucionar de acuerdo a las circunstancias nacionales como transnacionales, mejorando las prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a como beneficios a un mayor número de mexicanos.

2. Considera que las relaciones laborales mejor definidas legalmente, constituyen el punto de partida para extender los beneficios de la seguridad social a otros núcleos económicamente productivos, hasta alcanzar como ya aconteció en alguna medida a los

grupos e individuos marginados, cuya propia condición les impide participar en los sistemas existentes.

3. El propósito de reformar la Ley es el de avanzar hacia una seguridad social integral y de mayor cobertura poblacional, entendida ésta en la ampliación del marco de protección a los trabajadores ya asegurados y el de extenderla a grupos humanos no sujetos a relaciones de trabajo.

4. En la medida que el alto crecimiento industrial, comercial y financiero alcance los límites previstos del país, se hará realidad una equitativa redistribución del producto nacional, mientras tanto el Gobierno de la República se esfuerza por reorientar la estrategia general del desarrollo sobre bases reales y justas, y considere a la seguridad social como el único medio idóneo para lograr estos fines, en tanto se haga un esfuerzo cada vez mayor para que sus beneficios puedan irse extendiendo a los sectores más débiles dentro de una clara política de democracia y solidaridad nacional.

5. Se considera a la seguridad social como una de las más sobresalientes conquistas de la Revolución Mexicana, por lo tanto actualmente no debe ser prerrogativa de una minoría, sino que se debe apoyar para que cubra a toda la población, y en estos momentos es urgente solidarizarse con los núcleos marginados sumamente urgidos de protección frente a los riesgos vitales.

6. La iniciativa faculta al ejecutivo para fijar mediante decretos, las modalidades de aseguramiento que permitan una mejor distribución y un mayor aprovechamiento de

recursos a fin de que pueda acelerarse la extensión de la seguridad social a todo el campo y se incremente así sea en forma gradual pero constante, el número de campesinos que disfruten de la seguridad social.

Dentro de los principales aspectos que contempla la citada ley han de señalarse algunos, sin que por ello los demás dejen de tener la misma importancia. Cuando se considera que 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, se está refiriendo al objetivo de la Seguridad Social.

Pero quién es o son los indicados para llegar al objetivo ? es decir quién realiza la seguridad social ?, según la Ley del Seguro Social la realización de la Seguridad Social está a cargo de entidades o dependencias públicas federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por ésta ley y demás ordenamientos legales sobre la materia, se interpreta que si convergen estas dependencias en el quehacer correspondiente a la seguridad social la esperanza de lograr este objetivo es mayor. De esta manera el Seguro Social se convierte en el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de la ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Como toda empresa pública el Seguro Social tiene una organización y administración, en los términos consignados en la ley, ésta corre a cargo del organismo



público descentralizado con personalidad y patrimonios propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, entendiéndose que a este se le encomienda la Seguridad Social.

Así mismo la Ley del Seguro Social establece dentro de sus principales puntos, que con fundamento en la solidaridad social, el régimen del seguro social además de otorgar las prestaciones inherentes al régimen obligatorio del Seguro Social, puede y ha de proporcionar servicios de beneficio colectivo, conforme a lo dispuesto en el título cuarto de este ordenamiento, contemplando así las llamadas prestaciones de solidaridad social.

Por último el artículo 14 de la Ley del Seguro Social dice :

*" Se implanta en toda la república el régimen del Seguro Social obligatorio, con las salvedades que la propia ley señala. Se facultad al Instituto Mexicano del Seguro Social para extender el régimen e iniciar sus servicios en los municipios en que aun no opera, conforme los permitan las particulares condiciones sociales y económicas de las distintas regiones ".<sup>26</sup>*

---

<sup>26</sup> LEY DEL SEGURO SOCIAL. Ed. Berbera. ed. 8ª. México. 1994. p.10

## **CAPITULO II**

### **ANTECEDENTES.**

Con el paso del tiempo se ha demostrado que el hombre no sólo por el hecho de que su naturaleza lo inclina a ser sociable, se ha visto en la necesidad de vivir en grupos, para hacer frente al mundo inhóspito que se le presentaba a su aparición y actualmente al entorno social, partiendo de la idea de establecer el bienestar común en todos sus aspectos.

Así en las Sociedades primitivas, aparecen figuras como el brujo y el curandero para hacer frente a la enfermedad, pero al avanzar la civilización, el hombre organiza corporaciones, gremios y cofradías, cuyo origen se remonta a los griegos, romanos y normandos, perfeccionándose durante la edad media; a este respecto refiere la fundación Hispanoamericana de tales agrupaciones, durante la época colonial, así como la aparición de centros de caridad, asilos y hospitales de beneficencia, seguidos del establecimiento de mutualidades; teniendo todos estos un común denominador : la seguridad social, por ello a lo largo del presente capítulo haremos referencia de ellos, ya que muestran una clara influencia dentro del actual sistema de seguridad social en nuestro país, el cual contempla dentro de otros a el Programa IMSS- Solidaridad; partiendo para su estudio de dos puntos de vista : el histórico y el legislativo.

## 1. HISTORICOS.

En Roma se precisó con claridad instituciones como los colegios de artesanos, principalmente los Collegia Tenoium, que mediante el pago que hacían los asociados de una prima o cuota se cubrían a los beneficiarios gastos de sepelio. En la edad media, el hombre buscó otras formas de seguridad más complejas y se agrupó en instituciones denominadas, gremios, corporaciones y Gildas.<sup>27</sup>

Dado que en el régimen feudal, los reyes teóricamente tenían el dominio inminente de todas las tierras, más las habían distribuido en usufructo perpetuo e inalienable que se fue convirtiendo en hereditario, entre sus grandes vasallos a cambio de servicios prestados o que habían de prestar en la guerra o en la administración, mediante solemne voto de fidelidad. Los vasallos, barones, duques, condes, marqueses, la misma jerarquía eclesiástica y monasterios, parcelaban sus predios y con reserva de los derechos reales, concedían su uso a subvasallos, fieles, que a su vez los otorgaban a cultivadores libres en arrendamiento perpetuo.

Dentro de este régimen se da lugar a una organización llamada la Cofradía benefico-religiosa, en la cual los oficios fueron regulados por los fueros municipales y más tarde de la cofradía con el oficio hace la cofradía gremial, cual evolución se llega hasta el gremio, siendo este la corporación de artesanos, el oficio unido y reglamentado, organizado que en su posterior desarrollo, las normas reguladores serán tan estrictas que se cerrará la corporación; reglas de exclusividad, de jerarquía, privilegios, predominio de

---

<sup>27</sup> TENA SUCK, Rafael y Hugo Italo Morales. Derecho de la Seguridad Social. Ed.Pac. México.1992.p.3

las veces de interés profesional sobre el incentivo de la caridad social vinculándolo a las viejas familias de artesanos.<sup>28</sup>

La cofradía religiosa-benefica es más fuerte y concita menos animadversiones. La cofradía gremial y más tarde el gremio, aunque practiquen la mutua protección entre sus miembros, y aun la caridad para los ajenos, son organizaciones más exclusivamente dedicadas a la regulación de oficio o arte y están más expuestas a las asechanzas de los enemigos.

Las Cofradías y los Gremios cual aconteció con los collegia romanos intentaron tratar tópicamente la inseguridad social, socorrer las desgracias que luego serán denominadas riesgos, por un sistema de mutualidad, sistema de trascendencia, de porvenir, la solución que las cofradías y gremios dan al arduo problema permanente de la inseguridad habrá de resultar insuficiente, en virtud de que la medida del socorro, o de la ayuda, no se adecuaba a la necesidad que se presentaba, sino que necesariamente esta medida era proporcional a las posibilidades económicas.

✓ Rafael Tena Suck y Hugo Italo Morales consideran que :

*" Los gremios eran la unión de los oficiales de un mismo oficio con el único fin de buscar protección. Las corporaciones eran organizaciones de oficios regidos por sus propios estatutos, en los*

---

<sup>28</sup> *Ibidem.* p.62

*que fijaban normas sobre la calidad de sus productos, condiciones de trabajo y ayuda mutua, ante la insipiente regulación y protección laboral. Las Gildas, proporcionaban a sus agremiados protección mutua, mediante asistencia en caso de enfermedad, muerte, orfandad y viudez ".<sup>29</sup>*

En ciudades muy singularmente las de origen germánico, aparecen las Gildas, asociaciones de defensa y de asistencia : las comidas en común con participación de los pobres, típicas de una fraternidad, la asistencia mutua en caso de enfermedades, la personal en los entierros, la solidaridad defensiva de los cofrades ante agresiones e insultos infringidos a uno de ellos, son las normas típicas a las que se ajustaban. Estas organizaciones se extendieron por Alemania, Dinamarca e Inglaterra.

En definitiva el feudalismo, como sistema de protección general, fracasa. Los malos usos, la codicia y abusos de poder de los señores, se convirtieron en opresión; la confusión entre el régimen de propiedad de la tierra y el concepto político de la jurisdicción y de la soberanía, frustra la idea rectora del patronato germánico el señor necesitaba el poder para la protección de sus vasallos. La protección se trocó en opresión convirtiendo los señores su poder en finalidad única.

Si la corporación gremial fue en la edad media, el oficio organizado y en cierto modo su auto-regulador, a partir del siglo XVI se va volviendo una corporación cerrada, privilegiada, que viene a poner trabas al "forastero", al extraño a las familias que

---

<sup>29</sup> *Ibidem* p.3

tradicionalmente estuvieron vinculadas al arte y a las organizaciones gremiales; además se acusa a las organizaciones de oficios de ser ligas y monopolios para subir los precios, como se dijera en el lenguaje de la época.

Sin embargo, no llegaron a desaparecer las corporaciones, sino se transformaron, dejando más o menos cumplidamente sus actividades de regulación del oficio, que se prestaban a los daños y defectos acusados, dedicándose generalmente a finalidades religiosas y de mutualidad. El cambio de fines, mejor, el hecho de que las antiguas cofradías gremiales, dejando de lado las actividades más o menos derechas de regulación del singular oficio, se dedicaran específicamente a la mutualidad, impuso una mudanza en el nombre : se vinieron a denominar " Hermandades de Socorro ".

Las corporaciones específicamente mutualistas bajo la inspiración religiosa, continuarían sufragando el servicio con cargo al ahorro, más apareciera un mejor sistema en la práctica y mejor conocimiento de la inseguridad social que se impone : la iguala médico-farmacéutica y un señalado interés por los socorros de supervivencia, es decir, lo que normalmente se conoce como ramas del seguro de salud y de muerte.

Paralelamente surgieron los Montepíos Laicos que tenían como finalidad el aseguramiento de viudas y huérfanos, ayuda que ya se había iniciado por las repetidas Hermandades de Socorro; pasa a predominar el seguro de supervivencia, que se extendió, en muchos casos, a la prevención de la invalidez y protección de la vejez y aún en algunas ocasiones a la enfermedad; aparece el Montepío de iniciativa Estatal. Al ministro de Carlos III, Marqués de Esquilache, le corresponde en España el mérito de la

iniciación, al dar vida en aquel lugar a los primeros montepíos. El militar, el de Ministerios, y el de oficinas reales, que juntamente con otros creados, constituyen el antecedente del moderno sistema de pensiones para los empleados del estado y sus familiares.<sup>30</sup>

Durante la época colonial, en México se dan las denominadas Cajas de Comunidad en donde el destino de los fondos en beneficio común de los indígenas era el siguiente : sostenimiento de sus hospitales, de sus bienes de pobres y se extendía el auxilio a viudas, huérfanos, enfermos, inválidos, para sufragar gastos de las misiones, casas de reclusión, en general para que fuese ayuda, socorro y alivio en sus restantes necesidades.

El caudal de las cajas se alimentaba de 3 distintas fuentes de ingreso : una agrícola, otra industrial y otra censal. Los 2 primeros medios de obtención de recursos eran de origen indígena; por ello se relaciona esta institución con su primitivo origen, con la forma que el régimen de la previsión tenía bajo la organización incásica. El tercero era de introducción española.

Los Montepíos en México y los gremios y corporaciones en Europa, influyen notablemente en la creación de Uniones Mutualistas y Unidades de Seguridad Colectiva, en donde aparecen conceptos reales de nuestro sistema de seguridad social; como lo son la ayuda y la cooperación mutua de los propios aseguradores.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *México y la Seguridad Social*. Op.cit. p.117

<sup>31</sup> TENA SUCK, Rafael y Hugo Italo Morales. *Derecho de la Seguridad Social*. Op.cit. p.5

La historia muestra las distintas etapas por las que ha transcurrido el concepto de seguridad social, comenzando desde antes de la revolución Industrial de fines del siglo XVII, aunque bajo la forma de asistencia a los pobres y enfermos y como una cobertura de las necesidades sociales en atención a esquemas de asistencia directa e individual como un deber religioso, o bien, de asistencia colectiva, mediante la creación de hospitales, hospicios, enfermerías o dispensarios, pero, al fin y al cabo, asistencia revestida de un carácter religioso y, generalmente, bajo el control de autoridades episcopales.

Simultáneamente, surge la intervención del Estado, aunque dentro de una actitud curativa y, en ocasiones, no carente de un sentimiento de culpabilidad, asociado a una idea de lucha contra mendigos y vagabundos, al fin considerados como fuente de delincuencia y de problemas sociales.

Al finalizar el s.XIX, Bismarck, en Alemania, y ante el desarrollo del proletariado urbano, instituye a partir de 1883, un sistema de seguros sociales, ejemplo que de inmediato fue tomado por Inglaterra y por casi todos los países europeos al iniciarse el s.XX.<sup>32</sup>

Sin embargo, no es sino hasta 1935 cuando se aprueba en los Estados Unidos de América, la "Social Security Act", que establece de manera institucional, la creación de ciertos derechos a la seguridad social, si bien de ninguna forma comprendiendo la amplia

---

<sup>32</sup> MANTEROLA MARTÍNEZ, Alejandro. "Beneficencia, asistencia, seguridad social y derecho a la protección de la salud". *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*. Ed. Miguel A. Porrúa. México. 1983.p.132.



gama de servicios y prestaciones que hoy conocemos dentro de las instituciones de seguridad social mexicanas; verbigracia, no quedaban comprendidos los servicios médicos.

Como antecedente inmediato a la seguridad social en su sentido más amplio, es decir, como un derecho de todo individuo, por el hecho de serlo, debemos mencionar la Carta del Atlántico de 1941, que contiene tales planteamientos, inspirados en las ideas de Winston Churchill, confiándosele, por lo que respecta al Reino Unido, al investigador británico William Beveridge, la misión de estudiar la transformación de las instituciones de protección social, lo cual vendría a constituir la base de las profundas reformas operadas entre 1945 y 1948 y, a la vez, servir de fuente de inspiración para todos los demás países con la misma preocupación.<sup>33</sup>

Dentro de tal estudio William Beveridge propone lo siguiente :

*"... Plan de Seguridad Social de mi informe es un plan para convertir las 2 últimas palabras, Seguridad Social en hechos para conseguir ... que nadie dispuesto a trabajar mientras pueda, carezca de ingresos suficientes para hacer frente en todas las épocas de su vida a sus necesidades esenciales y las de su familia. Plan de Seguridad Social comprende tres partes: I.- Programa completo de Seguros Sociales en prestaciones en dinero. II Sistema General de Subsidios infantiles, tanto cuando el padre gana dinero como*

---

<sup>33</sup> Idem.

*cuando no lo gana. III.- Plan general de Cuidados Médicos de todas clases para todo el mundo ".<sup>34</sup>*

Así también, dentro del mismo informe establece :

*" Tres son las condiciones esenciales para que exista la Seguridad en el Mundo después de la guerra. La primera condición es que se implante la justicia en lugar de la fuerza como árbitro entre las naciones. La segunda condición es que tiene que existir una oportunidad razonable de realizar un trabajo productivo para cada individuo en lugar de la desocupación ... La tercera condición es que tiene que existir la seguridad de que se tendrán ingresos suficientes para estar cubierto de la indigencia cuando por cualquier razón no se pueda trabajar. Cada una de esas tres condiciones es esencial ".<sup>35</sup>*

Es decir evitar la guerra; el Estado debe en concertación con la industria del país hacer posible dar a los habitantes que estén en capacidad de hacerlo, un trabajo retributable y; asegurar su estabilidad económica para estar protegido, cuando por alguna circunstancia no este en posibilidad de trabajar, situación que ahora es cubierta por la mayor parte de los seguros sociales del mundo.

---

<sup>34</sup> BEVERIDGE, William. *Las Bases de la Seguridad Social*. Traducc. Teodoro Ortiz. Ed. Fondo de Cultura Económica. ed.2a. México. 1946. p.65.

<sup>35</sup> *Ibidem* p.244

Finalmente, dentro de la comunidad internacional, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, adoptada en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas, establece en su artículo 22 que :

*" Toda persona, en tanto que es miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social; debe obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad, gracias al esfuerzo nacional y a la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y recursos de cada país ".<sup>36</sup>*

Por su parte, el artículo 25 de la misma Declaración, establece que :

*" Toda persona tiene derecho a un nivel de vida suficiente que asegure su salud, su bienestar y el de su familia, especialmente para su alimentación, vestido, alojamiento, servicios sociales necesarios; teniendo derecho a la seguridad, en caso de desempleo, de enfermedad, de invalidez, de viudez, de vejez o en aquellos casos de pérdida de sus medios de subsistencia como consecuencia de circunstancias independientes de su voluntad ".<sup>37</sup>*

---

<sup>36</sup> MANTEROLA MARTÍNEZ, Alejandro. "Beneficencia, asistencia, seguridad social y derecho a la protección de la salud". Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Op.cit. p.134

<sup>37</sup> Idem.

Al ser promulgada en 1943, la Ley del Seguro Social Mexicano que dio sustento jurídico a la fundación - y posterior desarrollo - del Instituto Mexicano del Seguro Social, como organismo de servicio público, responsable de proteger a los obreros ante diversas contingencias de la vida ( enfermedad, vejez, maternidad, cesantía en edad avanzada y muerte ), se determinó que se intentaría extender sus beneficios a trabajadores desprotegidos contractualmente, en clara alusión a la inmensa mayoría de los campesinos indígenas del país, marginados del desarrollo nacional en forma secular.

El Instituto Mexicano del Seguro Social como respuesta a dicho compromiso, en 1954 la organización económica del medio rural le permitió incorporar a la seguridad social a trabajadores asalariados e independientes de las zonas agrícolas del norte de la República. En 1960 amplía su cobertura a los trabajadores estacionales del campo y a los miembros de las sociedades de crédito ejidal; en 1963 hace extensivos sus beneficios a los productores y cortadores de caña, y en 1972 a los ejidatarios dedicados al cultivo del henequén.

En 1973, con fundamento en un amplio concepto de solidaridad social, se modifica la Ley del Seguro Social para hacer posible la extensión de sus beneficios a grupos de población sin capacidad contributiva. Lo anterior dio por resultado la organización de un sistema piramidal de Unidades Médicas estructurado en dos niveles de atención, destinados a proporcionar servicios a población rural de escasos recursos económicos a cambio de su participación en actividades de beneficio a la salud individual, familiar y colectiva, integrados en un poderoso programa al que se denomina " Solidaridad por Cooperación Comunitaria ". sustentándose con aportaciones del mismo

Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondientes al 40 % del costo de operación, y con un 60 % aportado por el Gobierno Federal.

En mayo de 1979 el Gobierno de la República confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la firma de un convenio, la responsabilidad de proteger con servicios de salud a la población de zonas marginadas rurales del país.

La formalización del convenio se realiza por conducto de la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República ( COPLAMAR ), organismo instituido con el propósito de coordinar la labor de distintas dependencias federales y estatales, en materia de salud, educación, abasto alimentario, servicios públicos, camino, electrificación y apoyo a la economía campesina, e impulsar con ello la integración al desarrollo de México de los habitantes del medio marginado rural. El Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria adquiere el rango de nacional y comienza a ser identificado con el nombre de Programa IMSS-COPLAMAR.

Con este programa se empezó a satisfacer la cobertura a esta población no contribuyente, siguiendo para ello el espíritu de las recomendaciones de los ministros de salud de la región americana dadas a conocer en su III Reunión Especial verificada en 1972, en la que establecieron como objetivo principal la extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población aun no atendida. Cinco años más tarde, en su IV Reunión Especial realizada en 1977, ratificaron este objetivo y reconocieron a la atención primaria de la salud como la estrategia básica para alcanzar la cobertura total.

En 1978 se formulo la declaración de Alma-Ata sobre atención primaria y, dos años más tarde el consejo directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana concretó un plan de acción al acuerdo que los gobiernos del hemisferio tomaron para lograr la meta de " Salud para todos en el año 2000 ".

En el período de 1979-1981, con base en la experiencia acumulada y el apoyo de su infraestructura administrativa y técnica, el Instituto Mexicano del Seguro Social del cual era Director Arsenio Farell Cubillas, construye y pone a funcionar con recursos de la Federación y la participación invaluable de la comunidad rural, 30 Hospitales de segundo nivel ( HRS ) ubicados en localidades de más de 14,000 habitantes y 2715 unidades médicas de primer nivel, la mayor parte de ellas ubicadas en localidades pequeñas de 500 a 1000 habitantes aproximadamente y de difícil acceso. Al concluir 1981, una red bien regionalizada de servicios integrada por 60 hospitales y 3025 unidades médicas rurales ya cubría a más de 10 millones de indígenas y campesinos. Al concluir 1981 el Programa IMSS-COPLAMAR disponía de una red de servicios conformada por 3,025 unidad médicas rurales y 60 unidades hospitalarias.<sup>38</sup>

Desde el inicio de las operaciones se pudo apreciar que en su ámbito de competencia existían condiciones culturales peculiares que debían ser consideradas en la prestación de los servicios. En especial, se evidenció la presencia de una medicina tradicional que gozaba de reconocimiento por las comunidades principalmente indígenas y era utilizada por una gran parte de esa población como recurso para atender sus problemas de salud.

---

<sup>38</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Diagnostico de Salud en la Zonas Marginadas Rurales de México* 1991. p.18.

En febrero del año 1983, el derecho a la salud de todos los mexicanos queda elevado a rango constitucional y el Estado comienza a realizar acciones para hacerlo efectivo. En abril de ese mismo año, el Gobierno Federal decreta la desaparición del organismo COPLAMAR y, ante este hecho el Instituto Mexicano del Seguro Social, asume la responsabilidad operativa del programa, circunstancia que permite transformar, por la amplia experiencia institucional y aceptación de la población atendida, a las recomendaciones emanadas de la citada Conferencia Internacional de Alma-Ata sobre atención primaria, el modelo de atención médica establecido desde los inicios de la solidaridad social en el modelo de atención integral a la salud, actualmente vigente.

Otro de los sucesos políticos importantes tiene lugar en 1985 y 1987. En este período se concreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta decretada por el Ejecutivo Federal en 1984. Por lo que el Instituto Mexicano del Seguro Social transfiere a 14 gobiernos estatales la infraestructura, financiamiento y operación de los servicios del Programa IMSS-COPLAMAR, actualmente el mismo Instituto administra y opera el funcionamiento de las Unidades Médicas de este Programa en 17 entidades federativas restantes. En diciembre de 1986 el Gobierno de la República que en ese entonces iniciaba su gestión administrativa, establece por decreto el Programa Nacional de Solidaridad ( Pronasol ) para enfrentar con mayor profundidad la extrema pobreza de la población marginada, especialmente los indígenas y los campesinos del medio rural. Esta trascendental decisión revitaliza el avance en la extensión de cobertura de la seguridad social al campo, como lo confirma el notable impulso otorgado a partir de 1989 a la construcción de nuevas unidades médicas en más áreas rurales marginadas.

En 1990 el Instituto refrenda ante el Ejecutivo Federal el compromiso de seguir trabajando en favor de la población rural más desproveyda del país y por la consecución del concepto filosófico de solidaridad que dio origen al Programa IMSS-COPLAMAR, con los principios de justicia social contenidos en la política de lucha frontal contra la pobreza extrema, obtiene la anuencia para cambiar el nombre del Programa por el de IMSS-SOLIDARIDAD.

Al finalizar 1991, el Programa IMSS-SOLIDARIDAD disponía de una infraestructura regionalizada de servicios conformada por 54 Hospitales rurales y 3249 unidades médicas rurales; se encontraban en proceso de construcción nueve hospitales más, los cuales hasta la fecha están en operación por lo que la población beneficiada rebasa actualmente los 10.3 millones de personas, en su mayoría campesinos e indígenas en situación de extrema pobreza.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> *Ibidem* p.19



## 2. LEGISLATIVOS.

La Seguridad Social en México nació del Derecho del Trabajo, pero ha ido más allá, con conceptos e instituciones más progresistas; los antecedentes formales de orden jurídico de esta se precisan en el año 1917 cuando el Congreso Constituyente promulga nuestra carta Magna.

De esta manera continuaremos en el presente apartado con las referencias sobre los antecedentes legislativos tanto del Seguro Social como de su Ley, enfocados a establecer los antecedentes del Programa IMSS-Solidaridad y de su Modelo de Atención Integral a la Salud.

Miguel García Cruz en su Evolución Mexicana del Ideario de la Seguridad Social observa que las primeras ideas sobre Seguridad Social y los intentos que se hicieron para realizarla inicialmente, se encuentran en el linde de este siglo con el pasado, y que fue el revolucionario Ricardo Flores Magón quien primero expuso unas y realizó las otras.<sup>40</sup>

Así mismo, señala que desde 1906 hasta 1932 en que se otorgaron facultades al Ejecutivo para promulgar la Ley del Seguro Social todos nuestros próceres habían venido emitiendo discursos, proclamas, manifiestos y leyes de emergencia con ideas sobre la ayuda mutua, la protección al obrero, el seguro social e incluso la seguridad

---

<sup>40</sup> AGUILAR GARCIA, Leopoldo. Medicina Social y Medicina Institucional en México. Ed.Costa-Anic. México. 1969.p.197

social misma. Hay, así, hasta en la misma constitución de 1917 vislumbres de la Seguridad Social pero a pesar de todo la Ley del Seguro Social no llegó a promulgarse sino hasta el 19 de enero de 1943.

Dentro de las primeras leyes a las que nos referiremos se encuentra aquella que José Vicente Villada promulgó por el año 1904, en la que se hacía especial mención a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, obligándose al patrón a responsabilizarse de los riesgos laborales de sus empleados y cubrirles indemnizaciones, pago de salarios y atención médica durante 3 meses y en caso de muerte el pago de los gastos realizados por concepto de funerales y salario de 15 días.<sup>41</sup>

Dos años más tarde en 1906 Bernardo Reyes expidió la Ley sobre Accidentes de Trabajo, en la que se obligaba al patrón a otorgar prestaciones médicas, farmacéutica y pago de salario al trabajador, por incapacidad temporal o permanente e indemnizarlo en caso de muerte.

En octubre de 1914, Manuel Aguirre Berlanga presenta la Ley del Seguro Social que fue antecedente importante de la Institucionalización del Seguro Social ya que ésta ley comprendía en su artículo 17 la obligación de depositar al empleado por lo menos un 5% de su salario para crear un servicio de mutualidad que se reglamentaría en cada municipio. Un año más tarde, Salvador Alvarado expide un decreto de la Ley del Trabajo en el que se presenta un sistema de seguridad social como institución estatal. En el mismo año se promulgó en el Estado de Yucatán una Ley del Trabajo que en cuyo

---

<sup>41</sup> TENA SUCK, Rafael y Hugo Italo Morales. Derecho de la Seguridad Social. Op.cit.p.6

artículo 135, se ordenaba que el Gobierno fomentaría la creación de una asociación mutualista en la cual los trabajadores pudieran depositar una pequeña cantidad de sus salarios para asegurarse contra riesgos, vejez y muerte.

Pasadas las contingencias de la contienda constitucionalista, se promulgó la Constitución Mexicana en Queretaro, la cual se adelantó a dar forma jurídica y constitucional a la acción imperiosa de protección a los débiles en la vida de la sociedad mexicana, sin desconocer el área de las libertades individuales, elevo al rango de derechos constitucionales las normas que regulan el trabajo y el ideal de seguridad social. Se mantuvo la Declaración de Derechos de la Constitución de 1857 arquetipo liberal, y se incluyeron el artículo 123 y 27 instituyendo las garantías sociales como finalidad concreta y específica del sistema mexicano, con claro contenido de seguridad social.

A este respecto el artículo 123, en su fracción XXIX establecía :

*" Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular ".<sup>42</sup>*

---

<sup>42</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de Atención a la Salud del Programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Ed. IMSS. México. 1984.p. 3.

Actualmente con las reformas que se han tenido queda de la siguiente manera :

*" Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de la invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería, y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores campesinos no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares ".<sup>43</sup>*

Ya en 1919 se formuló un proyecto de Ley de Trabajo para el Distrito y territorios Federales que proponía la constitución de cajas de ahorros para prestar ayuda a los trabajadores desempleados, integrándose el fondo con la aportación por los obreros del 5 % de sus salarios y la patronal el 50 % de la cantidad correspondiente a los asalariados por concepto de utilidades en las empresas. Como consecuencia en el artículo 22 del Código del Trabajo del Estado de Puebla, se estableció que los patrones podían substituir el pago de las indemnizaciones por riesgos profesionales, por seguros contratados a sociedades legalmente constituidas y aceptadas por la Sección del Trabajo y Prevención Social; análoga disposición se encuentra en el Código Laboral del Estado de Campeche de 1924, en su artículo 290.

El primer intento de implantar el Seguro Social en México, lo realizó en 1921, Alvaro Obregón, a la sazón Presidente de la República, enviando al Congreso Federal un proyecto de Ley que preveía un tipo de seguro voluntario. Pero en sí los empleados

---

<sup>43</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Op.cit.p.119.

públicos fueron los primeros que gozaron de seguridad social institucional, dado de que el 12 de agosto de 1925, el presidente de la República Mexicana, Plutarco Elías Calles, promulgó la Ley General de Pensiones de Retiro, cuyos destinatarios serían los funcionarios y empleados públicos de la federación, del distrito y territorios federales.<sup>44</sup>

Las Leyes de Trabajo de Tamaulipas, de 1925 y de Veracruz, del mismo año, establecieron una modalidad del seguro voluntario; los patrones podían sufragar sus obligaciones en los casos de enfermedad o accidentes profesionales de los trabajadores, con un seguro contratado a su costa con sociedades con suficientes garantías aprobadas por los gobiernos de estos estados. Las leyes laborales de los estados de Aguascalientes y de Hidalgo, de 1928 ambas, previenen la instauración de seguros, muy especialmente la de Hidalgo, en cuyo artículo 242 se decía :

*"... se declara de utilidad pública el establecimiento de instituciones, corporaciones o sociedades que tengan por objeto asegurar a los trabajadores contra los accidentes o enfermedades profesionales, y las autoridades deberán de darles toda clase de facilidades para su organización y funcionamiento dentro de las leyes respectivas ".<sup>45</sup>*

En 1930, el Presidente de la República, Lázaro Cárdenas, turno al Congreso de la Unión un proyecto más de seguros sociales que preveía el cubrimiento de los riesgos

<sup>44</sup> Vid. TENA SUCK, Rafael y Hugo Italo Morales. Derecho de la Seguridad Social. Op.cit.p.9

<sup>45</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. México y la Seguridad Social. Op.cit.p.399

de enfermedad y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, vejez e invalidez, desocupación involuntaria. También se preveía la descentralización del servicio en un Instituto Nacional de Seguros Sociales, en cuya administración estarían representados los patrones y los trabajadores, ya que éstos, juntamente con la aportación del estado mismo, cubrirían económicamente los servicios y prestaciones.

Posteriormente, ya consolidada la Revolución, al mismo tiempo que se realizaban reformas económicas fundamentales, se promulgó el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social, por la que se creó la institución destinada a proteger al trabajador asalariado y a su familia contra riesgos de la existencia mediante aportaciones de los trabajadores, los patrones y el Estado. En su artículo 6 facultaba al poder ejecutivo federal a que previo estudio y dictamen del Instituto, determinara las fechas y modalidades de implantación del Seguro Social obligatorio para los trabajadores asalariados del campo, en las circunscripciones territoriales en donde ya estaba establecido el seguro para los trabajadores asalariados urbanos.

Es muy clara la intención de la Ley respecto a las incorporaciones en el ámbito rural. Deja abierta la posibilidad para que en el momento oportuno pudiesen llevarse a cabo nuevos programas de incorporación que respondiesen a situaciones concretas en un momento dado y al cabo de ellas, pudiese ampliarse el campo de aplicación de la Seguridad Social en México.

En cumplimiento de lo expresado en el artículo 6 de la Ley original, el 27 de agosto de 1954, se publicó en el Diario Oficial el Primer Reglamento que establece las

modalidades del régimen del Seguro Social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa. Este seguro obligatorio para los trabajadores del campo comprendía a todos aquellos que ejecutaban trabajos rurales propios y habituales de alguna empresa agrícola, ganadera, forestal o mixta, ya fuesen peones acasillados, trabajadores de temporada, eventuales para obra determinada o miembros de las Sociedades Locales de Crédito Agrícola o de Crédito Ejidal. Se consideraron patrones rurales a los propietarios poseedores, ejidatarios, colonos, arrendatarios y aparceros que emplean trabajadores.

En 1959 la ley sufre reformas en sus artículos 6º y 8º, en estas se incluye en el artículo sexto la posibilidad de fijar fechas y modalidades de implantación del seguro social obligatorio, para los trabajadores asalariados del campo en las circunstancias territoriales en donde ya estaba establecido este seguro para los trabajadores asalariados urbanos, pero no el de aquellos. En el artículo octavo establece a la banca oficial de la obligatoriedad de conceder créditos independientes a los de avío o refacción por las cantidades necesarias para satisfacer las cuotas del seguro social, en aquellas zonas en las que se haya extendido o que se extienda el régimen de los trabajadores del campo; establece con mayor claridad los capítulos que deben contener los decretos que el Ejecutivo Federal pueda expedir a propuesta del Instituto, el que a su vez habrá de basar sus recomendaciones en sus experiencias estadísticas, financieras y económicas.<sup>46</sup>

Con base en los artículos 6 y 8 reformados el 31 de noviembre de 1959, fue posible la expedición del reglamento para el seguro social obligatorio de los trabajadores

---

<sup>46</sup> Cfr. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Extensión de la Seguridad Social en el Medio Rural*. Ed. IMSS. México. 1976.p.11

del campo publicado el 18 de agosto de 1960. En este nuevo reglamento se anotaron las siguientes características : a) a los trabajadores asalariados de carácter permanente; b) a los trabajadores estacionarios del campo; c) a los miembros de las sociedades locales de crédito ejidal y, d) a los miembros de las sociedades locales de crédito agrícola.

Al iniciarse la década de los años 70 se hace más claro que el crecimiento económico del país está generando un desarrollo desigual que es necesario modular. Además de otros métodos de política social, se aprueba la nueva Ley del Seguro Social, misma que establece como finalidad de la institución " garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo ".

La nueva Ley marca las bases jurídicas de la solidaridad social como expresión de la universalización de la atención médica, sin que se condicione la prestación de servicios a una cuota en efectivo; con esta modalidad se incorporan a la Institución grupos de población que aun cuando han contribuido al desarrollo del país, permanecen al margen de sus beneficios. Con ello, se enriquece la filosofía de la Seguridad Social y se orienta hacia la realidad social y económica del país, al traducir en política y servicios sus postulados filosóficos. La Ley del Seguro Social de 1973 a que nos estamos refiriendo amplió la esfera redistributiva del seguro social, al sentar las bases para el sistema de solidaridad social, colectivamente organizado, que protege la salud de grupos no asalariados y empobrecidos, consecuencia de un modelo de desarrollo desigual; mediante ella la Institución extiende sus beneficios a la población sin capacidad contributiva suficiente para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes, a



través del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, sus costos de operación son erogados en un 40 % por el IMSS y un 60 % por el Gobierno Federal. Comprometiéndose la población como contraprestación a la atención médica otorgada, a realizar actividades en beneficio de la salud individual, familiar y colectiva.

El 27 de Mayo de 1976 se publicó, en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de Sociedad de Solidaridad Social, inspirada en el espíritu y en los principios sociales contenidos en el párrafo III del artículo 27 constitucional, con el objeto de hacer una distribución equitativa de la riqueza pública para lograr el desarrollo equilibrado del país y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población rural y urbana, creando o ampliando mecanismos institucionales de participación e integración social, mediante el establecimiento de nuevas formas de organización popular y unidades de producción sustentadas en la práctica de la autoayuda y del trabajo solidarios.

Por acuerdo presidencial de fecha 17 de enero de 1977, publicado en el Diario oficial de la federación el día 21 siguiente, se creó COPLAMAR para estudiar y proponer la atención eficaz de las necesidades de las zonas deprimidas y los grupos marginados, sugerir y determinar la coordinación de las acciones de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los programas dirigidos a este tipo de zonas geográficas y grupos humanos en el país. COPLAMAR de la Presidencia de la República, en los términos del artículo 8º de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal agrupa y coordina a los siguientes entidades de la Administración Pública federal : Instituto Nacional Indigenista; Comisión Nacional de Zonas Áridas, Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital, La Forestal, el Fideicomiso del Fondo

Candelillero, el Fideicomiso de Obras Sociales a Campesinos Cañeros de Escasos Recursos, Productos Forestales de la Tarahumara, FIDEPAL, Patronato del Maguey, Compañía Forestal de la Lacandona y otros; todos estos organismos tienen una estructura de penetración territorial que les permite promover, organizar, coordinar y acreditar los trabajos que aporten los beneficiados.

En mayo de 1979, en un acto de justicia social para disminuir las diferencias entre los grupos sociales, proteger a la población rural e integrarla al proceso de desarrollo, se celebró la firma de un convenio entre la Federación y el Instituto Mexicano del Seguro Social para dar atención médica a más de 10 millones de habitantes de zonas rurales marginadas. El financiamiento de la operación e inversión de este programa, basado en la misma filosofía y normas del Programa Nacional de Solidaridad por Cooperación Comunitaria, es aportado íntegramente por el Gobierno federal con fondos fiscales; por una parte el IMSS representado por su H. Consejo y por la otra la Coordinación General del Plan de Zonas deprimidas y grupos marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR) representada por su Coordinador General el Sr. Ignacio Ovalle Fernández; teniendo dentro de sus antecedentes que : de acuerdo con la Ley del Seguro Social ( artículos 232, 237, 238 y 239, entre otros ) el IMSS tiene facultades para organizar, establecer y operar Unidades Médicas destinadas a los servicios de solidaridad social los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social. Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habitan.

El mismo Convenio dentro de sus Cláusulas incluía, Objeto: el programa tendrá por objeto propiciar la ampliación del ámbito de cobertura de los servicios de solidaridad social y la consolidación de un sistema de cooperación comunitaria en beneficio de las comunidades destinatarias de dichos servicios, en los términos de los decretos respectivos que señalen a los núcleos de población marginados que deban considerarse como sujetos de solidaridad social. Sujetos : los sujetos de este programa serán todos los habitantes de los núcleos de población que se declaren objeto de solidaridad social en los decretos respectivos. Propiedad de las Instalaciones. Cuando las instalaciones a que se refiere este convenio se contruyen con recursos del Gobierno Federal, serán propiedad de COPLAMAR, las que entrega virtualmente desde este momento, en comodato gratuito al IMSS. La organización, operación, administración y mantenimiento de dichas instalaciones estarán a cargo del IMSS con los fondos que se le proporcionen de acuerdo con lo previsto en la clausula novena. Aspecto Financiero : para la realización de este programa se gestionara conjuntamente con los costos de inversión y el de operación sean cubiertos por el Gobierno Federal. El IMSS se obliga a administrar y contabilizar separada y pormenorizadamente los fondos que le sean entregados para efectos de inversión y gasto corriente relativos al programa del Ejecutivo Federal a que se refiere este convenio, con independecia total del manejo y operación normales. Trabajos Comunitarios : los núcleos de población beneficiados deberan cumplir con lo estipulado en el párrafo tercero del artículo 239 de la Ley del Seguro Social. Para tal efecto realizaran trabajos comunitarios cuyo cumplimiento constituirá una obligación genérica de las localidades donde habiten los sujetos y abrirá a los mismos el derecho al disfrute de los servicios. La falta o incumplimiento de trabajo comunitario será causa de la suspensión del servicio, a menos que está situación no sea imputable a la comunidad,

dicha circunstancia deberá hacerla constar por escrito COPLAMAR, previo informe que le rindan en tal sentido las entidades que agrupa, informando al IMSS.<sup>47</sup>

El 20 de abril de 1983 el Ejecutivo Federal emite un decreto mediante el cual, al desaparecer COPLAMAR, el Instituto asume totalmente la responsabilidad del programa, lo que implica organizar la participación comunitaria con base en la Ley del Seguro Social, es decir, como contraprestación por los servicios recibidos, dando atención especial a las actividades que en forma directa influyen sobre el estado de salud de la población y sobre el mejoramiento del medio familiar y comunitario; en ese mismo año el 30 de mayo se da a conocer el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988; en él que se asienta como propósito mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, para lo cual la organización y modernización de los servicios contempla el autocuidado de la salud y la promoción de condiciones que mejoren el nivel de salud individual y comunitario a través de acciones educativas y sanitarias.

En concordancia con la política de modernización de la Administración Pública, el 8 de marzo de 1984 se decreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta; en tal descentralización destaca la creación de instrumentos de concertación social, como el Comité de Operación de IMSS-COPLAMAR a nivel nacional, y los Consejos Estatales de Vigilancia, quienes, con las atribuciones de los gobiernos de los estados, coordinan, vigilan y apoyan el Programa de Descentralización, cuidando la calidad de los servicios y propiciando la ampliación de sus cobertura, como

---

<sup>47</sup> Vid. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Programa Imss-Coplamar de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. México, pp.15 a 17.

resultado del mismo entre 1985 y 1988 el IMSS entrega los servicios a 14 entidades federativas.

El modelo de atención integral a la salud que propone el Programa IMSS-SOLIDARIDAD encuentra su marco jurídico en la propia Ley del Seguro Social, que en su capítulo dedicado a la Solidaridad Social identifica la necesidad de trascender la limitada protección de los Seguros Sociales clásicos para extender los beneficios que genera el desarrollo de la seguridad social a los grupos menos favorecidos por el desarrollo desigual, y que no tienen capacidad contributiva para costear su aseguramiento.

Esta acción solidaria, planteada en 1973, se consolida como derecho constitucional a través de la promulgación por el H. Congreso de la Unión de la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos de la última reforma al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Muchos y variados son los propósitos de esta ley que surte efectos a partir del 1 de julio de 1984; más en términos de sustentar el modelo de atención, se pueden destacar los siguientes aspectos :

1. Se concibe la atención dentro de un sistema nacional de salud ( artículo 5 ).

2. Los objetivos más relevantes de este sistema ( artículo 6 ) son : a) proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas; b) apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida; c) 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 presten para su protección; d) contribuir al desarrollo demográfico armónico del país; e) impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.<sup>48</sup>

3. La Ley General de Salud define asimismo, para efectos del derecho a la protección de la salud, los servicios básicos ( artículo 27 ), la mayoría de los cuales han sido ofrecidos por el programa IMSS-COPLAMAR, con excepción de aquellos que han tenido poca significación debido a la patología predominante y los problemas específicos que inciden en la atención a población rural marginada. Entre estos podemos señalar a la asistencia social -que corresponde a otra institución del sector-, a la salud mental y a la rehabilitación, que por su nivel de especialización, costo y dificultad operativa en el medio rural no constituye una acción importante dentro del programa IMSS-COPLAMAR. En cambio el modelo de atención a la salud se enmarca con claridad en los servicios básicos que define la propia ley.

---

<sup>48</sup> Vid. RODRIGUEZ CASTELLO, Lourdes. " El Modelo de Atención Integral a la Salud del programa Imss-Coplamar; Marco Jurídico ". *Boletín Informativo del IMSS*. Vol.2. No.3. México. Junio.1984. p.2.

4. El modelo de atención integral a la salud que propugna IMSS-COPLAMAR considera primordial la participación de la comunidad en forma conciente y comprometida con la solución de sus problemas de salud; si bien es cierto que el concepto de solidaridad social expresado en la Ley del Seguro Social establece la participación de los beneficiados por estos servicios, la nueva Ley General de Salud aclara en su artículo 58 cómo podrá participar la comunidad en los servicios de salud. Por lo anterior, se considera importante transcribir las siete acciones básicas señaladas en la ley que atañen a la participación de la comunidad : a) Promoción de hábitos de conducta que contribuyen a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes. b) Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud. c) Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo dirección y control de las autoridades correspondientes. d) Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud cuando éstas se encuentran impedidas de solicitar auxilio por sí mismas. e) Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud. f) Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud. g) Otras actividades que coadyuvan a la protección de la salud.

5. En relación con el modelo de atención integral de IMSS-COPLAMAR, cabe por último señalar que en sus artículos 35 y 36 la Ley General de Salud establece los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación, según sea el caso, en reacción con los servicios a población abierta. El artículo 35 de la referida ley establece que : " son

servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimiento públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios ". Por su parte, el artículo 36 de la misma ley señala que : para la determinación de las cuotas de recuperación se tomarán en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas " se fundarán en principios de solidaridad social y guardaran relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir el cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, o en las zonas de menos desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de salud ".

Lo anterior implica que la ubicación del programa en zonas eminentemente marginadas o de menos desarrollo económico y social tácitamente lo exime del cobro de cuotas de recuperación. Por otra parte, estando los servicios de solidaridad social vinculados íntimamente al desarrollo de la seguridad social, se espera que los sujetos con capacidad contributiva reciban no el tratamiento de solidaridad, sino la protección, aunque sea limitada, de los distintos esquemas de aseguramiento acordes con su capacidad contributiva. Aún más : el modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-COPLAMAR propone que la población asuma su responsabilidad respecto a sus problemas de salud, por lo que el aportar cuotas de recuperación podría crear un sentimiento de quedar eximida la población de dicha responsabilidad.

Dejemos por sentado que la base del Programa IMSS-SOLIDARIDAD se encuentra en 1943 al promulgarse la ley que dio origen al Instituto Mexicano del Seguro Social y las bases jurídicas del Modelo de Atención Integral a la Salud que propone el



citado programa son la Ley del Seguro Social, el Convenio IMSS-COPLAMAR ( 25 de mayo de 1979 ), Ley General de Salud ( 1984 ) , Decreto Presidencial del Diario Oficial del 20 de abril de 1983 ( desaparición de COPLAMAR ) , Decreto Presidencial del Diario Oficial del 8 de mayo de 1984 ( descentralización de los servicios ).

## **CAPITULO III**

### **PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD.**

#### **1. SISTEMA ADMINISTRATIVO.**

México ni es el único país que en el mundo tiene seguridad social ni el único que teniendo enfrenta problemas dentro de su sistema de seguridad social. Todos los países que han implantado el sistema han tenido problemas y, para resolverlos, han tenido que modificar los esquemas originales de su seguridad social.

En materia de salud y seguridad social se produce una participación de la población en tres conjuntos característicos : a) los que están vinculados a un régimen de seguridad social, b) los que no lo están y no tienen la capacidad económica para acceder al mercado privado y, c) los que cuentan con recursos para adquirir bienes y servicios médicos.

Como ya vimos en el capítulo anterior a partir de 1984 se emite el decreto de descentralización y al IMSS le ha correspondido en dicho proceso entregar los servicios de solidaridad social, que operaba a partir de 1974 como una estrategia para extender la seguridad social a población no asalariada, y los que por mandato del Ejecutivo Federal construyó y operó a partir de 1979.

De esta manera, la descentralización de los servicios de salud, tesis rectora del Gobierno de la República, orientación básica del Plan Nacional de Desarrollo ( 1983-1984 ), tiene como propósito delimitar las competencias sanitarias entre los tres órdenes de gobierno, coordinar los programas de salud en el nivel local e integrar orgánicamente, bajo la responsabilidad de los gobiernos estatales, los servicios de atención a población abierta. De esta manera la descentralización se establece como un medio para alcanzar los objetivos del Programa Nacional de Salud, especialmente la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios; así pues, el Instituto creó un órgano específico para realizar la entrega del programa IMSS-COPLAMAR, de acuerdo con las estrategias de oportunidad, eficiencia y transparencia que para el caso definió la Dirección General del IMSS : ésta giro instrucciones para que las subdirecciones y los diferentes niveles de organización proporcionaran el apoyo necesario para cumplir cabalmente con la norma jurídica, programática y de coordinación para estos fines.

Con base en el decreto presidencial del 8 de marzo de 1984 se constituyen el Comité de Operación del programa y los Consejos Estatales de Vigilancia de dicho programa como órganos facilitadores del proceso de descentralización y de seguimiento de las acciones del programa, a los que se confiere entre otras funciones, la facultad de vigilar la adecuada aplicación del modelo de atención integral a la salud en beneficio de la población solidariohabitante y de coordinar las diferentes acciones de las dependencias allí representadas, dirigidas a contribuir al bienestar y a la salud de las comunidades marginadas rurales, independientemente de lo anterior, se establecen o actualizan diversos convenios de trabajo con dependencias publicas vinculadas al desarrollo rural.

Los órganos mencionados han cumplido una importante función en el nivel central, en los estados en donde ya se entregaron los servicios y donde aún opera el programa; se pretende que las instituciones en él representadas conozcan cada día mejor los servicios de salud a población abierta para avanzar en la coordinación interinstitucional e intersectorial como medio para lograr objetivos comunes. Para ello se ha participado en el proceso de descentralización para los niveles central y estatal bajo tres premisas básicas :

A.- Proporcionar información amplia, completa y veraz acerca de la infraestructura, organización funcionamiento y resultados de trabajo, realizado por el programa IMSS-COPLAMAR a través de los diferentes órganos y grupos creados para la implantación de la descentralización. En este mismo sentido se han aportado experiencia y puntos de vista cuando se han requerido para que el proceso de descentralización se desarrolle sobre bases sólidas y se evite el deterioro de los servicios y la pérdida de la confianza de la población, situaciones éstas contrarias a los objetivos establecidos en la estrategia de la referida descentralización.

B.- Entregar, en la fecha que la Secretaría de Salud y el Gobierno del Estado lo definan, los servicios del programa IMSS-COPLAMAR en forma eficiente y transparente ( las unidades médicas abastecidas por periodos de 2 ó 4 meses ); esto incluye la transferencia del personal que así lo desee, después de ser consultado y con respeto a sus derechos laborales, y

C.- Prestar a los Gobiernos de los Estados los apoyos logísticos que permitan las condiciones de la Institución, con objeto de mantener la eficiente operación de los servicios.

Cabe señalar que la aplicación de la estrategia de descentralización ha mostrado dos etapas : la primera se refiere a una coordinación programática de los servicios que acerca la operación de los servicios estatales a cargo de diversas instituciones. La segunda etapa del proceso de descentralización se caracteriza por la integración orgánica en una sola institución de los servicios que atienden a población abierta para formar los llamados servicios estatales de salud, que ahora son operados por cada gobierno estatal, mediante la fusión de los servicios coordinados de salud pública, el programa IMSS-COPLAMAR en el estado y, en su caso, los servicios desarrollados por los gobiernos locales.

Así pues la descentralización de los servicios de salud más que una estrategia administrativa corresponde a una política de Estado; más que un proceso técnico significa una decisión de gobierno y más que un recurso discrecional supone la observancia de un mandato legal y de un programa público.

Ahora bien, la administración del programa se apoya en : a) el hecho de que el Instituto cuenta con una estructura administrativa suficiente en cada una de las entidades federativas, lo que le permite delegar a sus organizaciones estatales y regionales la operación del programa, todo esto articulado a; b) la norma institucional, su desarrollo con las adecuaciones que sus características específicas precisan. Aunada a lo anterior,

se cuenta con la liquidez financiera del Instituto, resultado de la captación de recursos propios, lo que permite el desarrollo de la operación del Programa sin depender en forma inmediata de los recursos que entrega bimestralmente el Gobierno Federal.<sup>49</sup>

Dentro del Sistema Administrativo del Programa se distinguen diferentes niveles administrativos, los cuales son :

a) Un nivel central normativo, dependiente de la Dirección General, el cual participa en la planeación, evaluación y adecuación de las normas institucionales en coordinación con las subdirecciones y jefaturas, además de que establece lineamientos generales de trabajo.

b) Un nivel intermedio o delegacional; éste se halla en las entidades federativas y planifica, adecúa, dirige, coordina, asesora y evalúa los programas; está formado por uno o más equipos de supervisión delegacional y está integrado por un médico, una enfermera, un técnico en Acción comunitaria y un administrador. Estos equipos son los responsables en supervisar la operación tanto del segundo nivel de atención como del primer nivel, a través del equipo de supervisión zonal de las Unidades Médicas Rurales. Mensualmente se efectúan reuniones de evaluación y coordinación presididas por el Delegado y con la asistencia de los Jefes de Servicios, a fin de dar los apoyos institucionales al programa. En este nivel se cuenta además con un reducido personal que

---

<sup>49</sup> Cfr. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Op.cit. p.30

realiza trabajos administrativos a tiempo completo en las áreas de control de personal, transporte y almacenes de medicamentos.

c) Un nivel zonal, constituido éste por un equipo de Asesoría y Supervisión, integrado por un médico egresado de la residencia de Medicina Familiar en su año de campo, un Promotor de Acción Comunitaria y un Técnico polivalente encargado del manejo del vehículo y de la conservación de 2o. nivel de la Unidades Médicas Rurales. La zona de supervisión esta formada como promedio por 20 unidades, mismas que son visitadas mensualmente por este equipo. Los médicos encargados de las mismas se reúnen una vez al mes en la cabecera de zona con fines de capacitación, información y pago de salarios.

d) El nivel operativo lo constituyen las Unidades Medicas Rurales y los Hospitales Rurales "S"<sup>50</sup>. Para el apoyo de los diferentes niveles antes apuntados se dispone de manuales de procedimientos descritos en el primero y segundo niveles, contándose además con instructivos de operación y con manuales de organización.

Además de los niveles ya mencionados, para que el Sistema Administrativo opere dando resultados positivos; se han implementado Acciones de Control como son: el Sistema de Información y el Sistema de Evaluación.

#### Sistema de Información.

---

<sup>50</sup> Vid. Infra. Capítulo III. Sistema Operativo. p.90

El sistema de información responde a la estructura orgánica del programa **IMSS-SOLIDARIDAD** y tiene como propósito el establecer las bases para la toma de decisiones en los diferentes niveles : operativo, zonal, delegacional y central. Por ello, se aplica una metodología específica para que el procesamiento de datos genere información veraz, oportuna y relevante.

En los Hospitales Rurales "S" y en las Unidades Médicas Rurales se captan los datos de población, de los servicios médicos otorgados, de las acciones preventivas realizadas, de planificación familiar y de acción comunitaria, así como los referentes a índices sobre morbilidad.

La información de las acciones realizadas es analizada, concentrada y validada a nivel zonal, derivándose al equipo multidisciplinario que, con apoyo del departamento de Integración de la Información ( dependiente de la Jefatura Delegacional de Servicios Médicos ) la concentra y envía al nivel central, quien procesa, valida y emite los listados de control presupuestal tanto de metas como de gastos, mismos que son distribuidos dentro de este mismo nivel central como un instrumento de control, y a nivel delegacional y operativo como una retroalimentación de la información generada a fin de que se analice su ejercicio del presupuesto, coadyuvando así a la toma de decisiones.

Los datos obtenidos a través de la cédula de supervisión operativa en el nivel delegacional se envían al nivel central, donde se procesan y analizan, se toman las decisiones que correspondan y la Coordinación General del Programa **IMSS-SOLIDARIDAD** presenta los resultados al Director General del IMSS, a las



dependencias del propio Instituto , a la Secretaría de Hacienda, a la H.Camara de Diputados, a la Secretaría de Salud y a todas las Instituciones involucradas en el Programa, y retroinforma a las delegaciones para la posible corrección de desviaciones.<sup>51</sup>

La información así obtenida es utilizada con fines de programación, evaluación, asesoría, capacitación, supervisión e investigación, así como para la asignación de recursos humanos y materiales, entre otros.

#### **Sistema de Evaluación.**

La evaluación se realiza periódicamente en todos los niveles, con la finalidad de identificar el cumplimiento de metas y coberturas logradas en la población así como los aspectos relacionados con la calidad de la atención médica, la acción comunitaria y el correcto aprovechamiento de los recursos, materiales y financieros.

Con este conocimiento se está en la posibilidad de adecuar o modificar las normas, técnicas y/o procedimientos de atención y reprogramación de actividades y sus costos a través de los presupuestos anuales de operación.

Una programación de atención a la salud como el que desarrolla IMSS-SOLIDARIDAD debe ser evaluado en función de las modificaciones favorables reales y

---

<sup>51</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de atención Integral a la Salud del programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Op.cit. pp.33 y 34.

permanentes que sobre los niveles de salud esté ocasionando. Entre tanto, los mecanismos de evaluación que normalmente ha incorporado el Programa van permitiendo conocer la disminución en el número y tipo de padecimientos, de causas de muerte y de condiciones ambientales, así como los aspectos socioeconómicos y culturales que inciden sobre la salud.

### **1.1 RECURSOS HUMANOS.**

Como vimos en el punto anterior, el nivel operativo del programa lo constituyen las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales "S"; por lo que en el presente apartado daremos cuenta del recurso humano que tiene básicamente cada uno.

Uno de los problemas más serios de los que han tenido que encarar respecto a la extensión de los servicios médicos a las zonas marginadas, es la carencia de personal médico y su tendencia a no abandonar los centros urbano. La mala distribución territorial de este personal es un indicador significativo del desarrollo desigual que propicia la marginación. Para resolver este problema, el IMSS ha diseñado un sistema de reclutamiento, selección y desarrollo, que bien podría llamarse carrera institucional del médico. Los reclutados a través de la Jefatura de Enseñanza e Investigación sólo tendrán acceso al Posgrado del Instituto si previamente han prestado su servicio social al campo.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Reseña Documental de la Seguridad Social*. Op.cil.p.14.

Así en 1974 se crearon categorías de personal específicas. Se elaboró perfiles de puesto y se aprovecharon los recursos de las propias comunidades, situación que contribuyó al desarrollo económico y cultural. Para los médicos del programa, este es en la mayoría de los casos su primer contacto con el medio rural, lo que implica la separación de su familia y de las comodidades de la ciudad; pese a que generalmente no han sido preparados para comprender y hacer frente a la problemática rural de salud, muchos médicos llegan con interés, intuición y cariño por sus compatriotas; otros, pocos por fortuna, lamentablemente carecen de la disposición afectiva que los acerca a los campesinos. Para subsanar esta situación, se da un curso de inducción al puesto, se les familiariza con las normas y procedimientos de trabajo y se les asesora constantemente para que apliquen el modelo de atención médica del programa con eficiencia.

Se ha dado la participación del personal becario de diferentes disciplinas en el Programa lo cual constituye un acierto técnico y financiero. Acierto técnico porque permite la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo; acierto financiero porque disminuye los costos de operación y ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionistas que en fecha cercana se integrarán al trabajo de la Institución; además, asegura la presencia de personal médico calificado en las zonas rurales.

#### Unidades Medicas Rurales.

El recurso humano está formado fundamentalmente por un médico en servicio social, a quien la Jefatura de Enseñanza e Investigación del IMSS le elabora un contrato

beca por un año. Este médico, recibe un curso de introducción al puesto con un contenido temático orientado al Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria; en su ausencia, esta plaza es desempeñada por un médico contratado nivel 34 con categoría de Médico general de Unidad Medica de Campo,

Se cuenta además con dos auxiliares de área médica previamente adiestradas que hablan el idioma autóctono, cuando se trata de áreas de población indígena; una que labora de lunes a viernes y la que lo hace sábados y domingos, para asegurar que los servicios estén disponibles todos los días del año.<sup>53</sup>

Actualmente se trabaja para alcanzar localidades más dispersas y pequeñas, para lo cual se capacita a técnicos rurales de salud que pueden, además de promover la salud, aplicar biológicos, prestar primeros auxilios y atender algunos padecimientos comunes y de baja complejidad, y derivar los casos que requieren atención médica a los hospitales rurales. Este personal apoyado en la infraestructura y experiencia acumulada, contribuirá en la ampliación de la cobertura de los servicios y en la consolidación de los logros alcanzados.

Dada la importancia de involucrarse de manera comprometida en las diferentes etapas de este proceso, el personal de las unidades médicas se relaciona con las comunidades a su cuidado, propiciando una verdadera interacción concebida como una influencia recíproca, a través del conocimiento mutuo, el dialogo reflexivo y el

---

<sup>53</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Diagnóstico de Salud en las Zonas Marginadas Rurales de México*. Op.cit. p.21.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

79

intercambio de experiencias para que la población se organice, corresponsabilizándose con el personal en el cuidado de su salud, buscando que paulatinamente asuma con iniciativa propia y convicción la actitud del autocuidado de la misma y del mejoramiento de su nivel de vida.

En consecuencia y con objeto de atender a la población de las localidades del área de influencia de las unidades médicas rurales, en asambleas generales se selecciona a miembros de dichas localidades que deseen capacitarse para actuar como asistentes rurales de salud, asesorados y apoyados por el personal de salud. Dicha capacitación que tiene una duración de 2 meses, se centra en el diagnóstico y manejo de padecimientos sencillos de elevada frecuencia, en la promoción del saneamiento básico y en todas las actividades que favorecen el bienestar.

Los asistentes actúan como enlace entre la población y la unidad médica y se vinculan con los Comités Locales de Salud para asesorarlos y apoyarlos, así como con los Promotores Rurales Voluntarios. También participan en las actividades de gestoría cuando la comunidad lo requiere.

#### **Hospital Rural "S".**

En los Hospitales Rurales "S" de 42 camas aproximadamente, el personal del cuerpo de Gobierno está integrado por un Médico Cirujano que funje como Director de la Unidad, una Jefa de enfermeras, un Administrador y un Ingeniero Residente

encargado de la conservación, se cuenta también con 4 a 6 médicos, 4 residentes de especialidades básicas ( cirugía, ginecoobstetricia, pediatría y medicina interna ), 2 técnicos de anestesia, 1 coordinador de medicina preventiva y acción comunitaria, 1 coordinador de enseñanza e investigación clínica, social, epidemiología y operativa, 4 médicos pasantes en servicio social, 2 médicos odontólogos en servicio social, 1 Químico farmacobiólogo en servicio social, 38 auxiliares de área médica, 9 pasantes de enfermería en servicio social, 2 trabajadoras en servicio social, 10 auxiliares de administración, 2 oficiales de conservación, 2 operadoras de mantenimiento, 2 operadores de laboratorio, 1 operador de RX, 24 auxiliares de servicios generales.<sup>54</sup>

La consulta de medicina familiar en los hospitales rurales está a cargo de médicos que habiendo concluido la residencia de esta especialidad en las unidades del IMSS correspondientes a la población asegurada, deben realizar un año de campo como parte de su formación. En su labor son apoyados por otro médico familiar, el que funge a tiempo completo como Coordinador de Medicina Preventiva y acción comunitaria. Adicionalmente tienen a su disposición los servicios de odontología preventiva, medicina preventiva, laboratorio y rayos x existentes en el hospital, así como el personal becario de las disciplinas de Medicina, enfermería, odontología, dietología, trabajo social y químico-farmacobiólogo.

Los Hospitales Rurales "S" prestan atención médica de alta calidad; pues cuentan con especialistas calificados y constituyen motivo de orgullo y reconocimiento tanto nacional como internacional para el Programa.

---

<sup>54</sup> DIRECCION GENERAL DE PLANEACION Y PRESUPUESTO. Diferencia entre los modelos de atención a la población abierta de la Sra. de Salud y el Imss. Op.cit.pp.2 y 3

## **1.2 RECURSOS MATERIALES.**

Para que la seguridad social sea operante en el medio rural es necesario llenar ciertos prerrequisitos : antes de llevar la seguridad social al campo en forma debe darse a los campesinos agua potable, luz eléctrica, caminos. El agua potable de por sí , puede evitar enfermedades infecciosas y parasitarias intestinales. La utilidad de la luz y los caminos constituyen estructuras de apoyo para la actividad médico-social y de la seguridad social son factores indispensables para el trabajo del propio médico, pues no se puede concebir a este haciendo una sola visita en un día, después de una larga y penosa jornada a caballo, a través de la sierra, para atender a un enfermo, mientras desatiende a otros.

Así también la dispersión de las unidades médicas hizo necesario establecer un sistema de radiocomunicación que resultara eficiente y económico. Este sistema garantiza la comunicación entre las unidades de primero y segundo nivel y la asesoría técnica y la solución de problemas diversos. Las Unidades que no cuentan con energía eléctrica han sido dotadas de paneles solares para la atención médica nocturna y operar los equipos de radio las 24 horas.

Sin embargo, básicamente para el cumplimiento de su función, las unidades requieren de abastecimiento, de los grupos terapéuticos y otros que influyen en la prestación de los servicios. La planeación, operación y control del sistema de abastecimiento, representa un gran reto en razón de sus características específicas del ámbito del programa, aun así se cumplen oportunamente.

Se cuenta con un cuadro básico de medicamentos, 91 Claves para Unidad Médica Rural, 212 para hospitales, completándose con guías de equipamiento para operar con eficiencia y eficacia. En algunas áreas, se requiere de apoyo aéreo, lanchas o bestias, además de vehículo de doble tracción por el difícil acceso.

#### **Unidad Médica Rural.**

Las unidades del programa que otorgan servicios de salud a la población rural se elevan a 3,324 con un total de 3,031 consultorios, estas unidades son de 60 m<sup>2</sup> de construcción. En donde existe una sala de espera, un consultorio al cual se encuentra integrado el Archivo Clínico y la Farmacia, un área de expulsión y curaciones y una más de observación con dos camas de tránsito y la habitación para el médico. Las Unidades Médicas rurales son completas y funcionales para las necesidades que deben satisfacer; la población contribuyo a su construcción y colabora en su vigilancia y mantenimiento del primer nivel.<sup>55</sup>

#### **Hospital Rural "S".**

Los hospitales rurales se elevan a 54 unidades con 40 camas en promedio, cuyo ejercicio se autoriza gradualmente con base en indicadores de demanda. Cuentan con 4 o 7 consultorios de medicina familiar, consulta externa de las especialidades, urgencias, odontología, medicina preventiva, centro de educación nutricional, archivo clínico.

---

<sup>55</sup> Vid. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Op.cit. p.22



trabajo social, laboratorio de análisis clínicos, servicios de radio diagnóstico y farmacia abastecida conforme un cuadro básico acorde con los requerimientos de un segundo nivel de atención. Así mismo dispone de áreas de hospitalización de pediatría, ginecobstetricia, cirugía, medicina interna, una sala de cuneros e incubadora, quirófano, tococirugía, central de equipos y esterilización, y servicios de apoyo; sin olvidar el área administrativa que ocupa el cuerpo de Gobierno.

### **1.3 RECURSOS FINANCIEROS.**

La eficiencia de los programas de salud, en el contexto de los países subdesarrollados, consiste en alcanzar un nivel de salud satisfactorio para toda la población a través del uso razonable de los recursos que generen un gasto en salud óptimo desde un punto de vista de las finanzas nacionales. Las fuentes del financiamiento de la seguridad social dependen de la estructura económica y social de cada país. De aquí la necesidad evidente de garantizar al organismo del Seguro Social los medios que le permitan hacer frente a sus obligaciones, las consideraciones de justicia social juegan hoy un papel muy importante en la determinación de las fuentes que son convenientes.

Respecto al financiamiento de la Seguridad Social en el campo, Leopoldo Aguilar García comenta :

*" ... me parece que el campesino asegurado debe compartir los gastos de médico y medicinas pues esta demostrado, psicológicamente, que la mayoría de las personas no estima lo que no les cuesta. En estas condiciones, si el campesino no paga al médico del seguro social, pensara que su consulta gratuita en realidad o apariencia, carece de valor y, en realidad no tendrá utilidad psicológica dicha consulta ".<sup>56</sup>*

En este orden de ideas pensemos que el campesino pagará una mínima cantidad por consulta médica, y otra un poco mayor por visita domiciliaria del médico del seguro, así el campesino estimaría el gasto realizado y no se darían consultas innecesarias; pero que pasaría si este campesino viviera en un lugar muy alejado del consultorio y el simple hecho de trasladarse hacia éste representa un gasto y más aun que los ingresos que percibe a penas cubren y de manera insuficiente sus necesidades mínimas ? sabemos que los servicios de solidaridad social son financiados por la Federación, por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por los propios beneficiados, pero dentro del Programa que nos ocupa la aportación que a estos últimos le corresponde consiste en la realización de trabajos personales de beneficio colectivo para las comunidades en que habitan los cuales propicien alcanzar el nivel de desarrollo necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de la Ley del Seguro Social, sin que para ellos resulte más que un beneficio un perjuicio.

---

<sup>56</sup> AGUILAR GARCÍA, Leopoldo. Medicina Social y Medicina Institucional en México. Op.cit.p.207

El programa de solidaridad social por cooperación comunitaria se encuentra sujeto a las bases de financiamiento que establece el convenio celebrado por el IMSS y la extinta Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de Presidencia de la República ( COPLAMAR ). Dicho convenio observa en su cláusula novena lo siguiente :

*"Para la realización de este programa se gestionara conjuntamente que los costos de inversión y el de operación sean cubiertos por el Gobierno Federal. El IMSS se obliga a administrar y contabilizar separada y pormenorizadamente los fondos que le sean entregados para efectos de inversión y gasto corriente relativos al Programa del Ejecutivo federal a que se refiere este convenio, con independencia total del manejo y operación normales".<sup>57</sup>*

El mismo Convenio establece en la cláusula quinta que :

*" Para efectos administrativos y de prestación de servicios el IMSS incorporará a la brevedad posible, a este programa, las 310 Unidades Médicas Rurales y las 30 Clínicas Hospital de Campo que existen a la fecha ... ".<sup>58</sup>*

---

<sup>57</sup> CONVENIO IMSS-COPLAMAR . México. 1979. p.15.

<sup>58</sup> Ibidem p.11

La aportación del IMSS está sujeta a la decisión tomada por la Asamblea General, que en reunión anual y con vista en las aportaciones del Gobierno Federal determina el volumen de los recursos propios que el instituto puede destinar a la realización del programa. Dichas aportaciones representan un 40 % del ejercicio total del programa correspondiéndole el 60 % restante la aportación del Gobierno Federal, apoyándose en la estructura orgánica y la experiencia operativa del Instituto se ha unido a los lineamientos establecidos en el sistema contable-presupuestal, adecuando en su caso, aquellos que no comulgan con la operatividad del propio programa. Cuenta por lo tanto, con un instructivo presupuestario, el cual marca los lineamientos a seguir para la estimación anual tanto de las metas como de los costos de operación de cada zona específica así como de cada inmueble.

La elaboración de dicho presupuesto está a cargo de cada área o inmueble en particular, mismo que es contemplado y validado por el nivel central, de acuerdo con la estimación de índices inflacionarios y la política de cálculo de las partidas presupuestales de gasto mínimo ( relativas a personal ), así como en el techo financiero estipulado anualmente por la Secretaría de Hacienda. Una vez integrado, el presupuesto se somete a la consideración del Comité de Operación, quien lo envía posteriormente para su aprobación, a los Consejos Estatales de Vigilancia de IMSS-SOLIDARIDAD, mismos que lo remiten a los gobiernos de los Estados; los Comités Estatales de Planeación para el desarrollo tienen, entre otras funciones, la de formular y proponer a los ejecutivos federal y estatal programas de inversión, gasto y financiamiento para la entidad, a fin de enriquecer los criterios conforme a los cuales definen sus respectivos presupuestos de egresos. esto completa una primera etapa presupuestal. que es la

designación de los montos para el programa; la segunda etapa, que vendría a cerrar el ciclo, la forma el control presupuestal.

Por otra parte, el costo de operación de cada Unidad Médica Rural, en promedio para 1984, se calculo en 2 millones 262 mil pesos, mismos que se conformaron por 2 millones 73 mil pesos de gastos directos, y por 489 mil pesos de gastos indirectos. El costo de operación de un Hospital Rural "S", fue en promedio para 1984, aproximadamente de 115 millones 114 mil pesos, mismos que se ejercieron por 105 millones 319 mil pesos en gastos directos, y 9 millones 723 mil pesos en gastos indirectos. Cabe señalar que gastos directos son aquellos que se erogan por la propia unidad, y dentro de los indirectos destacan los relativos a la supervisión delegacional y a la asesoría y apoyo específico del nivel central del programa.<sup>59</sup>

El costo promedio anual por sujeto de solidaridad social en 1984, en razón de la población potencialmente amparada, ascendió a \$ 986.00 el cual incluyó acciones de medicina asistencial, de medicina preventiva y las relativas a la acción comunitaria para la protección a la salud. Cabe aclarar que los costos mencionados no incluyeron el monto de los apoyos administrativos, logísticos, de capacitación, de procesamiento electrónico de la información, de control y de otros ordenes que el IMSS le brinda al Programa con cargo a su operación rutinaria y que, por lo tanto, repercuten sensiblemente en su operación a un costo que el país todavía puede soportar.

---

<sup>59</sup> Vid. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria*. Op.cit. p.16

Por lo que concierne a los recursos financieros, el gasto de operación que comprende principalmente el pago de personal, el abastecimiento y la conservación de la red de servicios del programa, fue de \$39,408 millones en 1986 y llegó a \$572,204 millones en 1991. En cifras relativas, esto significa un aumento de 1,351.99 por ciento, pero al considerar que en el período 1986-1991 se registró un índice inflacionario de 726.2 por ciento, resulta que el incremento real fue de 100.0 por ciento. El gasto de inversión que incluye la reposición de bienes muebles para unidades médicas, la reposición de vehículos, la instalación de sistemas de radiocomunicación y la obra pública, subió de \$2,745 millones a \$12,081 millones, lo que significó un incremento de 340.11 por ciento, tomando en cuenta la inflación del período.<sup>60</sup>

En 1992 se destinaron 585,323 millones de pesos en la operación del programa; 70 % a gastos de personal, 19 % al consumo de bienes, 7 % servicios generales y 4 % en conservación y mantenimiento. El 96 % del gasto total se designó en la operación del programa, sólo el 4 % al nivel central. Esto demuestra que los recursos se dedican a la operación.

El costo anual por Hospital Rural "S" en 1992 fue de 6,393 millones de pesos, 109 millones de pesos por Unidad Médica Rural estos gastos incluyen los directos e indirectos, de operación, supervisión y capacitación. El costo anual por solidariohabitante en 1992 fue de 61,230 pesos.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*. 1991. Op.cit.p.34

<sup>61</sup> VELAZQUEZ DÍAZ, Georgina y otros. " Programa Inss-Solidaridad ". *Revista Médica*, Vol.31. Núm.1. México.1993. p.88

## 2. SISTEMA OPERATIVO.

Anteriormente la seguridad social en México amparaba sólo a los trabajadores de la agricultura más prospera, en la que el gobierno suele tener participación como empresa estatal. En cambio, la mayoría de los trabajadores rurales ( campesinos, pequeños propietarios, tlachiqueros, ordeñadores, pastores ) que trabajan en haciendas y ranchos, así como los artesanos que trabajan en pueblos pequeños quedan por este procedimiento, sin seguridad social.<sup>62</sup>

En consecuencia de esta desigualdad social provocada por el hecho de que los campesinos se les privaba de protección social mientras a los obreros de las fábricas cercanas a las grandes ciudades se les brindaba ésta, han surgido inquietudes en muchos países latinoamericanos, y en algunos incluso se ha traducido en rebeliones.

La introducción de la seguridad social al campo debe considerarse, como algo indispensable, debe realizarse con prudencia, a modo de que no resulte contraproducente principalmente en lo referente a esa excepción de las capas medias de campesinos, debido a prácticas viciosas de sostenimiento económico del seguro social campesino. De ahí que parezca conveniente que en el momento en que se trate de introducir la seguridad social al campo, el seguro social determine cual es el poblado que constituye el centro geográfico de los otros: el que está debidamente conectado con ellos por caminos y otras vías de transporte y comunicación, a modo de que la irradiación de los servicios médicos que en él se ubiquen sean capaces de cubrir a unos 5000 campesinos

---

<sup>62</sup> AGUILAR GARCÍA, Leopoldo. Medicina Social y Medicina Institucional. Op.cit. p.200.

aproximadamente. A ese centro se le adscribiera el médico del seguro social quien, en tales condiciones, se podrá desplazar en todas direcciones hacia los distintos poblados de la zona a los que servira así con mínimo de dificultad y máxima eficacia.

La población abierta ( sin derecho a la Seguridad Social ) representaba en 1982 cerca del 32 % de los mexicanos. Para su atención el Estado había establecido diversos servicios de salud : Secretaría de Salud; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional de Senectud y los Centros de Integración Juvenil, además de que en la década de 1970 se conformaron los Servicios de Salud del Programa IMSS-COPLAMAR. Como se ha venido haciendo estos servicios se han orientado principalmente a la prestación de servicios del primer nivel de atención, atención médica especializada y a la asistencia social de poblaciones en desventaja social, ya sea económica o física. El foco de atención de estos servicios a población abierta ha sido la población rural y urbana marginada que no cuenta con una relación laboral estable y que además tienen importantes problemas de salud y nutrición.

Sabemos que la estructura de los servicios de salud dentro del Sistema de Solidaridad hacia la población marginada rural se encuentra organizada en dos niveles de atención. El primer nivel integrado por las Unidades Médicas Rurales y el segundo, la consulta externa de medicina familiar y especialidades de los Hospitales Rurales, tiene una área de influencia conformada por las comunidades situadas a una distancia de la comunidad que puede ser recorrida en un tiempo no mayor de 60 minutos, utilizando los medios de transporte accesibles y apropiados para la población. En esta área de influencia existe el universo de trabajo en el que, a partir de 1983, se aplica el Modelo de



Atención Integral a la Salud que se describe más adelante<sup>63</sup>, ese universo lo forman en cada una de las Unidades Médicas Rurales, la comunidad sede de la misma más un promedio de tres comunidades vecinas denominadas " de acción intensiva ", y en los Hospitales Rurales, un sector de la comunidad sede más una comunidad de acción intensiva por cada médico adscrito a la consulta de medicina familiar. A la población que habita en el resto de las comunidades se les proporcionan servicios para satisfacer la demanda generada espontáneamente y se les incorpora al programa de salud integral.

El personal del primer nivel es el responsable de aplicar, en su universo de trabajo, el modelo de atención integral a la salud, de satisfacer la demanda de atención médica generada en toda el área de influencia y de proporcionar sin costo alguno a los enfermos los medicamentos que requieren. Para cumplir esto último, a todas las unidades se les suministra periódicamente una dotación suficiente de medicamentos, de acuerdo con un cuadro básico acorde con la patología más frecuente del medio marginado rural. El segundo nivel de atención representado por los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa de especialidades en los hospitales rurales, proporciona apoyo al primer nivel en el diagnóstico y tratamiento de aquellos enfermos con padecimientos graves o de difícil manejo, y servicio médico inmediato a la población que directamente lo solicita.

Con el propósito de asegurar la prestación de servicios y la referencia y contrareferencia de pacientes entre el primero y segundo niveles de atención, la red de unidades médicas del programa está organizada en zonas y regiones a cargo de grupos

---

<sup>63</sup> Vid. *Infra*. Capítulo III. *Modelo de Atención Integral a la Salud*. p.98

zonales y multidisciplinarios de supervisión, cada uno de los cuales dispone de un vehículo para desempeñar mejor su trabajo.

Así pues tenemos como características fundamentales del programa : a) Sujeto. Atención a población abierta rural; b) la atención es en base de libre oferta y demanda; c) cada Unidad Medica Rural atiende a 5000 habitantes aunque no correspondan a los límites político administrativo establecidos; d) por cada 40 Unidades Medicas Rurales es asignado un Hospital Rural "S"; e) por cada 20 unidades se establece una Zona de Supervisión; f) se mantiene la expectativa que de 150,000 a 200,000 habitantes para manejo del segundo nivel y de 15,000 habitantes adscritos al Hospital Rural "S", es decir se relacionan los niveles de atención ( coherencia técnicomédica y administrativa entre 1º y 2º nivel de atención ).

Dentro de su campo de acción : el primer nivel otorga los siguientes servicios: consulta externa, materno infantil, planificación familiar, educación higiénica, inmunizaciones, vigilancia y control de enfermedades transmisibles, detección y control de enfermedades crónico-degenerativas, notificación de padecimientos transmisibles y contactos, envío de muestras para laboratorio clínico del Hospital Rural "S", orientación nutricional y promoción para la utilización adecuada de los alimentos de la zona, atención odontológica, capacitación del personal, participación en programas de control de daños regionales, referencia de pacientes al segundo nivel.

Como apoyo para la operación de este primer nivel se cuenta con : 18 manuales de colección IMSS-SOLIDARIDAD, elaborados y actualizados periódicamente con el

apoyo de las diferentes Jefaturas del IMSS, y el rotafolio de Información y Evaluación de Unidades Médicas Rurales, un manual de normas básicas de conservación, cinco cursos de actualización para el personal descrito; estos cursos también son revisados y ejecutados con el apoyo de las diferentes Jefaturas de nivel Central y Delegacional según programa.

En tanto el segundo nivel presta los servicios de : consulta externa de medicina familiar, consulta externa de las especialidades básicas: ( pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía ), hospitalización en las mismas especialidades, urgencias, laboratorio clínico, radiodiagnóstico, vigilancia epistemológica, centros de educación nutricional y de rehidratación oral, investigación ( clínica, epidemiológica, social y operativa ), docencia ( adiestramiento, actualización y capacitación del personal ), referencia al tercer nivel de hospitales ( universitarios u hospitales regionales de la Secretaría de Salud y otros ).<sup>64</sup>

Los recursos Técnicos de apoyo para el funcionamiento de este segundo nivel de atención son: 11 manuales de procedimientos de administración y archivos clínicos, 4 manuales de procedimientos de enfermería, 1 manual de organización de Hospital Rural, 1 manual de odontología, 1 manual de trabajo social, 1 manual de medicina preventiva, 1 documento básico de Trabajo de Hospitales Rurales "S", Guía diagnóstico Terapéutica, cuadro básico de medicamentos y el rotafolio de información y evaluación, todos ellos están en revisión y actualización permanente con la participación de las diferentes Jefaturas del IMSS a nivel central; actualmente se encuentran en elaboración una serie de

---

<sup>64</sup> DIRECC.GRAL. DE PLANEACION Y PRESUPUESTO. Diferencia entre los Modelos de Atención Integral a la Salud para la población abierta de la Secretaría de Salud y el IMSS. Op.cit. pp.6 y 7

manuales que complementaran el apoyo técnico del Hospital Rural "S". Se cuenta además con 18 cursos para capacitación inicial y actualización permanente del personal de base, confianza y becario de estas unidades.

Dentro del Sistema Operativo de IMSS-SOLIDARIDAD es de vital importancia la Acción Comunitaria que se lleva a cabo tanto en el primero como en el segundo nivel de atención : consistente en la organización y capacitación de la comunidad a través de la Asamblea General; Comités de Salud en la localidad sede y 3 localidades de acción intensiva; 3 asistentes rurales de salud, uno por cada localidad de acción intensiva; promotores sociales voluntarios de la comunidad, uno por cada 10 familias, educación a la población, educación higiénica, promoción de saneamiento familiar con acciones como el manejo adecuado del agua para consumo humano, disposición sanitaria de basuras, disposición sanitaria de excretas, mejoramiento integral de la vivienda, control de fauna nociva y transmisora, promoción de obras y servicios para beneficio colectivo, participación directa de la comunidad en el cuidado de su salud; contribuyendo a la elaboración del diagnóstico de salud, programa correctivo, participación y aseguramiento del plan correctivo, participación en la proyección de las actividades de protección y control de la Unidad Médica Rural a la comunidad.

Es importante señalar que el arraigo del programa ha radicado en el respeto y aprovechamiento de los valores y costumbres de las comunidades. En contraprestación a los servicios recibidos, los miembros de las comunidades beneficiadas realizan trabajos personales en actividades prioritarias y en conjunto obras en beneficio de la salud y el saneamiento ambiental. El comité y el personal médico establecen relación con los

grupos locales, las parteras empíricas, ahora nominadas parteras rurales y los médicos tradicionales, coordinando también las actividades de los promotores sociales voluntarios locales. Estos son principalmente mujeres que se capacitan en la práctica y que participan en actividades que van desde la obtención de información para el Diagnóstico de Salud hasta su colaboración en comisiones de trabajo y asambleas, en el análisis y jerarquización de los problemas colectivos y en las tomas de decisión de los compromisos y acciones que deben generarse para enfrentarlos.<sup>65</sup>

Establescamos por último los objetivos que persigue el programa de Solidaridad Social :

1. Asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyen polos de profunda marginación rural, suburbana, urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal ha determinado como sujetos de solidaridad social.

2. Crear al efecto una red nacional que ha reforzado la infraestructura sanitario-asistencial de México, con disponibilidad de recursos materiales, humanos y económicos, que han hecho viable la prestación eficaz y oportuna de servicios de : medicina general, ginecobstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía, dental, así como de los principales auxiliares de diagnóstico y tratamiento, laboratorio, rayos x y farmacia.

---

<sup>65</sup> Vid. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de atención Integral a la Salud del Programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Op.cit. p. 26

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

### **3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD.**

Al integrarse bajo una sola dirección las actividades médicas y las de desarrollo comunitario que anteriormente realizaba COPLAMAR resulto factible diseñar un Modelo de Atención Integral a la Salud que sustentado en las experiencias de 9 años de trabajo con población marginada y en las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud, realizada en 1978 en Alma Ata ( URSS ) bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, se enriquecio el modelo de atención y las bases de trabajo comunitario implantadas desde los inicios de la solidaridad social, la cual ha permitido promover la participación comunitaria individual y organizada en un ejercicio continuo y coordinado entre el personal de salud y los recursos locales e institucionales existentes para actuar de manera unida y sistemática frente a los principales problemas de salud.

Para responder a las necesidades de la población rural, y con objeto de actuar sobre las causas que condicionan la enfermedad y la muerte, se diseño con base en las características de la realidad social de México un programa de atención a la salud destinado a : Enfrentar las causas o riesgos de la perdida de la salud, así como sus consecuencias; proporcionar atención médica integral, disponible, adecuada, continua y que sea aceptada por la comunidad con un costo factible para el país; disponer de mecanismos de información y evaluación permanentes a nivel de zona, de Delegación y nacional que permitan apoyar su impacto en la salud de la población; promover la participación activa deliberada y sostenida de la comunidad para que en el presente y

futuro ésta asuma su responsabilidad en la planeación, ejecución y evaluación de los Programas de Salud.<sup>66</sup>

El proceso comienza con la realización conjunta, por parte del personal del programa y de la comunidad de un diagnóstico que consiste en identificar y jerarquizar los principales problemas de salud y las causas que los condicionan, se continúa inmediatamente con la planeación de las actividades factibles de realizar para resolverlos, previa reflexión con la comunidad y con los recursos disponibles, así mismo con las características del entorno físico y de las expectativas y posibilidades concretas de la población para actuar frente a los riesgos que amenazan su salud. De tal manera que en la aplicación de la estrategia cada Entidad Federativa y sus municipios, según su realidad política, económica, social y acorde con la composición y coordinación institucional de sus servicios de salud, decidirá sobre las opciones políticas, financieras y administrativas en salud que más convengan para la aplicación de los conceptos básicos y los enfoques estratégicos complementarios de la atención primaria.

En una etapa siguiente de programación se fijan metas a las actividades en función de lograr la mayor cobertura posible entre los grupos o sectores de la población a que están dirigidas; finalmente se da una fase muy importante de ejecución y otra inmediata de evaluación, en la que se valora con periodicidad mensual y anual, además de la calidad del trabajo realizado, el cumplimiento de las metas y la cobertura lograda con las actividades, así como su repercusión sobre los problemas de salud que se planeó resolver, también se valora el compromiso de los involucrados y se reconocen aciertos y

---

<sup>66</sup> Cfr. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de Atención Integral a la Salud del programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Op.cit. p.20



deficiencias. Esta evaluación obliga a la constante revisión de estrategias, universos y metas para que la planeación sea cada vez más apegada a la realidad y se haga en los niveles en donde deben tomarse las decisiones, con base en la problemática y en los recursos reales existentes.

Aunque el proceso descrito transformado en un método simple de trabajo, está destinado a operar en el primer nivel de atención - que integran las unidades médicas rurales y los servicios de medicina familiar de los hospitales rurales - se toman en cuenta los recursos hospitalarios, buscándose con ello la prestación integral del servicio médico para articular los dos niveles de atención del programa.

Es así como desde los inicios de la solidaridad social se propuso que la organización comunitaria adecuada para la operación del Modelo sería aquella conformada por una Asamblea General, un Comité de Salud y un grupo de Promotores Voluntarios.

De acuerdo con el esquema de operación actual, la Asamblea General se constituye con la población de una localidad, que conforme a los patrones culturales locales, tiene la facultad de intervenir en reuniones comunales. Entre su quehacer más importante destaca el de aprobar el plan de trabajo y el programa de actividades de la comunidad y elegir anualmente al Comité de Salud, que a su vez es un organismo permanente de gestoría local en cuanto a salud y bienestar, constituido por un presidente y los vocales de saneamiento, salud y nutrición; la Asamblea delega en el Comité de Salud la facultad de hacer participar a la población en la tarea de resolver sus problemas

de salud y de representar a la comunidad ante el personal de la unidad médica; existe un Comité de Salud en la localidad cede de la Unidad de Medicina Rural, y por lo menos en cada una de las localidades de " Acción Intensiva ". Los promotores voluntarios son individuos miembros de la comunidad que tienen a su cargo a un grupo de familias, incluida la propia, y participan en actividades que van desde obtención de la información para el diagnóstico hasta la realización organizada de acciones tendientes a propiciar el bienestar comunal.

En el Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa se concede especial importancia a las diversas expresiones de la medicina tradicional, al establecer por un lado, la necesidad de conocer los recursos para la salud tanto humanos como terapéuticos que la población rural marginada ha empleado de modo secular en la atención de sus padecimientos, con la finalidad de propiciar su aprovechamiento posterior; y por otro, el de atender con mayor profundidad la manera como la población rural, particularmente los grupos étnicos, conciben la salud y la enfermedad para, con pleno respeto a su cultura, otorgarles un mejor servicio.

Como parte importante de la atención a la salud es preocupación fundamental del programa, mejorar la calidad y calidez de la atención médica que se otorga a la población solidarohabiente. Es por eso que : cada consulta, cada estudio, cada internamiento y cada intervención quirúrgica, realizadas son circunstancias que permitan mejorar la interacción con la comunidad para garantizar la aplicación del modelo de atención integral a la salud. Se debe puntualizar que la productividad no es un objetivo del programa sino un medio para mejorar la salud de la población amparada a través de

sus efectos. Ya que la atención integral que sustenta el Programa se entiende como una actividad continua e integrada de promoción, protección, curación y rehabilitación dirigida no sólo al individuo, sino muy esencialmente al grupo familiar y a la comunidad.

El modelo ha llevado a la necesidad de concebir y desarrollar formas de organización de los servicios de salud bajo un enfoque integral para llevar a cabo las actividades respectivas, de tal manera que su aplicación se realice en cualquier nivel y no en forma exclusiva en el primer nivel de atención de los servicios de salud institucionalizados. Esta nueva forma de proporcionar los servicios constituye la esencia de la estrategia de atención primaria de la salud. Dicha estrategia destaca la participación de la comunidad en definitiva, de tal modo que en la operación, la atención primaria debiera sensibilizar y orientar las acciones que la comunidad ha realizado en forma tradicional para el cuidado de su salud.

Ahora bien, la participación de la comunidad se da en diferentes niveles de la organización. A nivel Estatal, con los Consejos Estatales de Vigilancia integrados por representantes del Gobierno Local, de las dependencias del Gobierno Federal involucradas en el Programa, de las Organizaciones campesinas e indígenas y de los grupos voluntarios, todos estos apoyando en la solución de problemas operativos, a fomentar el adecuado uso de los servicios y a promover la participación de la población beneficiada. A nivel Local donde está representado el municipio, las organizaciones locales, los profesores y otros, así como los grupos voluntarios; siendo responsables de orientar a la población sobre los servicios que presta el programa, analizar y en su caso

canalizar las quejas presentadas por la población en relación a los servicios proporcionados por las Unidades Médicas, entre otras actividades.<sup>67</sup>

Cabe aclarar, que la atención primaria no es atención de segunda clase ni está destinada sólo a comunidades rurales y grupos marginados; ni para ser proporcionada por personal empírico. La atención primaria con un enfoque de atención integral a la salud, es una atención de buena calidad en la cual intervienen grupos profesionales, técnicos, auxiliares y miembros de la comunidad capacitados, de acuerdo con las circunstancias, los niveles de responsabilidad del personal y las características propias de cada comunidad, urbana o rural.

Considerada como verdadera expresión de la atención integral a la salud, la atención primaria tiene aplicación y validez en todo programa de servicios de salud sin importar cuál sea la institución que la desarrolle; es decir, no está sujeta a la aplicación de una determinada institución del sector salud y el Modelo de Atención Integral a la Salud, como ya se estableció tiene como eje rector la atención integral, la cual es factible de ser realizada frente al individuo o la colectividad con su participación voluntaria.

En la primera situación por vía del método clínico, el equipo de salud de las unidades médicas valora cada uno de los casos que acuden en demanda de servicio, con el propósito de diagnosticar su estado general de salud y de proporcionarle el tratamiento necesario de acuerdo con la patología identificada. De comprobar la presencia de padecimientos transmisibles, aplica las medidas preventivas indispensables para evitar la

---

<sup>67</sup> *Ibidem* p.26

posible repercusión de éstos en la salud de la familia y de la población. Así mismo efectúa junto con la comunidad, el seguimiento y control de los enfermos que lo ameritan, o su traslado oportuno al segundo nivel de atención. De corresponder el caso de una persona sana, de común acuerdo con ella y de sus acompañantes se adoptan todas las medidas indispensables para preservar su salud y la de su familia.

En la segunda situación, mediante un proceso de reflexión y diálogo continuo, el personal del programa y la comunidad efectúan, al inicio de cada año, el diagnóstico de salud local, que consiste en identificar de qué muere y enferma la población y cuáles son las causas de ello. Planean, programan y ejecutan las actividades para resolver los principales problemas de salud, considerando todos los recursos disponibles, entre ellos los federales, estatales y municipales, y los propios de la comunidad, incluidos los de la medicina tradicional, evalúan resultados con la finalidad de conocer los efectos de las actividades realizadas sobre la salud comunitaria; también se valora el compromiso de los involucrados, se reconocen aciertos y diferencias y, con base en ello, se impulsan o reorientan acciones.

Por otra parte el modelo descrito tiene como rasgo distintivo la integralidad porque :

- Facilita que el equipo de salud oriente la prestación de servicios a las personas enfermas, así como a las sanas, en forma individual, familiar o colectiva, y vincula su labor en la unidad con la que realiza la comunidad.

- Posibilita que los equipos de salud y la comunidad identifiquen juntos los principales problemas de salud, analicen sus causas y sus efectos, planeen y realicen actividades para resolverlos, y evalúen sus resultados, en conclusión refuerza la sensibilización y participación de la comunidad.

- Permite a la comunidad articular sus recursos a los aportados por el programa IMSS-SOLIDARIDAD y por instituciones públicas, responsables del desarrollo rural, con base en un propósito único.

En síntesis, el Modelo de Atención a la Salud del Programa Nacional de Solidaridad Social cumple con el ideal formulado en la reunión internacional de Alma-Ata, como se desprende de las razones siguientes:

- Da prioridad al primer nivel de atención.
- Se sustenta en un método dirigido a incidir sobre las causas que originan las enfermedades más frecuentes de una comunidad.
- Incluye procedimientos que hacen posibles involucrar a la población en el cuidado y vigilancia de su salud.
- Considera los recursos de la Medicina tradicional.
- Promueve la coordinación interinstitucional y el aprovechamiento óptimo de los recursos.
- Es congruente con la situación económica del país.

**Aún más : al hacer realidad la prestación integral del servicio médico, articulando la medicina de primer contacto con la hospitalaria, el Programa Nacional de Solidaridad Social enriquece el esquema de atención primaria propuesto en esa reunión.**

## **CAPITULO IV**

### **LEY DEL SEGURO SOCIAL.**

El Seguro Social con fundamento en la solidaridad social además de otorgar las prestaciones inherentes a su finalidad podrá proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo, donde se contemplan : a) prestaciones sociales y, b) servicios de solidaridad social, estos últimos comprenden asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria; para lo cual el Instituto Mexicano del Seguro Social implementa el Programa Imss-Solidaridad estableciendo y operando unidades médicas en favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país son, como ya vimos anteriormente, polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana.

Hay que recordar que las prestaciones otorgadas dentro del Programa Imss-Solidaridad en cada una de ellos se contempla de conformidad con la Ley del Seguro Social, que la contraprestación no es un aportación en dinero sino la realización de trabajos personales por parte del solidariohabitante encaminadas al mejoramiento de su salud y el de su familia, así como de actividades que se proyectan a nivel comunidad a fin de alcanzar el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de la Ley del Seguro Social e influir así en la ampliación de la seguridad social misma.



Es menester puntualizar que el Programa IMSS-SOLIDARIDAD no contempla los seguros del régimen obligatorio dado que, como ya se mencionó, solamente se otorgan los correspondientes de solidaridad social como son: prevención de algunas enfermedades vulnerables por vacunación, asistencia médica y estomatológica y coadyuvar al desarrollo económico y social de las comunidades marginadas, los que se pueden englobar como fomento a la salud; sin embargo, considero necesario exponer los seguros de enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; así como el seguro de guarderías para los hijos de aseguradas que se contemplan exclusivamente en el Régimen Obligatorio de seguridad social, no así para la población sujeta al régimen de IMSS-SOLIDARIDAD, todas estas prestaciones nos permiten ver el alcance que ha tenido el Instituto Mexicano del Seguro Social, que además de otorgar todo el monto de las prestaciones contenidas en la Ley del Seguro Social a la población en actividad económica y que cotiza al mismo, tiene la capacidad de extender acciones de Solidaridad Social apoyado ampliamente por el Ejecutivo Federal; por lo anterior se considera conveniente describir sencillamente este tipo de seguros.

## **1. SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD.**

De acuerdo con Manuel Alonso Olea, en sus *Instituciones de Seguridad Social*, la enfermedad se manifiesta como riesgo económico en cuanto : 1) produce una disminución de los ingresos resultantes de la imposibilidad que el enfermo tiene para trabajar, y 2) un gasto para combatir la enfermedad. De ahí que, para combatirlo, se organice el seguro de enfermedad, que se integra en un sistema de seguridad social ( Régimen obligatorio de Seguridad Social ).<sup>68</sup>

En México, mediante este ramo del Seguro de Enfermedades quedan amparadas como beneficiarios :

1.- El asegurado (a).

2.- El pensionado (a) por : a) incapacidad permanente; b) invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada; y c) viudez, orfandad o ascendencia.

3.- La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien haya hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Cabe aclarar que en caso de que el asegurado tenga varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho

---

<sup>68</sup> ALONSO OLEA, Manuel. *Instituciones de Seguridad Social*. Ed. Civitas. ed. 10ª. España. 1985. p.132.

a la protección. En caso del esposo de la asegurada, gozará del mismo derecho o, a falta de éste el concubino.

4.- La esposa del pensionado por incapacidad permanente o por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y a falta de la esposa la concubina; gozando del mismo derecho el esposo de la pensionada o a falta de ésta el concubino.

5.- Los hijos menores de 16 años del asegurado (a) o pensionado (a) por incapacidad permanente o invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada.

6.- Los hijos del asegurado (a) hasta la edad de 25 años cuando realicen sus estudios en planteles incorporados al sistema educativo nacional o, si no pueden mantenerse por su propio trabajo en consecuencia de una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparesca dicha incapacidad.

7.- Los hijos mayores de los 16 años de los pensionados (as) por incapacidad permanente, invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, que estén disfrutando de asignaciones familiares.

8.- El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste; y

9.- El padre y la madre del pensionado por incapacidad permanente, invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada.

Tratándose de los puntos 3 a 9, los amparados deberán además depender económicamente del asegurado o pensionado y que éste tenga derecho a las prestaciones en especie.

Respecto al régimen financiero, es decir a los recursos necesarios para cubrir las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de enfermedades y maternidad, éste se obtendrá de las cuotas a que están obligados a cubrir los patrones y los trabajadores, consistentes a el 8.750% y 3.125% respectivamente, sobre el salario base de cotización.

En este aspecto la Ley del Seguro Social nos dice :

*" ... el salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, y las gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por sus servicios ".<sup>69</sup>*

En lo referente al seguro de enfermedad éste tendrá como fecha de iniciación el día en el que el Instituto Mexicano del Seguro Social certifique el padecimiento; y

---

<sup>69</sup> LEY DEL SEGURO SOCIAL. Op.cit.p.14.

tratándose del seguro de maternidad cuando el mismo Instituto certifique el estado de embarazo, señalando la fecha probable del parto para que se pueda así hacer el computo de los 42 días anteriores a aquél, y en su caso otorgar el subsidio correspondiente.

#### **Prestaciones en Especie.**

Para el caso de enfermedad, se otorgará asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria desde el comienzo de la enfermedad y durante 52 semanas para el mismo padecimiento; si transcurrido ese tiempo continua la enfermedad se prorrogará por 52 semanas más previo dictamen médico. En caso de maternidad, se otorgará asistencia obstétrica, ayuda en especie para lactancia por 6 meses y una canastilla al nacer el hijo.

#### **Prestaciones en Dinero.**

El Seguro otorgará un subsidio en dinero a partir del cuarto día que se dictamine la enfermedad por el Instituto hasta por 52 semanas, pudiendo ser prorrogadas otras 26 semanas previo dictamen médico.

Se tendrán como requisitos para que se otorge dicho subsidio en dinero los siguientes : a) que el trabajador tenga por lo menos cubiertas 4 cotizaciones anteriores a la enfermedad, tomando cada cotización como una semana; b) si se trata de trabajador

eventual debe tener cubiertas 6 cotizaciones en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

El monto del subsidio que otorga el Instituto según la tabla que actualmente contempla la Ley del Seguro Social, nos habla de salarios desde \$50.00 diarios hasta \$280.00, tomándose un promedio para otorgar el subsidio pero pasando de los \$280.00 el subsidio será del 60% del salario con el que se está cotizando.<sup>70</sup>

La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al 100% del salario promedio de su grupo de cotización, recibiendo durante 42 días antes del parto y 42 días después del mismo; debiendo para ello haber cubierto por lo menos 30 cotizaciones en el año anterior a la fecha probable de parto, que el Instituto haya certificado el embarazo así como la fecha probable de parto y que no desempeñe trabajo remunerado alguno y que sea sujeta de incorporación a el régimen según la Ley del Seguro Social.<sup>71</sup>

Para el caso de que algún asegurado quedara privado de trabajo remunerado pero que haya cubierto antes de tal privación un mínimo de 8 cotizaciones interrumpidas conservara él y sus beneficiarios durante 8 semanas posteriores el derecho a recibir asistencia médica, de maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria.

---

<sup>70</sup> Ibidem p.41

<sup>71</sup> Ibidem p.42

## 2. SEGURO POR RIESGOS DE TRABAJO.

La Ley del Seguro Social nos dice en sus artículos 48 a 50 :

*" Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades, a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo ... accidente de trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste ... también ... el que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél " 72*

*" Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios " 73*

Cabe señalar que no se consideran riesgos de trabajo los que sobrevengan por algunas de las causas establecidas en el artículo 53 de la Ley del Seguro Social, como : si el accidente ocurriese estando el trabajador en estado de embriaguez; si la incapacidad

---

<sup>72</sup> *Ibíd*em p.21.

<sup>73</sup> *Idem*

es consecuencia de alguna riña o intento de suicidio; si el siniestro es consecuencia de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado; por citar algunos.

**En general todo riesgo de trabajo puede producir :**

**1.- Incapacidad Temporal, consistente en la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo;**

**2.- Incapacidad Permanente Parcial, es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilitan parcialmente a una persona para desempeñar su trabajo por el resto de su vida;**

**3.- Incapacidad Permanente Total, parecida a la anterior pero aquí la incapacidad es total;**

**4.- Muerte.**

Las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo, serán cubiertas íntegramente por las cuotas que deban pagar los patrones, determinándose éstas en relación con la cuantía del salario base de cotización, y con los riesgos inherentes a la actividad de la negociación de que se trate, es decir las empresas serán clasificadas de



acuerdo a su actividad en 5 clases señalándose para cada una los grados de riesgo; de esta manera las primas en por cientos son las siguientes, cabe señalar que tanto en inferior como superior al medio grado se han puesto únicamente la mínima y la máxima

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V
Inferior al medio	0.34785	0.64140	1.32635	3.18550	5.14250
	0.44570	1.03280	2.50055	4.55540	7.49090
Grado medi	0.54355	1.13065	2.59840	4.65325	7.58875
Superior al medio	0.64140	1.22850	2.69625	4.75110	7.68660
	0.73925	1.61990	3.87045	6.12100	10.03500

El Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social promoverá ante las instancias competentes, cada tres años, la revisión de la tabla anterior, para propiciar el equilibrio financiero en este ramo de seguro.<sup>74</sup>

#### Prestaciones en Especie.

Dentro del Seguro por Riesgos de Trabajo las prestaciones en especie contemplan : a) la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; b) servicios de hospitalización; c) aparatos de prótesis y ortopedia; y d) rehabilitación.

<sup>74</sup> Ibídem p.p.29 a 32.

### Prestaciones en Dinero.

**Incapacidad Temporal.** Se le otorgará al trabajador mientras dure la inhabilitación el 100% del salario que tenía al momento de ocurrir el riesgo, esto en tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o se le declare una incapacidad permanente parcial o temporal.

**Incapacidad Permanente Total.** Al asegurado que se le declare este tipo de incapacidad recibirá una pensión mensual consistente al 70% del salario con el que estaba cotizando.

**Incapacidad Permanente Parcial.** Dentro de ésta el asegurado recibirá una pensión que se calculará de acuerdo a la Tabla de valuación contenida en la Ley Federal del Trabajo tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad permanente total.<sup>75</sup>

Estas prestaciones en dinero se le pagarán directamente al asegurado, salvo los casos en que se compruebe su incapacidad mental ante el Instituto, en donde se pagará a la o las personas que esten al cuidado del incapacitado.

**Muerte.** Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, se otorgarán a las personas correspondientes la prestación de especie contemplando los

---

<sup>75</sup> *Ibidem* p.24

servicios ya mencionados a excepción de aparatos de prótesis y ortopedia; dentro de las prestaciones en dinero se maneja lo siguiente :

a) a la persona de preferencia familiar del asegurado que presente copia del acta de defunción y la cuenta original de los gastos de funeral; se le otorgará el pago de una cantidad igual a dos meses del salario mínimo general que opere en el Distrito Federal a la fecha del fallecimiento.

b) a la viuda se le otorgará un 40% de la pensión que le hubiere correspondido al asegurado o de la que estuviera recibiendo por riesgo de trabajo, lo cual implica que se puede otorgar también a la viuda de un pensionado por riesgo de trabajo, siempre y cuando la muerte sea por causas del riesgo de trabajo que origino dicha pensión; la misma le corresponde al viudo que estando totalmente incapacitado hubiera dependido económicamente de la asegurada. Esta pensión prevalecera mientras los citados no contraigan nuevamente nupcias o entren en concubinato.

c) a cada uno de los huérfanos ya sea de padre o madre, que estén totalmente incapacitados se les otorgará una pensión del 20% de la que le hubiese correspondido al asegurado por una incapacidad permanente total; en tanto no recupere su capacidad de trabajar.

d) a los huérfanos de padre o madre menores de 16 años con capacidad de trabajar se les otorgara la misma pensión señalada en el inciso c) hasta que cumplan los

16 años, sin embargo, esta pensión se podrá extender hasta una edad máxima de 25 años, cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional, previo estudio de su situación socioeconómica y que no sea sujeto del régimen del seguro obligatorio.

e) para el caso de los dos incisos anteriores, si posteriormente muriese el otro progenitor, la pensión a que tuviesen derecho los huérfanos aumentará a el 30% de la que le hubiese correspondido a el asegurado tratandose de incapacidad permanente total.

En caso de que no exista viuda, huérfanos o concubina, se les otorgará a cada ascendiente dependiente económicamente del asegurado, una pensión del 20% de la pensión que hubiese correspondido al fallecido en caso de incapacidad permanente total.

### **3. SEGURO POR INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE.**

Este Seguro protege de los riesgos de invalidez, vejez, la cesantía en edad avanzada y la muerte del asegurado o pensionados según corresponda. El pago de las pensiones que por concepto de los tres primeros riesgos proceda, se suspenderá por el tiempo en el que él pensionado desempeñe un trabajo comprendido dentro del Régimen del Seguro Social; sin embargo esto no opera cuando el pensionado por invalidez desempeñe con diferente salario un diferente puesto al que ocupaba cuando se declaró la pensión.

Cabe señalar que si el asegurado tuviere derecho a dos o más pensiones, por el hecho de ser asegurado y beneficiario de otro u otros asegurados, el total de la cuantía de las pensiones no debe exceder del 100% del salario promedio del grupo mayor, entre los que se tomaron como base para determinar la cuantía de las pensiones concedidas.<sup>76</sup>

Ahora describiremos por separado los citados riesgos que comprende el presente seguro comenzando por el seguro de invalidez.

#### **INVALIDEZ.**

Se está en presencia de la invalidez :

---

<sup>76</sup> *Ibidem* p.45

*"... cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales".<sup>77</sup>*

Las prestaciones que otorga son :

a) pensión temporal o definitiva, siendo la primera aquella que se otorga al asegurado por periodos renovables, en los casos de que se de la posibilidad de que éste recupere el trabajo, o cuando por una enfermedad no profesional persistente, se termine el derecho al subsidio y ésta continúe.

b) asistencia médica,

c) asignaciones familiares, las cuales son una ayuda por concepto de carga familiar dentro de la cual se le otorga a la esposa o concubina el 15% de la cuantía de la pensión; para cada hijo menor de 16 años el 10%; ahora bien si el pensionado no tuviere esposa o concubina ni hijos menores de 16 años se dará el 10% para cada uno de los ascendientes que dependan económicamente de él; en el caso de que tampoco existieran estos se le concedera el equivalente al 15% de la pensión que le correspondiera. Estas asignaciones preferentemente se entregan al pensionado, pero la que le correspondiese a

---

<sup>77</sup> *Ibidem* p.46

los hijos se le podrá dar a la persona o institución que estén a cargo de ellos, siempre y cuando no vivan con él; así mismo estas asignaciones cesaran en caso de muerte del familiar que las originó, en el caso de los hijos cuando estos mueran o cumplan 16 años de edad o bien los 25 años siempre y cuando hayan continuado sus estudios en planteles del sistema educativo nacional.

d) ayuda asistencial, al pensionado o viuda pensionada, cuando por su estado físico requieran que lo asista otra persona, ya sea de manera permanente o continua; en base a un dictamen médico la ayuda consistirá en el aumento hasta el 20% de la pensión que este disfrutando.

El derecho a la pensión por invalidez comienza a partir del día en que se produzca el siniestro y en caso de no poder fijar el día, desde la fecha de la presentación de la solicitud para obtenerla; en caso de que el pensionado se niegue a practicarse los exámenes previos y al tratamiento médico prescrito o ya iniciado lo abandone procederá la suspensión del pago de la pensión.

#### VEJEZ.

Contiene las mismas prestaciones que el seguro de invalidez, pero para tener derecho a él se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años de edad y que tenga reconocidas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social por lo menos 500 cotizaciones.

## CESANTÍA EN EDAD AVANZADA.

La Ley del Seguro Social nos dice al respecto :

*" ... existe cesantía en edad avanzada cuando el asegurado queda privado de trabajos remunerados después de los sesenta años de edad ".<sup>78</sup>*

Contempla las mismas prestaciones que las dos anteriores siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos :

- a) tenga por lo menos 500 cotizaciones semanales,
- b) tenga 60 años cumplidos,
- c) quede privado de trabajo remunerado.

En consecuencia el derecho a este seguro se tendrá a partir de que se cumplan estos requisitos, se solicite su otorgamiento y haya sido dado de baja del régimen del seguro obligatorio; sin embargo existe una característica muy importante, y es el hecho de que al tener éste seguro se excluye la posibilidad de que posteriormente se otorge una

---

<sup>78</sup> Ibidem p.49



pensión de invalidez o de vejez, a menos de que el pensionado reingrese al régimen obligatorio del seguro social.

#### **MUERTE.**

Para el caso de que ocurra la muerte del asegurado o pensionado por los 3 seguros anteriores, se le otorgaran a los beneficiados las pensiones de viudez, orfandad o ascendencia según sea el caso, ayuda asistencial de la pensionada por viudez y asistencia médica, para lo cual se deben cumplir los siguientes requisitos :

a) que el asegurado tenga al fallecer reconocidas mínimo 150 semanas cotizadas,

b) que el fallecimiento no ocurra como consecuencia de un riesgo de trabajo,

c) o que estuviera pensionado por alguno de los anteriores seguros.

Cabe señalar que existen otros requisitos para los cónyuges, independientemente de los anteriores y son :

a) que la muerte del asegurado aconteciera después de los 6 meses de haber contraído matrimonio, o que tenga hijos del asegurado,

b) el casamiento sea anterior a que cumpla el asegurado 55 años de edad, o que tenga hijos del asegurado,

c) que contraiga matrimonio antes de que el asegurado reciba alguna pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, o que haya transcurrido por lo menos un año después de haber recibido la pensión, salvo que tenga hijos del asegurado,

d) en caso de ser asegurada la que falleció, el esposo deberá también estar impedido y depender económicamente de la asegurada.

Por lo que se refiere a las prestaciones en dinero de éste seguro se le otorgará por concepto de pensión de viudez el 90% de la pensión que tenía el pensionado fallecido, o del que le hubiere correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez; si la viuda volviera a contraer nupcias o viviera en concubinato el derecho a ésta cesará y recibirá un finiquito de 3 anualidades del monto de la pensión.

En el concepto de pensión de orfandad de padre o madre el monto será del 20% de la pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada que el asegurado gozaba a el fallecer; o del que le hubiere correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez; si el huérfano es de padre o madre el monto se incrementará a un 30%, cuando la pensión de orfandad cese se otorgará con la última mensualidad al huérfano un finiquito equivalente a 3 mensualidades de su pensión.

La pensión de ascendencia se otorgara en caso de no existir las dos anteriores y el monto sera del 20% de la pensión que el asegurado estuviere gozando al fallecer o del que le hubiere correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez.

Ahora bien la prestación en dinero que le corresponde al seguro de invalidez y de vejez, tenemos que se compondrá de una cuantía básica y el incremento anual computados de acuerdo con el número de cotizaciones semanales reconocidas al asegurado con posterioridad a las primeras 500 semanas de cotización, según el artículo 56 de la Ley del Seguro Social.

Por lo que respecta al seguro de cesantía en edad avanzada la corresponderá a el asegurado una cuantía que se calculara de acuerdo con la siguiente tabla :

<b>Años cumplidos</b>	60	61	62	63	64
<b>Pensión en % (cuantía)</b>	75%	80%	85%	90%	95%

Por último, los recursos necesarios para cubrir las prestaciones del seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte se complementaran por las aportaciones que están obligados a cubrir los patrones y los trabajadores; siendo estas cuotas del 5.950% y el 2.125% sobre el salario base de cotización, respectivamente.<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Ibidem p.60

#### **4. SEGURO DE GUARDERIAS.**

Este seguro es proporcionado a aquellas madres aseguradas, en caso de no poder proporcionar cuidados maternos durante su jornada de trabajo a sus hijos.

La finalidad de éste atiende a cuidar y reforzar la salud del niño y su buen desarrollo inculcando sentimientos de unión familiar y social; manejar conocimientos que promuevan la comprensión, imaginación; promover hábitos higiénicos; entre otros, todo esto con respeto a la formación que los niños reciban por parte de su familia.

Así se tendrá derecho a este seguro de guarderías durante las horas de jornada de trabajo de la madre asegurada, a partir de que los hijos beneficiados tengan 43 días de nacidos y hasta que cumplan cuatro años de edad; en caso de que se trate de un asegurado viudo, éste también tiene derecho al mismo seguro.

Dentro de las prestaciones que otorga este seguro de guarderías a los hijos beneficiados, se incluyen los siguientes servicios :

a) servicios de aseo,

b) alimentación.

c) cuidado de la salud,

d) educación, y

e) recreación.

En lo referente al financiamiento de este seguro, los patrones debe cubrir íntegramente una prima cuyo monto es del 1% sobre el salario base de cotización; independientemente del hecho de que tengan o no trabajadoras a su servicio.<sup>80</sup>

Por último, si la asegurada es dada de baja dentro del régimen obligatorio, conservara por cuatro semanas más después de su baja el derecho a las prestaciones que contempla este seguro.

---

<sup>80</sup> *Ibíd*em p.72

## **CONCLUSIONES.**

**PRIMERA.** Es necesario que la sociedad y Estado se reorganicen en forma tal, que se continúe proporcionando a todos los mexicanos los servicios mínimos necesarios para cubrir contingencias sociales; teniendo en cuenta que la conservación de la salud no es un problema meramente médico, sino la resultante de las condiciones educativas, económicas, sociales y aun políticas de una comunidad, mismas que influyen en mayor proporción en los niveles de vida y salud de la población y que dentro del concepto moderno de salud, se encuentre asociado el de salud integral, es decir, la obligación del Estado como representante de la sociedad, de proporcionar a todos los mexicanos también los mínimos de bienestar para una existencia digna y decorosa de justicia social e igualdad.

**SEGUNDA.** En nuestro país se ha dado un desarrollo desequilibrado que se traduce en diversos problemas de marginación, que nos obligan a reconocer la existencia de un México urbano con altas tasas de crecimiento económico, y un México rural con indicadores bien definidos del estancamiento que todavía prevalece en muchas zonas. Esta situación ha determinado que en respuesta, el gobierno de la República elabore programas tendientes a asegurar un desarrollo equilibrado y más justo, que además garantice los derechos humanos y la paz social.

**TERCERA.** Es evidente que el desarrollo de los servicios de solidaridad social que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social a la población rural marginada se ha enriquecido en forma, contenido y aplicación, a lo largo de los últimos 10 años, merced

a la experiencia acumulada de la misma operación y al papel preponderante que estos servicios han desempeñado como instrumento de la política social de un régimen profundamente comprometido con el logro de una sociedad más justa, y por lo tanto más igualitaria.

**CUARTA.** Desde sus etapas iniciales el programa IMSS-SOLIDARIDAD ha tenido tres rasgos distintivos: primero, mantener como el eje central de su acción el objetivo de mantener la salud de las comunidades rurales marginadas con su participación voluntaria; segundo, actualizar y en algunas ocasiones, proyectar sus normas y procedimientos de trabajo a la realidad social y avances de la población solidariohabitante; y tercero, evaluar de manera sistemática los resultados obtenidos con las acciones de salud a fin de reforzar y reorientar sus políticas, estrategias y recursos para la salud.

**QUINTA.** El Modelo de Atención Integral a la Salud que se presenta, trasciende con un enfoque preventivo y de integralidad sin descuidar la medicina asistencial, la que partiendo de un diagnóstico de salud comunitaria, identifica los problemas, sus causas y soluciones, aglutinándolos en un plan de salud del cual se desprende un programa de actividades. En todo el proceso antes descrito se involucra ampliamente a la comunidad, no tanto en función de un ordenamiento legal, sino como parte sustancial de la estrategia en salud, para que la población asuma su responsabilidad en el autocuidado de su salud, mediante el desarrollo de actividades sencillas, económicas y tecnología apropiada, importantes en el mejoramiento de la salud individual y colectiva.

**SEXTA.** La cobertura del programa IMSS-SOLIDARIDAD toma en cuenta las características sociales, culturales y económicas de la población rural. Esto es de especial trascendencia en el agro mexicano, por ser tan dispar, por sus variantes económicas, sociales y culturales, determinadas en ocasiones por distintas tradiciones étnicas, conceptos y costumbres, por lo que se aplica con un enfoque flexible que lo hace posible, tomando en cuenta esa dinámica, garantiza una efectiva protección mediante el otorgamiento de prestaciones médico-preventivas y de organización a la familia campesina, desde un mínimo necesario hasta un máximo posible, en función de las características propias de cada región, estado, municipio y localidad.

**SEPTIMA.** La protección de los débiles económicamente en las áreas rurales, mediante el ejercicio de esta solidaridad, no ha comprometido el equilibrio financiero de la institución, ni ha afectado a los grupos ya incorporados al régimen obligatorio del Seguro Social que cotizan en los diferentes esquemas de aseguramiento. Este esfuerzo solidario nacional, implica que en un país como México, la aplicación razonable de los recursos de salud asignados influyen importantemente coadyuvando los niveles de vida y salud de los mexicanos más necesitados.

**OCTAVA.** Por último, se considera que los objetivos del Programa para el futuro inmediato son : consolidar los logros obtenidos, aumentar la cobertura de los servicios, mejorar la calidad de la atención médica e incrementar la participación comunitaria, y en forma mediata lograr la transición epidemiológica de la población solidariohabitante.



Hoy en día el Instituto Mexicano del Seguro Social ha logrado avances significativos; sin embargo, la misma dinámica institucional permitirá superarlos en razón de cubrir algunas necesidades de la población todavía rezagadas y otras que por circunstancias naturales, económicas y sociales tendrá que enfrentar a futuro.

## **BIBLIOGRAFÍA GENERAL.**

ALMANSA PASTOR, José Manuel. Derecho de la Seguridad Social. Ed.Tecnos. ed.6a. México.1989.

ALTAMIRA GIGENA, R.E. Manual de Derecho de la Seguridad Social. Ed.Astrea. Argentina.1989.

ALONSO OLEA, Manuel. Instituciones de Seguridad Social. Ed.Civitas. ed.10a. Madrid.1985.

AGUILAR GARCIA, Leopoldo. Medicina Social y Medicina Institucional en México. Ed. Costa-Anic. México.1969.

BEVERIDGE, William. Las Bases de la Seguridad Social. Traducc.Teodoro Ortíz. Ed.Fondo de Cultura Económica.ed.2a.México.1946.

BRICEÑO RUIZ, Alberto. Derecho Mexicano de los Seguros Sociales. Ed.Harla. México.1987.

DE FERRARI, Francisco. Los Principios de la Seguridad Social. Ed. Depalma. Argentina.1972.

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y PRESUPUESTO. Diferencias entre los Modelos de Atención a la Salud para la población abierta de la Secretaría de Salud y el IMSS. Secretaría de Salud. México. s/f.

GONZALEZ Y RUEDA, Porfirio Teodomiro. Prevención y Seguridad Sociales del Trabajo. Ed.Noriega. México.1989.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Extensión de la Seguridad Social en el medio rural. México.1976

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México 1988, Ed.Tredex. México.1988

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México 1991. Ed. Imss. México.1991.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. La Seguridad Social en México. T.I, II, III. México.1953.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. México y la Seguridad Social. T.I. Ed.Stylo. México.1952.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa de Solidaridad por Cooperación Comunitaria. Ed.IMSS. México.1984.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Programa IMSS-Coplamar de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. s.p.i.

MANTEROLA MARTÍNEZ, Alejandro y Fernando Zertuche Muñoz. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Ed.Miguel Angel Porrúa. México.1983.

SANCHEZ LEÓN, Gregorio. Derecho mexicano de la Seguridad Social. Ed.Cardenas. México.1987.

SANTOS, Carlos y Burgoa. " Salud y Seguridad Social ". La Seguridad Social y el Estado Moderno. Ed.Fondo de Cultura Económica. México.1992.

SUBSECRETARÍA DE PLANEACIÓN. Notas sobre Población Marginal. Secretaría de Salud. México.1983.

VELAZQUEZ DIAZ, Georgina y otros. " Programa IMSS-Solidaridad ". Revista Médica. Vol.31. No.1. México.1993.

TENA SUCK, Rafael y Hugo Italo Morales S. Derecho de la Seguridad Social. Ed.Pac. México.1992.

### **LEGISLACIÓN.**

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.  
Ed.Porrúa. ed.107ª. México. 1994.

CONVENIO IMSS-COPLAMAR. México.1979.

LEY DEL SEGURO SOCIAL. Ed. Berbera. ed.8ª. México.1994.

### **HEMEROGRAFÍA.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Reseña Documental de la Seguridad Social. No.14. Año 43. oct-dic. México.1981.

RODRIGUEZ CASTELLO, Lourdes. El Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa IMSS-Coplamar: Marco Jurídico. Boletín Informativo del IMSS.Vol.2. No.3. may-jun. México.1984.

### **DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS.**

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS. Diccionario Jurídico Mexicano.T.P-Z. Ed. Porrúa-Unam. ed.4a. México.1991.

OSSORIO, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Ed.Heliasta. Argentina.1990.

### **OTRAS FUENTES.**

LUGO MONROY, Gustavo. Apuntes sobre Seguridad Social. México.1992.