

119
28

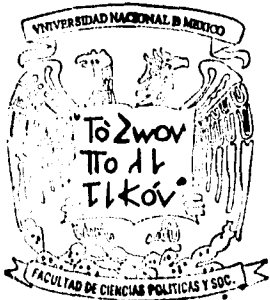


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

ESTADO Y SEGURIDAD SOCIAL, EL CASO DE MEXICO PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS

T E S I S
Que para obtener el Título de
**LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS
Y ADMINISTRACION PUBLICA**
(Especialidad en Administración Pública)
p r e s e n t a
JORGE TAMAYO CASTROPAREDES



FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1995



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.

**ESTADO Y SEGURIDAD SOCIAL; EL CASO DE
MÉXICO**

PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS

JORGE TAMAYO CASTROPAREDES

A mis padres, Isabel y Jorge,
con respeto, admiración, y cariño;
a ellos mi más profundo
agradecimiento por el sentido,
la honestidad y el valor de su apoyo.

A mis hermanos Pablo y Gerardo,
mis mejores amigos, por la alegría
que ambos me han brindado con su
apoyo y compañía.

A mis familiares, los Tamayo y los Castroparedes, los de ayer y los de hoy, por estar presentes en mi camino; a Diana con cariño, por la motivación que ha promovido en mí, su alegría y su compañía; a mis amigos, compañeros y maestros del Colegio Madrid, por permitir que mis primeros 18 años fueran de lo mejor a su lado; a mis amigos de la Universidad Iberoamericana, por enriquecer mi presente con su amistad; a mis compañeros de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, por mostrarme que la realidad es distinta y que exige esfuerzo; a todas las personas que me brindaron su amistad y la oportunidad de compartir tareas y responsabilidades en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Presidencia de la República y Secretaría de Gobernación; a todos mis amigos, muchas gracias.

Al profesor Manuel Quijano Torres, por su tiempo, su conocimiento y su amistad; a mis compañeros de licenciatura, por ser, sin duda, una gran generación; a los maestros y autoridades de la Facultad por permitir que esto último fuera realidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser vínculo social académico, criterio expresado, espíritu y fortaleza de México.

A México.

**No se debe jamás permitir
que continúe un problema
para evitar una guerra
por que no se la evita,
sino que se la retrasa
con desventaja tuya**

Nicolás Maquiavelo

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Antecedentes Generales	8
1.1 Causas fundamentales que dieron origen a la Seguridad Social	8
1.2 La caridad, las cofradías, las sociedades mutualistas, la beneficencia privada y la asistencia pública	17
1.3 Sistemas de Seguridad Social en el mundo	22
1.4 Los primeros pasos en la Seguridad Social Mexicana	34
Capítulo 2. Marco Jurídico	43
2.1 Principios, transformaciones y actualidad legal de la Seguridad Social mexicana	43
Capítulo 3. La Seguridad Social en México	53
3.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	53
3.1.1 Estructura y Objetivos	53
3.1.2 Seguro de riesgos de trabajo	56
3.1.3 Seguro de enfermedades y maternidad	57
3.1.4 Seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte	60
3.1.5 Seguro de ahorro para el retiro	61
3.1.6 Seguro de Guarderías	62
3.1.7 Prestaciones Sociales	63
3.1.8 Recursos humanos y presupuesto	66
3.1.9 Consideraciones	68
3.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	72
3.2.1 Estructura y objetivos	72
3.2.2 Cobertura	76
3.2.3 Presupuesto	77
3.2.4 Servicios médicos	79
3.2.5 Servicios Sociales	83
3.2.6 Prestaciones económicas	85
3.2.7 Consideraciones	90

3.3	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT)	93
3.3.1	Estructura y Objetivos	93
3.3.2	Principales acciones, presupuesto y servicios prestados	100
3.3.3	Consideraciones	106
3.4	Secretaria de Salud	108
3.4.1	Estructura y objetivos	108
3.4.2	Cobertura, presupuesto y principales programas y servicios prestados	114
3.4.3	Consideraciones	118
3.5	IMSS-SOLIDARIDAD	120
3.5.1	Estructura, objetivos y cobertura	120
3.5.2	Características de la población atendida, organización, presupuesto y principales programas	122
3.5.3	Consideraciones	133
3.6	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	136
3.6.1	Estructura y Objetivos	136
3.6.2	Presupuesto y principales programas y servicios prestados	138
3.6.3	Consideraciones	141
	Capítulo 4. La Seguridad Social Mexicana en el Siglo XXI	142
4.1	Consideraciones generales y acciones a seguir	142
	Conclusiones	150
	Bibliografía	154

INTRODUCCION

En la búsqueda de un desarrollo más armónico, donde impere la justicia social y la equidad a nivel general, la seguridad social se convierte en un elemento de progreso que suma esfuerzos comunes para mitigar el rezago, promover la salud individual y colectiva, además de sustentar la fortaleza de una nación. La seguridad social se produce dentro del Estado social de derecho ante la necesidad de afrontar las desigualdades, amparar al individuo frente a las contingencias de la vida, así como la promoción de su bienestar. Esta dinámica rama social es un instrumento que permite al Estado moderno diseñar estrategias que lo convierten en el rector del bienestar social, a través de entes institucionales organizados.

Asimismo, es razón del Estado estar plenamente comprometido con el desarrollo y el suministro de alimentos, de vivienda, de salud y de una buena calidad de vida. Con la corresponsabilidad de la propia sociedad, el Estado busca crear esquemas de participación mucho más eficaces y eficientes y que permitan al conjunto crear benefactores generales y bases sólidas para luchar contra la pobreza y la enfermedad, de tal manera que sea una forma de distribución de la riqueza entre los miembros de una determinada sociedad.

En el caso de México, la seguridad social ha venido a complementar uno de los valores fundamentales que han consolidado los principios de paz que nuestro país posee. Asimismo, por sesenta años ha significado el método justo para distribuir riqueza de manera indirecta, al mismo tiempo que ha permitido a casi la mayoría del pueblo mexicano contar con servicios de salud mínimos, ya

que una de las características de la seguridad social es la protección a la salud individual, familiar y colectiva a la que todo ser humano tiene derecho, así como los beneficios de los seguros sociales y económicos, tales como las pensiones, subsidios, guarderías, entre otros. No obstante lo anterior, y a pesar de que en la Constitución de 1917 se consagran principios sociales vanguardistas, la realidad a finales del milenio en nuestro país es de un rezago considerable en los rubros de pobreza y de distribución del ingreso.¹

A lo largo de esta tesis se evaluará la importancia histórica, política y social de las principales instituciones de seguridad social que existen en México, de tal manera que en un primer orden encontraremos a las propias instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, INFONAVIT) que actualmente se manifiestan en nuestro país, describiendo cada uno de los seguros que se ofrecen, incluyendo, claro está, el médico. Asimismo, se mostrarán las características de los servicios médicos, o bien, la atención a la salud, que otorga el Estado mexicano a la población no derechohabiente de los sistemas de seguridad social, a través de la Secretaría de Salud, IMSS-Solidaridad, y en el caso de la asistencia pública, el DIF.

En el presente, la Seguridad Social mexicana está compuesta por dos grandes instituciones que destinan programas de acción claramente determinados. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a quienes prestan sus

¹ INDICADORES SOCIOECONOMICOS, IMSS, UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS DELEGACIONAL, 1994

servicios en las dependencias del Estado. Asimismo, dos instituciones gubernamentales aplican este beneficio económico-social: Petroleos Mexicanos a quienes sirven en su estructura ; y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas que atiende a integrantes de las mismas.

Con la Ley del Seguro Social promulgada en 1943 se creó el IMSS con la firme convicción por parte del Estado Mexicano de que la Seguridad Social “debe tener 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 personal y colectivo”². En 1959, se creó el ISSSTE, institución que tuvo como antecedente la primera Ley de Pensiones Civiles y de Retiros de 1925, y que incorporó a su haber prestaciones médicas, económicas y sociales para el trabajador al servicio del Estado y a su familia, tal y como lo hizo el IMSS.

Hace más de dos décadas las dos instituciones antes mencionadas fungían también como responsables de la vivienda del trabajador o del asegurado logrando en su actividad un sistema de financiamiento que permitía otorgar créditos para este rubro a la comunidad asegurada. En nuestros días, dicha prestación aún existe en el ISSSTE, denominada FOVISSSTE enfocada a los servidores públicos, y por otro lado el Instituto del Fondo Nacional para la vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) destinado a los trabajadores en general.

²LEY DEL SEGURO SOCIAL, IMSS, 1994

Sin embargo, en la actualidad las instituciones de seguridad social mencionadas no tienen una cobertura poblacional total en servicios de salud, por lo que en la búsqueda de opciones para sobrellevar el rezago en el reparto de beneficios sociales, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) creado en 1982, busca aportar beneficios al promover el bienestar social, prestando servicios de asistencia social y apoyando el desarrollo de la familia y de la comunidad en conjunto, así como un agresivo impulso a los programas para la niñez.

Asimismo, y en el mismo sentido, existe el Programa IMSS-SOLIDARIDAD que como tarea principal tiene la atención en materia de salud de la población rural marginada, la cual al no cotizar en los Institutos de Seguridad Social está al margen de los beneficios de la atención médica.

La Secretaría de Salud da apoyo médico y sanitario a la población abierta, además de tener bajo su tutela Institutos Médicos de alta calidad; al mismo tiempo es la encargada de establecer y conducir la política nacional en aspectos de asistencia social, servicios médicos y salubridad en general.

En 1992, tanto el IMSS como el ISSSTE, tuvieron una cobertura de casi 56 por ciento de la población dentro de sus programas médicos ordinarios. "Si a esta cifra se le suma la población que es atendida, en materia médica por el Programa IMSS-Solidaridad, resulta que casi el 70% de los mexicanos pueden resolver potencialmente sus problemas de salud en programas de seguridad

social".³ De esta manera las organizaciones e instituciones restantes (DIF, SSA) logran cubrir, si no al cien por ciento, si a la mayor población posible, unicamente en la satisfacción de demandas en aspectos de salud, ya que los beneficios de la seguridad social está limitada a los derechohabientes registrados.

En esta tesis se busca comprobar, mediante un estudio histórico y un análisis de la seguridad social, que el balance de todas las instituciones de Seguridad Social que ofrece el Estado mexicano a la población nacional ha sido altamente positivo si se toma en cuenta los servicios que se ofrecen y al universo que los recibe. Asimismo, se busca mostrar que a razón del rezago social tan marcado y originado por la ineficaz distribución de la riqueza que vive nuestro país, la atención a la salud predomina en el ámbito de la seguridad social, a través de las políticas de Estado enfocadas a la atención de población abierta.

No obstante la importancia antes mencionada, en la actualidad la teoría del desarrollo económico global se ha impuesto como la generadora del progreso a nivel mundial por lo que la seguridad social ha sido enmarcada para fijarse un rumbo con aspectos de competencia, eficacia y rentabilidad financiera.

En 1995 los problemas más graves que enfrenta México, y por lo tanto el mayor obstáculo para el desarrollo social del Estado son la existencia, por un

³JOSE NARRO ROBLES, "LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI", MÉXICO, FCE, 1993, p. 67

lado, de élites que buscan más riqueza y poder, y por el otro la de millones de mexicanos que se encuentran en la pobreza. Si a esto le sumamos el probable desempleo que en el futuro próximo se sufrirá⁴, la caída de los niveles de ingreso, la poca inversión productiva y la racionalización de los recursos, no sólo la seguridad social se verá afectada, sino toda la organización social, económica y política en la que está inmersa el individuo, la familia y la colectividad.

A pesar de lo anterior la seguridad social, sin duda ha pasado a ser “el instrumento más poderoso para el desarrollo social, capaz de originar un mejoramiento gradual de las condiciones sanitarias y de los niveles de vida de la población”.⁵ Por lo tanto, y en respuesta al avance que en México se ha dado para establecer en un futuro una seguridad social integral en todos sus aspectos, comenzando con los beneficios en la atención a la salud, considero importante el compromiso del Estado a mantener la idea rectora del progreso social, los derechos a la educación y a la salud tal y como está establecido en la Carta Magna.

El futuro sin duda nos presentará grandes retos, los esfuerzos, los sacrificios y los riesgos de todo el conglomerado social deben de considerarse si son por el bien común. Por eso y con los antecedentes de la década de los años ochenta, donde el descontento social aumentó en la medida en que aumentaron las incertidumbres sociales hacia el futuro y ante la alta inflación, el desempleo y la carestía, los esfuerzos gubernamentales deben de enfocarse

⁴LA JORNADA, 25 DE MAYO DE 1995, “6 MILLONES EN EL DESEMPLEO: OÑATE”.

⁵FEDERICO GARCÍA SÁMANO, EN *LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL ESTADO MODERNO*, FCE, IMSS, ISSSTE, MEXICO, 1992, p 127

hacia la paz social y al progreso constante, de tal manera que la seguridad social sea un elemento de desarrollo, que sea una distribuidora del ingreso, y sobre todo, que sea para todos.

Necesitamos, aun reconociendo el avance alcanzado por las instituciones de seguridad social durante las últimas cinco décadas en el aspecto médico, primero, y en el socio-económico después, desarrollar una reforma de ésta rama del desarrollo con el progreso económico y social y que a mediano plazo permita alcanzar la cobertura integral. Una reorganización de las estructuras administrativas en las dos principales instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) que permita avanzar eficientemente en dicho desarrollo. Pero sobre todo una nueva actitud. Necesitamos crecer económicamente para desarrollar diversas prioridades nacionales. Necesitamos generar empleo que nos permita obtener los recursos necesarios para la atención médica y para el fortalecimiento de los esquemas de seguridad social. Necesitamos que el Estado mexicano se convenza de invertir en los mexicanos, y que esto le permita generar la movilidad económica y social necesaria para que el propio Estado apoye más al desarrollo social necesario en todos los sentidos, incluido, el de la seguridad social.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES GENERALES

1.1 CAUSAS FUNDAMENTALES QUE DIERON ORIGEN A LA SEGURIDAD SOCIAL

Los antecedentes ideológicos de la moderna seguridad social tienen matices utópicos basados en concepciones filosóficas, políticas, económicas o meramente de pensamientos literarios, ideologías de un mundo sin clases y en donde existieran igualdad de oportunidades. Las utopías de Aristoteles, Moro, Bacon no son simples fantasías, son verdades a medias, teorías políticas llevadas a la práctica por la voluntad y el optimismo, la inteligencia visionaria de una convivencia mejor entre los habitantes de un determinado Estado, o bien del mundo. En general, las utopías anteriores al siglo XIX conciben el bienestar individual y general como consecuencia de un orden político preestablecido.

Los fundamentos de toda actividad social regida por un Estado está determinada, por una parte en los hechos, pero sobre todo en las leyes. El Derecho se fundamenta en principios razonados y en realidades sensibles. Las circunstancias que pueda vivir cada Estado respecto a su desarrollo social estará expuesto diariamente por la evolución de la sociedad, lo que genera una movilidad de pensamiento social, el cual es una hipótesis que espera su demostración.

No obstante lo anterior, Rousseau⁶ sostiene que la felicidad del hombre sumido en el seno de la naturaleza donde desarrolla vida en comunidad y donde es infeliz estando sumiso al Estado, deriva la doctrina del derecho natural y el pacto social, que hace ver que los hombres para regular sus actividades y ser conjuntamente protegidos entran en sociedad mediante pacto sacrificando parte de su libertad y erigen autoridades de funciones limitadas. Por otra parte, y en los mismos contextos, Montesquieu⁷ considera que la autoridad unificada en una sola mano abusa fatalmente, por lo que es necesario dividir esta autoridad en distintos poderes relacionados y que actúen a distancia bastante para que se compensen y limiten, estableciendo un equilibrio de poderes. Estas doctrinas confluentes, la del pacto social y la del equilibrio de poderes, dan el espíritu y el mecanismo del Estado liberal y democrático.

Así, el pensamiento y la corriente liberal europea del siglo XVIII propugnaban por la libertad de palabra, de discusión, de prensa y de reunión creyendo que la emancipación del hombre y el entrelace de toda actividad con la ajena depende del reconocimiento de la máxima libertad, lo que expondría a la sociedad a manejarse en la libre asociación, negociación, lucha y trabajo, buscando que de esto nazca un orden armonioso y de progreso.

De esta manera y con el ideal de una sociedad en la que se vive sin coacciones ajenas llevó al hombre básicamente a respetar, compensar y armonizar sus impulsos, lo que a la larga condujo a la creación de una voluntad general superior a la voluntad individual. La voluntad general tuvo su expresión

⁶ROSSEAU, JEAN-JACQUES; *EL CONTRATO SOCIAL*, EDIT. AGUILAR, 1973

⁷MONTESQUIEU, *EL ESPIRITU DE LAS LEYES*

en los órganos del Estado y su decisión en las Representaciones Populares deliberantes que habrían de determinar el rumbo de dicha voluntad para que las instituciones ejecutivas la pusieran en práctica. Se da un procedimiento democrático, el cual dirimiría los conflictos entre voluntades buscando el mayor de los equilibrios.

De este modo, el Estado es concebido como una personalidad que se crea por la sociedad y por los individuos a su servicio, “advirtiéndose que no sólo es un fenómeno social, sino también un conjunto de relaciones sometidas a un orden normativo”, además de ser una consideración de las propias relaciones de la sociedad lo que conduce a la unidad total.⁸

Sin embargo, la teoría del liberalismo no es solamente política sino también filosófica y económica. La doctrina fija una actitud general frente a la vida basada en “dejar hacer y dejar pasar”, que tiene logros permanentes en la evolución de la ciencia, tanto en fenómenos naturales y sociales. Asimismo la actitud desata procesos críticos, ilustrativos y lógicos, por lo que es imperativo elevar el nivel de conocimiento del ciudadano que permitiera su libre acción política y social de manera certera eficaz y ordenada.

El principal elemento de desarrollo del liberalismo en los clásicos franceses era el individualismo, como ya se mencionó, pero tenía que existir un ingrediente fundamental: el Estado en sentido pasivo o con la menor cantidad de atribuciones posibles. Sin embargo en Inglaterra, Adam Smith⁹ reconocía al

⁸ GONZALEZ URIBE, HECTOR; *TEORIA POLÍTICA*, EDIT. PORRUA, MEXICO, 1992, p.p. 167

⁹ SMITH, ADAM; *INVESTIGACION SOBRE LA NATURALEZA Y LAS CAUSAS DE LA RIQUEZA DE LAS NACIONES*; FCE, MEXICO 1992.

Estado el derecho y el deber de proteger a la sociedad velando por la seguridad exterior e interior y otorgándole la administración de justicia y la imposición de contribuciones.

A la par de este desarrollo político los conocimientos se organizan, las ciencias se constituyen y se clasifican; existe un desarrollo importante en las matemáticas, la astronomía, la química y la física, así como aquellas ciencias que estudian los fenómenos naturales y sociales; se descubre la máquina de vapor y con ello comienza la llamada revolución industrial, que produce y multiplica las posibilidades, desarrolla la técnica y eleva el nivel de cultura del trabajador; el mundo colonialista inicia su decadencia; las rutas comerciales cambian; la ciencia y la tecnología son el motor de un desarrollo humano inmenso. Esta actitud consiste en reflejar los conceptos científicos, mecánico, utilitarista y en donde impera el pragmatismo. Asimismo las ciencias se clasifican, pasando de lo abstracto a lo concreto por un lado, y serial, lógico, histórico y didáctico por otro, lo que determina, entre otras muchas cosas, la actividad del Estado y el contenido del derecho y de la moral.

El Estado, no obstante la movilidad social se mantiene en la abstención directa. Solamente puede mejorar por todos los medios posibles la educación de la población y la difusión de los conocimientos científicos. Para estos tiempos la inseguridad social se considera como un objetivo general de mejor adaptación, o en otras palabras, tender al menor margen de inseguridad posible. Sin embargo en el Estado liberal la actitud abstencionista no residía en el abandono del problema, sino en un criterio que consistía en no intervenir en el tratamiento de los fenómenos en sí para no perturbar su realización y su

solución. Se consideraba perjudicial para la sociedad el pauperismo y la indigencia, lo mismo que las enfermedades de los individuos con la imposibilidad en la satisfacción de sus necesidades primarias.¹⁰

Aun con las estructuras políticas y sociales del sistema liberal, la sociedad proyectaba una serie de acciones de manera general en favor de la satisfacción de las necesidades sociales, tratando de eliminar en lo posible la propia inseguridad social. En contradicción con las tesis más puras del liberalismo económico, el Estado no podía abstenerse de actuar ante el reclamo general, dado que la sociedad necesitaba algo más que seguridad pública, orden y derecho: bienestar. De esta manera el Estado liberal tuvo que admitir que no podía realizarse íntegramente dado que entraba en contradicción en ciertos aspectos: en la cobranza de impuestos para sostener la administración de los órganos encargados de cumplir sus funciones y en la necesidad de aceptar una política que basada en la libertad regulara la coordinación de las actividades de cada uno de los individuos, pero que permitiera alcanzar una mejor convivencia, un mayor bienestar y supliendo si resultaba necesario la actividad de los particulares en aspectos que generarían progreso a la sociedad. Es aquí donde "el Estado político se relaciona con la sociedad y el medio por el cual realiza esta función es la administración pública ... en donde el Estado representa lo general y lo universal"¹¹

Para mediados del siglo XIX, el Estado liberal, social y económico fue incapaz de soportar las demandas y necesidades y, contra sus principios,

¹⁰ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I DOCTRINA, IMSS

¹¹ UVALLE BERRONES, RICARDO; LA TEORÍA DE LA RAZÓN DEL ESTADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, UNAM, 1991; P.131

terminó por iniciar ciertas actividades educativas y de enseñanza; en la normatividad de salubridad e higiene en general; en la construcción de obras y en el establecimiento de servicios con fines sociales, tales como el drenaje, la captación y la distribución del agua, la vigilancia fronteriza contra las epidemias y la prevención de enfermedades, entre otras. Asimismo, tuvo que ir creando mínimos servicios de beneficencia, asilos, hospitales, manicomios y hospicios; intervino mediante legislación en aspectos de higiene industrial y de trabajo, de prevención de accidentes en las jornadas laborales, horarios y un máximo legal para dicha actividad, prohibiciones por razones de edad, sexo o debilidad en actividades peligrosas o excesivas. Esta evolución surgida en los países con desarrollo industrial influyó en el pensamiento de ideólogos, estadistas y de trabajadores, de tal manera que la crítica a la sociedad burguesa y al capitalismo desarrollado por el Liberalismo, derivó en tendencias y doctrinas socialistas, así como en la concepción de nuevas definiciones del Estado.

Es en esta época cuando se observa un crecimiento asombroso de la clase trabajadora en ciudades y complejos industriales la cual desata un aumento en el consumo y por lo tanto un incremento en la producción. La elevación de gastos públicos es muy acentuada a consecuencia de una mayor cantidad de servicios que el Estado ha de asumir y que sin duda generaría movilidad en la actividad económica de la sociedad: ferrocarriles, carreteras, pavimentación en ciudades, luz, mejoramiento de condiciones sanitarias, entre otras. No obstante lo mencionado, el aumento de los gastos se reflejó en los costos de producción a través de impuestos y que trajo como consecuencia, por un lado, la marcha ascendente de los precios, y por el otro, la baja del

salario real que hacía insuficiente la satisfacción de necesidades de la masa laboral.

Por lo anterior, y como evolucionaba el régimen de la libre competencia, la necesidad de reducir costos hizo que la inseguridad social mantuviera las proporciones de siempre o hasta en algunos casos mayor, debido a que se desata el desempleo o paro involuntario. El perfeccionamiento de las herramientas para la producción puso a más trabajadores inactivos; éstos presionaron sobre la gran masa de portadores de trabajo resultando una mayor oferta, y ante la demanda que es menor, los salarios cayeron muy por debajo de su nivel.

Resurgió la utopía y la construcción científica de teorías sociales en intelectuales como Marx, Engels y Owen; la actividad individual inconsciente y sin fines determinados creó e impulsó el movimiento social en contra de la situación establecida y que buscó una solución a través de una organización nueva, en donde el Estado interviniera y dirigiera la actividad social y de producción. Ser regulador en sus funciones, sobre todo en los aspectos jurídicos, de tal manera que las relaciones de los individuos en sociedad se manejaran en libertad y con igualdad. Se buscaba la satisfacción de necesidades inalienables por lo que la sociedad lucharía por generarlos a través de sus órganos reguladores a fin de encontrar una mejor adaptación.

Así se inicia un mejoramiento en tener una jornada de trabajo que no desgaste al obrero, que sea justa en lo que a salario se refiere,¹² en prestaciones

¹²MARX, CARLOS; *EL CAPITAL*; FCE, MEXICO, 1987

sociales que implican complementos en la vida de todo trabajador y que son responsabilidad para el patrón en caso de accidentes de trabajo. Se organizan sindicatos laborales que fomentan la justicia del obrero por medio de contratos colectivos y que son los que determinan las condiciones de todos los trabajos que se realizan en una empresa. Poco a poco se va creando “un sistema más humano de compensación de trabajo, que va apareciendo en esta forma, de manera objetiva, concreta y particular, y que a la vez inicia también una corriente doctrinaria tanto jurídica como social y política que informará a los Estados y a la sociedad moderna”.¹³

Los trabajadores y su acción creadora pusieron de manifiesto un movimiento de reacción para resolver de manera concreta el problema de la ausencia de derechos sociales o inseguridad social existente a mediados del siglo XIX. Los intelectuales del pensamiento socialista pensaban en ello y en la urgencia de hallar y poner en práctica los remedios correspondientes, pero sobre todo los que fueran a favor de los más débiles. Se pensaba que había que elegir a un Estado al servicio de los hombres, donde la libertad del individuo se daría en lo que atañe su posición social, pero aquel se encargaría y se haría responsable de las condiciones generales de vida social. El combate contra la inseguridad y la injusticia social había sido ya exigida por los obreros, quienes buscan que los empresarios y el Estado fueran los responsables de que la cobertura y de los servicios que de ella emane.

Corre el último tercio del siglo XIX y las ideas de reforma social tienen consenso y por lo tanto eco en las más altas esferas gubernamentales,

¹³ *MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL*, TOMO 1, DOCTRINA, IMSS, p.p. 216

específicamente en Inglaterra y en Alemania. Es el momento de las primeras leyes de seguridad social en el viejo mundo. En Alemania, Bismarck está consciente que la consolidación del nuevo Estado, ante el avance de los ideales socialistas, requería de un fortalecimiento y del consenso nacional, por lo que comprende la trascendencia de los seguros sociales como instrumentos de política, dado que atraería a las clases más débiles en torno al gobierno y por lo tanto robustecería la autoridad de éste en el contexto Estado-Nación. Por otro lado, en Inglaterra el inicio del siglo XX lleva a elementos obreros del Partido Liberal al Parlamento Británico (Churchill y Lloyd)¹⁴ quienes abandonan la concepción del Estado abstencionista para establecer al Estado de servicio social, basado en la igualdad de posibilidades. Con el transcurso del siglo presente, el gobierno inglés llegó a consagrar su sistema de seguridad social de manera universal como un aspecto de desarrollo y de orgullo nacional. Más adelante, en el punto 1.3, ahondaré en los dos sistemas precursores de seguridad social antes mencionados. Antes desarrollaré las opciones y actividades previas a la seguridad social, para después concluir, ya con un panorama histórico fundamentado, los pasos de la seguridad social en México.

¹⁴MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I, DOCTRINA, IMSS, p.p. 216

1.2 LA CARIDAD, LAS COFRADIAS Y LAS SOCIEDADES MUTUALISTAS, LA BENEFICIENCIA PRIVADA Y LA ASISTENCIA PUBLICA

El desarrollo de este apartado busca fundamentar los progresos de todo Estado de la antigüedad por propiciar un avance en las reformas sociales que la movilidad económica y política de la sociedad generó con el paso de los siglos. Antes de entrar de lleno a los términos actuales de la seguridad social, es importante conocer la actividad en contra de la inseguridad social.

Mientras existieron sociedades esclavistas, la movilidad social fue casi nula y sus gobernantes nunca optaron por proteger a los indigentes y pordioseros, los cuales estaban expuestos a las inclemencias del tiempo, de la insalubridad y la desnutición, por lo que se cree que las expectativas de vida de este grupo de ciudadanos no era mayor a los 35 años.¹⁵

Más adelante, en el siglo V de nuestra era, la doctrina social católica contempló a la caridad como base y fundamento de la justicia social desde el punto de vista religioso; se desarrolló como una obligación moral, más que jurídica. Hoy en día el acto de caridad es un acto consentido como expresión de amor o sentimiento por medio del cual quien la posee socorre al prójimo. Asimismo la caridad supone, aun hoy en día, a seres humanos que disponen de recursos para ayudar a otras personas del mismo entorno social.

¹⁵QUIJANO, MANUEL. CONFERENCIA DADA EN EL COLEGIO NACIONAL DE CIENCIAS POLITICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Los problemas que trajo el intercambio comercial descapitalizaron a las familias; los recursos no eran suficiente para satisfacer sus propias necesidades y la sociedad miró al Estado para que les solucionara la insatisfacción económica. No obstante, el Estado no actuó, sino hasta que grupos de presión, tales como la Iglesia buscó motivar esa intervención. Para que todo esto se diera los trabajadores y empresarios tienen el derecho y el deber de organizar el trabajo del pueblo, pero si esto no daba los frutos adecuados el Estado tiene la obligación de acudir en su ayuda. Esta evolución dio origen a un amplio movimiento social cristiano, tanto en los terrenos teóricos como políticos. Poco a poco se dejó de hablar de la caridad como era conocida y en los hechos se fue convirtiendo en un derecho del hombre a la vida y al trabajo, derecho al que corresponde un deber del Estado de protegerlo y desarrollarlo.

La asociación o las cofradías, como eran conocidas en España, era un instrumento de previsión. Se puede presumir que todo pueblo o civilización antiguo y que lograba un desarrollo alto en la cultura y en diversas actividades, practicaron actos preventivos y de auxilio mutuo.

Las cofradías, convertida luego en Hermandad de Socorro, crecen y se multiplican a la par de los gremios laborales y desde los tiempos comprendidos entre los siglos XVII y XVIII los auxilios que ya se brindaban en España se podían encontrar los de enfermedad, accidentes, invalidez y vejez, paro, gastos de entierro, supervivencia y hasta otros auxilios varios de dote, prisión y cautividad.¹⁶

¹⁶ PEREZ LEÑERO, JOSE; *FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL*, AGUILAR, MADRID, 1956

Para el siglo XVIII, los políticos Ilustrados atacan a las cofradías y a las Hermandades de Socorro debido a sus características religiosas; las primeras desaparecen pero las segundas cobran un nuevo auge en la lucha, debido a que ésta le obliga a un mejor funcionamiento. Sin embargo a mediados de siglo la Hermandades se transforman en Montepío que no es más que una sociedad mutualista pero con la característica que ya no tienen su carácter religioso.

Las sociedades mutualistas, que hoy en día conocemos, tienen su nacimiento en problemas socio-económicos que la revolución industrial provocó. El desempleo y la sustitución de la mano de obra por tecnología nunca merecieron el apoyo del Estado y ni mucho menos de los patrones, por lo que el mutualismo surge y se organiza en Alemania, Francia e Inglaterra primeramente, y que consiste en asociaciones de ayuda o socorro mutuo, que de manera voluntaria se constituyeron en casi todas partes del mundo, para ayudarse en forma solidaria y resolver, de alguna manera, las necesidades provenientes de la falta de recursos económicos y de insuficientes satisfactores.

La beneficencia privada ha subsistido en el desarrollo socio económico de la historia dado que está basada en la propia naturaleza del hombre, pero con el cristianismo se intensifica más ya que los impulsos de la caridad proclamada, como antes ya lo habíamos mencionado, era norma y ley de la vida. No obstante, las actividades de la caridad, pero mucho más de la asistencia, eran muy limitadas debido a las condiciones imperantes. En la Edad Media los siervos encontraban en su propia condición de servidumbre las más eficaz asistencia contra la miseria y los riesgos que esta traía, debido a que los

señores feudales cuidaban de su mantenimiento y salud no tanto por altruistas, sino por mantener el rendimiento del trabajo.

Más tarde, la asistencia pública nace debido al declive del feudalismo y a la generalización del asalariado; se rompen los vínculos de servidumbre; en el viejo continente, los españoles fundamentan a la asistencia pública en una moral humana, mientras que las doctrinas protestantes de varios puntos europeos, no dudan en sacrificar el bien del individuo al bien de la sociedad. Los españoles hacen viajar su doctrina por Asia y América a través de los misioneros, por lo que un hecho del pensamiento benéfico al que nos estamos refiriendo es el de que siempre encontraremos junto a una iglesia, una escuela o centros de instrucción, que sin duda son armas para abatir la miseria.

Sin embargo, la lucha por crear condiciones para que la asistencia tuviera el peso que requiere en la actividad complementaria de todo Estado social, solamente se dió hasta que el forcejeo social que desató el desarrollo industrial permitió pasar de la beneficencia privada a la asistencia pública,“ con su contenido más o menos patente de exigibilidad, como derecho que se exige al Estado que tiene el deber de darlo”.¹⁷

En Inglaterra se resolvió optar por la Asistencia ante legislación y atacando la ineptitud de la beneficencia privada para resolver el problema de la protección a los pobres y el descrédito del liberalismo económico, además que

¹⁷PEREZ LEÑERO,JOSE; *FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL*, AGUILAR, MADRID, 1956, p.p. 64

se cree en una nueva política de protección al trabajador, el derecho al voto y al nacimiento del laborismo británico.

No obstante los avances, los hechos injustos que presentaba la realidad de fines del siglo XIX y ante el desarrollo social, teórico y práctico, el Estado decidió establecer órganos administrativos que atendieran las contradicciones económicas y políticas que el desarrollo industrial había traído. Estas instituciones otorgaban servicios de beneficencia y salud pública a desamparados y personas con escasos recursos económicos, en pequeños hospitales dependientes de los ministerios de salud.

Es así que la asistencia como institución pública, y que es parte en la actualidad, de la seguridad social es muy singular en su actividad social, debido a que se limita al socorro de necesidades individuales y que la hace diferente a otras instituciones que realizan tareas de bienestar común y de protección pública, como sería la enseñanza, las comunicaciones o la justicia. “La asistencia se basa en la estructura actual de la sociedad; es inminentemente conservadora (...), si la asistencia se apoyase en el interés individual del necesitado no habría, en principio, que limitar la translación de bienes de una a otra clase”¹⁸

¹⁸ PEREZ LEÑERO, JOSE; *FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL*, AGUILAR, MADRID, 1956, p.p. 149

1.3 SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO

La vanguardia legislativa que crea y regula un nuevo sistema que combata la falta de derechos sociales, nace en la segunda mitad del siglo XIX en Alemania con Bismarck, Canciller de Prusia. Es una Alemania unificada, consolidada como Imperio, el II Reich, absolutista, y profundamente combatiente contra el movimiento socialista.

El canciller instaura seguros obligatorios como medio de lucha política e ideológica contra el socialismo revolucionario de modo tal que restara fuerza a las masas y al movimiento progresista, calmando el reclamo de los trabajadores y canalizando a estos en torno al Estado. En 1883 se dio el primer paso. Se instauró, de manera legal, un seguro obligatorio de enfermedades; un año más tarde, uno de accidentes de trabajo de los obreros y empleados de empresas industriales; y cinco años después, el también obligatorio, de vejez e invalidez. Así, los trabajadores alemanes fueron los primeros en tener este tipo de protección social, de tal modo que si un obrero caía enfermo el seguro de enfermedad proporcionaba la atención médica y financiera conveniente; si uno sufría un accidente, el fondo de compensación sufragaba enteramente los gastos; y si quedaba incapacitado, inválido o había cumplido los sesenta y cinco años, recibía una pensión para vivir decorosamente.

Para que toda esta actividad se llevara a cabo se determinó que los gastos del seguro contra accidentes serían sufragados por el patrón; los de enfermedad eran repartidos entre la empresa y el empleado, y los de vejez y cesantía serían cubiertos por los mismos y por el Estado. Asimismo, legalmente

se establecieron preceptos que delinearon la forma y la regulación del seguro social alemán, y el cual sería tomado por muchos otros países del orbe: a) participación del trabajador en el costo del seguro, excepto en el de accidentes; b) participación del Estado en representación de la sociedad en la responsabilidad de los seguros de vejez, invalidez, maternidad y enfermedades; c) y en la administración intervenirían los destinatarios del servicio, patrones y trabajadores. Es muy importante considerar que en la legislación alemana el financiamiento de los seguros sociales gravita sobre el consumo, a través de los costos de producción que se difunden en los precios.¹⁹

Toda esta actitud por parte del Estado Alemán repercutió en las tendencias socialistas existentes, por lo que éstos no tardaron en alimentar sus doctrinas y movimientos sociales, de forma tal que en su camino por alcanzar una mejor justicia social incluyeron la idea del seguro social en sus programas de reivindicación. De esta manera, la propagación del ideal del seguro social a través de la provincia alemana, ya no residía en la voluntad del Estado, sino en la presión de los trabajadores aconsejados por las fuerzas socialistas.

Con el transcurso de los años, las mejoras del seguro social se fueron acrecentando y con ello los beneficios para la comunidad, ya que la propuesta de Bismarck no comprendía en un primer momento a todos los trabajadores ni contemplaba una institución organizada. A finales del siglo XIX en Alemania se aprobó la jornada máxima de trabajo y la prohibición de laborar en la noche para la mujer y los niños, así como el descanso dominical para todo trabajador comercial e industrial. Para 1914, poco antes de la Primera Guerra Mundial, el

¹⁹ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO 1, DOCTRINA, IMSS, p.p. 276

módulo alemán de seguridad social propuesto por Bismarck era insuficiente por no considerar un seguro del desempleo, el cual ya estaba operando en Inglaterra, y al que más tarde llegaremos.

Posteriormente, la legislación alemana de 1926 estableció el seguro contra el paro involuntario, así como los ya mencionados de enfermedad y maternidad para toda la población. Los seguros de invalidez, vejez y muerte, en los que también estaba incluido el de accidentes, serían aplicables a tres sectores: obreros, empleados y mineros. Los siguientes ocho años fueron de altibajos, por lo que en 1933 se decidió realizar una reforma, que un año después se redactó en Ley y que reorganizaba la administración de los Seguros Sociales. Se estableció que en lo sucesivo las instituciones del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte serían las encargadas de ciertas funciones realizadas hasta entonces por las cajas del Seguro de enfermedad y de los fondos de compensación, así como la revisión de dichas cajas.²⁰

A partir de ésta época y hasta finales de la década, Alemania extendió el Seguro a Austria anexionada al III Reich; el seguro contra el desempleo se convierte en asistencia al paro involuntario; y se extendió el seguro a todos los trabajadores, a los artistas, a los marinos y a los pescadores costeros. A grandes rasgos este puede ser una panorámica de la idea vanguardista de la seguridad social surgida en Alemania, que si bien es altamente progresista y empapada de justicia, su origen no fue alcanzar un desarrollo social equitativo, sino exclusivamente político, es decir, el fortalecimiento del autodenominado Nacional Socialismo.

²⁰ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I, DOCTRINA, IMSS, p.p. 280

Por otra parte, y casi a la par del desarrollo de la seguridad en tierras alemanas, en Inglaterra se gestaría, tal vez, la más importante actitud de seguridad social antes vista en tierras netamente industriales. Sin embargo, los primeros desarrollos se dan en una escena donde las masas obreras se encontraban en una raquítica situación, debido a que la agresiva industrialización desatada a mediados del siglo XIX y que no tuvo un contrapeso que les complementara los niveles de vida requeridos a la clase trabajadora.

Asimismo, y contemplando las principales características del desarrollo industrial inglés, se sabe que desde principios del siglo pasado ya existía un poderoso seguro privado (INDUSTRIAL-INSURANCE). La importancia de este peculiar seguro de vida, y el cual se otorgaba sin previo examen médico, se desarrollaba con capital privado y con primas semanales, las cuales eran cobradas en el domicilio del trabajador. El inconveniente que tenía este seguro y otras pequeñas asociaciones se debe a que en el momento que se pretende liquidarlos o incorporarlos al seguro social obligatorio, ya en la segunda década del siglo presente, la lucha de intereses económicos Estado-seguros privados se traduce en un asunto político, dado que las primas que se cotizaban eran demasiado altas, mucho más altas que la del Seguro del Estado.

No sólo lo mencionado influyó y protagonizó el camino hacia un seguro social obligatorio, ya que el nacionalismo inglés no abandonó las viejas fórmulas de tratar los problemas sociales ya que mantuvo su lucha por medio de la asistencia. Así, para principios de siglo, los intereses se encontraban en

una polémica alrededor de la asistencia pública, como factor de combate de la inseguridad social. La polémica residía entre los intereses de la Sección de Beneficiencia, apoyada por la Organización de la Caridad y los laboristas los cuales buscaban un proyecto mucho más consistente y de beneficio general.

Es en ese momento que el gobierno inglés, que auspició todo el planteamiento conservador de la asistencia pública, dimitió. El Partido Liberal llegó al poder de manera abrumadora en 1906, y teniendo en sus filas elementos obreros se ocuparon lugares en el Parlamento, que sumados a los conquistados por los del recién creado Partido Laborista, la actitud frente a las circunstancias nacionales tomaron otro rumbo. Entre los que se abren camino sobresalen David Lloyd George y Winston Spencer Churchill, quienes en varias ocasiones marcaron su propuesta. El primero llegó a sostener que “la riqueza que había esparcida en todo el país debería, como condición previa para que fuera disfrutada por sus poseedores, ser para contribuir a la honorable subsistencia de los que hubieran dejado de poder mantenerse por sí mismos”. Por su parte, Churchill expresó que “las complicaciones de la civilización crean nuevos servicios que han de ser emprendidos por el Estado, y para los ya existentes una expansión.”²¹

Al entender esta nueva actitud de gobierno, el Estado Liberal, siempre considerado abstencionista, toma un rumbo que tiene como meta un desarrollo social mucho más equilibrado, con oportunidades y justicia. Se promulga una Ley de Revindicaciones Obreras; disposiciones legislativas que establecieron la enseñanza obligatoria, completa y gratuita; a los niños que por problemas de

²¹ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL. TOMO I, DOCTRINA. IMSS. p.p. 289

alimentación no tenían un desarrollo normal en la escuela se les era proporcionado por las autoridades docentes locales; asimismo se estableció el cuidado a la salud y la condición física de los menores; la legislación correspondiente a pensionados por vejez; la de la jornada de trabajo de ocho horas; la de la Bolsa de Trabajo la cual consistía en combatir el paro forzoso; y la de Proyectos de Ciudades, la cual proporcionaba edificación de casas baratas para los obreros.

En 1908 se establece la Ley de Pensiones, la cual tomó como base una propuesta y que se llevó a cabo a finales del siglo XIX dada por Charles Booth y que preveía el pago de una pensión semanal a cada persona que tuviera 65 años o más, con cargos procedentes de contribuciones y que no tomaba en cuenta la situación de necesidad y si el beneficiario había contribuido anteriormente. Para 1911 aparece la primera legislación sobre seguridad social, propiamente dicha en Inglaterra, la propuesta antes mencionada no es tomada en cuenta aparte de que se modifica y se aplica solamente a aquellos que prueben su necesidad. Esta legislación se enfoca principalmente a los seguros de enfermedades y al del paro involuntario.

Lloyd George, precursor de la seguridad social inglesa, tenía un gran interés en el seguro contra enfermedades dado que estudió y vivió la experiencia alemana en el ramo; asimismo percibía el precedente dado por las sociedades de socorro y las uniones obreras, lo que lo indujo a establecer el seguro contra el paro. "la Ley de 1911 (...) estableció el aseguramiento contra el desempleo a ciertas categorías de obreros y es el primer intento de solución del problema del paro, por medio del seguro obligatorio y que el éxito de ésta Ley

llevó a su constante ampliación, para abarcar nuevos grupos, que ni la prolongada crisis económica, después de la Primera Guerra Mundial, con un número de desempleados alrededor de uno y medio millones, pudo poner en peligro su eficacia".²²

Por su parte el otro gran precursor, Churchill, proyecta la Ley de Seguros Sociales junto con William Beveridge -de quien más adelante hablaremos por su importancia- y establecen entre muchas, el financiamiento de los seguros de enfermedad y el desempleo serían aportados por el Estado, el trabajador y los patrones, así como que gravitaba en el consumo; la administración del seguro de enfermedad estaba confiada a sociedades sin fines de lucro y la correspondiente al seguro contra el paro era manejado por un sistema nacional de Bolsas de Trabajo.

No obstante la gran trascendencia social que despertaba la legislación de 1911 en lo social, en lo individual dejó mucho de que hablar, ya que los servicios dentales y de hospitalización no estuvieron considerados; un seguro de vejez para todos, así como el asunto de la viudez y la orfandad no fueron tomados en cuenta; la organización real estaba basada en miles de asociaciones reconocidas y el servicio médico fue administrado por comisiones territoriales. Pero en la década de los veinte, tras reformarse el campo de aplicación del seguro contra el paro, como antes ya lo habíamos mencionado, se extendió también el principio del seguro a los riesgos de vejez y de muerte; las legislaciones sobre pensiones para viudas, huérfanos y ancianos, disponían el pago de estas pensiones a las viudas de los asegurados y un subsidio a los

²²MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL. TOMO I, DOCTRINA. IMSS. p.p. 293

hijos menores y huérfanos; y los asegurados, así como sus conyuges, adquirirían el derecho a la pensión al cumplir los 65 años. Esta Ley confiere las pensiones de vejez, viudez y orfandad de manera incondicional, a diferencia de la de 1908 y que ya mencionamos. Además asentaba que el financiamiento recaía en las cuotas de los propios obreros que habrían de ser completadas en la mayor parte por el Estado.

Casi al finalizar la década de los años veinte, el mundo cae en una depresión que replantea los papeles de cada uno de los actores de la sociedad, así como del Estado, surgiendo actitudes económicas como las de un desarrollo más justo, con empleo pleno y con intervención por parte del Estado en la economía nacional a través de la expansión del gasto público²³ y políticas con marcados tintes sociales, como las establecidas por Roosevelt en 1941 en las que se hace mención a la igualdad de oportunidades, de trabajos productivos, seguridad, fin a privilegios y respeto a las libertades civiles, dando un orden moral necesario para el desarrollo pacífico de cada nación.

Inglaterra toma nota de lo antes mencionado y dispuso mostrarle al mundo bajo un modelo de progreso y justicia, que el desarrollo social podía existir con el desarrollo industrial, el económico, y que sin duda reflejaría una mejora en la vida política de esa nación. Inglaterra había tomado la estafeta del desarrollo social iniciado el siglo XX. Las mejoras en el progreso comunitario continuaron; en 1941 se creó una Comisión Interpalamentaria que se encargó del estudio de los seguros sociales y todos los servicios relacionados con ellos.

²³ KEYNES, JOHN MAYNARD; *TEORIA GENERAL DE LA OCUPACION, EL INTERES Y EL DINERO*, FCE, MEXICO, 1992

Una razón fundamental de esta comisión respondía al porvenir que demandaba la sociedad, dado que eran años de guerra y de incertidumbre. Churchill, al frente del gobierno inglés, designa para presidir dicha comisión a William Beveridge, quien como ya habíamos comentado, trabajó con Churchill en la implantación de los seguros sociales a principios del siglo, y en particular en los aspectos correspondientes al seguro del desempleo.

De dicha Comisión surgió el Informe Beveridge, que bien llevaba el nombre de su Presidente por que gran parte del contenido era propuesta de él. En el mencionado documento se hace un estudio de los planes nacionales de seguro social y servicios afines existentes y en el que se recomienda un Plan de Seguridad Social que busque desaparecer la indigencia física y que asegurara el ingreso suficiente para que subsistieran todos los ciudadanos. Es de esta manera que se analizan los seguros de enfermedad, desocupación, las pensiones a la vejez, a las de las viudas y los huérfanos, las compensaciones a los obreros por accidentes y enfermedad del trabajo, las pensiones no contributivas para la vejez, la asistencia pública y la asistencia a los ciegos.

Los estudios muestran que si no existía la perfección en el modelo inglés de seguridad social, si por mucho era el más avanzado en comparación con otros muchos países, pero el análisis realizado mostró que había deficiencias y que era prudente atacarlas. Es así que en las sugerencias dadas para llevar a cabo el Plan de Seguridad Social, el Informe recomienda atacar la indigencia o la miseria extrema por dos vías: por medio del seguro social, en épocas en que se gana o no se gana dinero, y la segunda por medio de subsidios para los hijos, en las épocas de grandes o pequeñas responsabilidades familiares.

La población se divide en cuatro clases principales de edad en que se es apto para trabajar y otras dos por debajo y encima de esa edad: empleados o personas con contrato de servicio; otras personas con ocupación lucrativa, entre los que resaltan patronos, comerciantes y trabajadores independientes de todas clases; amas de casa o mujeres en edad de trabajar; otras personas en edad de trabajar y sin ocupación lucrativa; personas que no tienen edad para trabajar; y personas que ha rebasado la edad para laborar y que están retiradas. De esta manera, el Plan extiende la seguridad social en la medida que lo exigen las necesidades a todos los ciudadanos y no únicamente a los empleados con contratos de servicios. Asimismo se basa en “un principio contributivo de proporcionar beneficios basados en un derecho a cambio de contribuciones, más que subsidios libres del Estado” y acepta “de que en los seguros sociales organizados por el Estado, todas las personas deben figurar en las mismas condiciones y que no debe haber diferencia en las contribuciones por los riesgos, salvo en la medida que la separación de los riesgos sirve a un fin social”.²⁴

Es así que en la búsqueda por un seguro social integral, el informe detalla lo que debería ser y lo que se tendría que hacerse. Por eso, las bases tenían que estar sustentadas en una cobertura total de subsidios a los hijos, que serían pagados mientras el padre o la madre responsable estuvieran o no en activo; la existencia de amplios servicios sanitarios y de rehabilitación para prevenir y curar las enfermedades y restaurar la capacidad de trabajo y que por lo tanto

²⁴BEVERIDGE, WILLIAM, *LAS BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL*, p.p. 82

estuviera a la disposición de toda la sociedad; y por último, y fundamental, el mantenimiento de la ocupación, es decir evitar el desempleo.

Con estas bases, el Plan de Beveridge fue aceptado por el Gobierno Británico en su mayor parte, lo que impulsó la creación de un servicio nacional de sanidad. Así, para 1944, el Estado Inglés habría introducido beneficios a los asegurados por enfermedad, invalidez, desocupación y vejez, con una contribución unificada y dependiente de una sola estructura: el del Seguro Nacional. En 1948, se promulgaron en el Reino Unido cinco leyes que trataban del Seguro Nacional, los accidentes de trabajo, lo correspondiente al Seguro Nacional de Sanidad, el Cuidado a la Infancia y un Plan de Asistencia a Disvalidos, lo que sin duda edificó una estructura de Seguridad Social ya que por primera vez se abarcó a toda la población con los servicios y los beneficios.

De las legislaciones anteriores mencionaré la que desde mi punto de vista es la más trascendente, debido a la intención del gobierno británico por encarar las adversidades con actitudes de fondo: la del Seguro Nacional. Son importantes en esta ley los tres grupos o categorías en que se clasifica la población en edad de trabajar: personas con empleo, autoempleadas y sin empleo. Asimismo, es importante la contribución unificada, ya que se hace obligatoria a todas las personas incluidas en cualquiera de las tres categorías mencionadas. Dichas aportaciones cubren no sólo a la persona asegurada, sino a toda su familia y con hijos aun no con edad de trabajar. Para aquellos trabajadores empleados, todos están obligados a contribuir, y el Estado aporta a su vez una cuota complementaria para las tres categorías. Esta Ley, además de otorgar subsidios al desempleo, lo hace en la enfermedad, maternidad y viudez,

así como pensiones de retiro y por fallecimiento. Con lo anterior es válido afirmar que los ingleses desde un inicio buscaron como justificación de su desarrollo social lo universal o integral de su proyecto, no como paliativo sino como base del desarrollo nacional.

1.4 LOS PRIMEROS PASOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

Con la información de los apartados anteriores y considerando a cada una de ellos como elemento fundamental para haber logrado en los países con una economía capitalista individual un progreso en el beneficio social, daremos un panorama general de los pasos seguidos por los gobiernos mexicanos para constituir un proyecto nacional basado en la seguridad social, su desarrollo y las circunstancias que afronta en el umbral del siglo XXI.

La Revolución de 1910 desató demasiadas pasiones. La lucha de poder entre los caudillos no permitía ver con claridad el deseo de aquel pueblo que buscaba paz, bienestar y progreso. Fue aproximadamente a mediados de la década revolucionaria, que el sentir de un pueblo se hizo ver: la consolidación de un Estado que guiara los rumbos nacionales sin traicionar la individualidad de cada hombre dado que alteraría su libertad; el imperativo de consagrar la lucha armada en beneficio social, basada en las oportunidades de empleo, seguridad, salud, y bajo un marco de leyes que garantizaran el desarrollo de la mayoría en el camino minado por las economías de mercado. Era necesario organizar al país. Por todo lo anterior, la Constitución de 1917 estableció la protección tanto a trabajadores como a campesinos, a mexicanos con los mismos mexicanos; amplió y consolidó oportunidades y beneficios generales; organizó el Estado, su federación, sus municipios; optó por trazar con un carácter social el destino de México.

Los fundamentos que ofrece la carta magna mexicana están sustentados en el desarrollo de la seguridad general y que se vincula con el desarrollo económico, educativo, de salubridad y de protección. Es así, que como pilar fundamental del desarrollo de la seguridad social es el establecimiento constitucional (Artículo 123) de las condiciones y los derechos que cualquier mexicano tiene cuando ejerce su derecho al trabajo. En el artículo mencionado, apartado XXIX, se previó un Sistema de Seguros Sociales potestativos; dos años más tarde se formuló un proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito y Territorios Federales que proponía las cajas de ahorro y que serviría para prestar ayuda a los trabajadores desempleados, y que se constituirían con el cinco por ciento de los salarios obreros y la mitad de un tanto por los patrones; en 1925, se elaboró otro proyecto de Ley Reglamentaria del artículo 123, que determinaba que todos los patrones tenían la obligación de garantizar la atención médica y el pago de indemnizaciones por accidentes y enfermedades del trabajo calculados en un año y los cuales deberían de ser depositados en lugares prevenidos por el Poder Ejecutivo para que este cubriera los riesgos; otra opción, para los patrones, era contratar seguros con empresas privadas, o bien constituidas por ellos mismos, siempre y cuando abarcaran todas las indemnizaciones mencionadas y que cubrieran a todos los obreros que sirvieran en su empresa.²⁵

En ese mismo año, se expidió la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro, en donde los empleados y funcionarios de la Federación en general, tenían el derecho de una pensión cuando alcanzaran la edad de cincuenta y cinco años de servicio o cuando se inhabilitaran del trabajo. También, en 1928,

²⁵ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I, DOCTRINA, IMSS, p.p. 398

se estableció el Seguro Federal del Maestro, el cual constituido en una mutualidad auxiliaba a los deudos de los maestros asociados que fallecieran. Todo lo antes mencionado, demuestra un avance en la procuración de beneficios económicos y de salubridad en torno a los trabajadores, aunque es necesario saber, que hasta este momento las aseguradoras privadas eran las únicas en brindar este servicio.

Para 1929, bajo el régimen de Emilio Portes Gil, la necesidad creciente de instaurar una organización que coordinara la seguridad social iba madurando, dado que el seguro voluntario, instaurado ocho años antes por el Presidente Obregón no resolvía cabalmente las demandas. La fracción XXIX del artículo 123, era modificada y trascendía en su origen al establecer lo siguiente: "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vejez, de cesación involuntaria, de enfermedades y accidentes y otros fines análogos".

Años más tarde, y tras épocas de búsqueda en la fórmula de la seguridad social, se proyecta la Ley del Trabajo y Previsión Social que "se redacta a consecuencia del Primer Congreso de Derecho Industrial celebrado en 1934, y en donde se daban bases precisas: 1) Servicio Federal descentralizado, a cargo de una personalidad jurídica que se denominaría Instituto de Previsión Social, regido por las representaciones del Estado, de patrones y trabajadores; 2) Los recursos deberían integrarse con las aportaciones del Estado, de los patrones y los trabajadores en la proporción establecida en la ley; 3) Las prestaciones serían en dinero (subsidios temporales, pensiones y excepcionalmente

endemnizaciones globales), y en especie, asistencia médica, farmacéutica, dotación de aparatos ortopédicos y reeducación profesional".²⁶

En uno de los intentos aparentemente fallidos por los gobiernos posrevolucionarios en busca de seguros sociales, el General Lázaro Cárdenas turnó al Congreso un proyecto en el que se preveía cubrir los riesgos de enfermedad y maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, vejez e invalidez, y por primera vez, desocupación involuntaria. Asimismo, durante su gobierno, se puso en vigencia la Ley Federal del Trabajo que reglamenta el artículo 123 de la Constitución, donde se puede observar la protección que tiene el trabajador debido a que se establecen en dicha Ley las condiciones de trabajo a llevar a cabo, y en la que resalta la jornada de trabajo, salario mínimo, vacaciones, días de descanso, participación de los trabajadores en las utilidades de las empresas, obligaciones patronales, así como de los propios trabajadores, capacitación y adiestramiento laboral, trabajo en mujeres y menores, relaciones colectivas de trabajo, entre otras.²⁷

La administración pública de ésta época, la posrevolucionaria, se distinguió por dos elementos: "primero, el proyecto histórico de consolidación de un capitalismo industrial modernizante, para el cual muchas instituciones administrativas se orientaron a ello como tarea fundamental; segundo, el mantenimiento de las instituciones administrativas con vocación de servicio colectivo -y en lo esencial popular- creadas por los regímenes de la Revolución y que le caracterizan como tal, en convivencia y complementariedad con

²⁶ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I, DOCTRINA, IMSS, p.p. 403

²⁷ LEY FEDERAL DEL TRABAJO, MEXICO

aquellas otras destinadas al fortalecimiento del capitalismo. Esto ha sido el producto de un largo desarrollo histórico que ha derivado en la formación del Estado de Bienestar, es decir, una forma de Estado capitalista en el cual el proceso de crecimiento económico fue conciliable relativamente con la formación de las condiciones de vida básicas para las clases populares.²⁸

Toda esta secuencia de desarrollo político-social desatada desde la promulgación de la Constitución de 1917, se ha de manifestar más en el sexenio del General Cárdenas debido a que se consolida materialmente un progreso social fundamentado en una economía próspera y que generó una clase trabajadora poderosa, y que a la larga ha de presionar a la siguiente administración, encabezada por el General Avila Camacho, en la toma de decisiones políticas-sociales, como es el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el primer año de la década de los cuarenta, se constituyó una Comisión creada por el Poder Ejecutivo en la que participaron técnicos y representantes de los diversos sectores sociales interesados en el tema de la Seguridad Social como institución, bajo la supervisión del Secretario del Trabajo. Dicho trabajo culminó con el establecimiento, vía propuesta legal del 3 de diciembre de 1942, del Seguro Social Mexicano, de carácter obligatorio y como servicio público nacional; "creado para vincular los bienes afectos al servicio, organizarlo, administrarlo y dirigirlo, una personalidad moral (...) como ha sido recomendado en varios convenios de asambleas internacionales

²⁸ GUERRERO, OMAR; *EL ESTADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN MÉXICO*; INAP, 1989, p.547

del trabajo.”²⁹ Así, en enero de 1943, el Congreso de la Unión publicó la Ley correspondiente, iniciando funciones el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los riesgos amparados por dicho aseguramiento institucional son los que se derivan de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dolencias no profesionales y maternidad, invalidez y vejez, muerte, cesantía en edad avanzada, siendo la población obligada a ser asegurada aquellos que prestan a otra persona un servicio en virtud de un contrato de trabajo, las sociedades cooperativas y los aprendices. El patrimonio de este servicio social no está cedido únicamente por el Estado, sino se integra mediante las aportaciones de los trabajadores asegurados, de los patrones y del Estado mismo, en proporción establecida legalmente, excepto la rama de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que es cubierta por la empresa. Continuando con disposiciones generales, el salario que percibe cada trabajador es el que regula las cuotas que deben pagarse por el aseguramiento, así como el que establece las prestaciones en dinero, subsidios y pensiones. La administración del Instituto está representada por lo sectores obrero, patronal y del Estado, quienes se desempeñan en la Asamblea General, el Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia, además de que existe una Dirección General, que es designada por el Presidente de la República.³⁰

Para mediados de 1943 y con la puesta en vigor de la Ley del Seguro Social, comenzaron a implantarse las diversas ramas del Seguro, las circunscripciones territoriales en que debían de aplicarse, tomando en cuenta la

²⁹ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I, DOCTRINA, IMSS, p.p. 407

³⁰ LEY DEL SEGURO SOCIAL, IMSS, MEXICO, 1995

geografía, el desarrollo industrial, la densidad poblacional asegurable y la posibilidad de establecer los servicios, de tal manera que a partir de este año se implementó el Seguro en el Distrito Federal; “dos años más tarde en Puebla y en Monterrey; y a partir de ahí en Guadalajara, Zapopan, Orizaba, Nogales Río Blanco, Naucalpan, Tlalnepantla, entre otros.”³¹

La iniciativa de crear una institución con las características del Seguro Social Mexicano está en coyuntura con los avances de esquemas similares alrededor del mundo. Es indudable que el avance en la procuración de un bienestar económico y social, a la par del médico, en la legislación mexicana promovió un desarrollo social inusitado. Sin embargo, toda la legislación sobre seguridad social que se da en México con el Presidente Avila Camacho no es una creación de la noche a la mañana. Está sustentada en los preceptos constitucionales del 17 y en las legislaciones laborales de los treinta, al mismo tiempo que recoge ejemplos de modelos similares que se están desarrollando en todo el mundo, en especial de Europa, en donde Inglaterra ya para esta época habría de proponer no sólo lo que ejecutaría México, sino la universalidad de los servicios de seguridad social a todos sus ciudadanos.

En 1949, el Congreso de la Unión aprobó la iniciativa de Ley enviada por el Ejecutivo Federal para la extensión del Seguro Social a otras zonas de la República, en donde el servicio era endeble o no existía, con el ideal de crear un sistema que amparara todo el territorio nacional y a sus habitantes, siempre y cuando estuviera ligado al desarrollo industrial del país. Es tal la respuesta a esta meta social, que el Instituto Mexicano del Seguro Social autorizó, para

³¹ MEXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL, TOMO I, DOCTRINA, IMSS, p.p. 413

lograr en hechos su extensión, la celebración de contratos con aquellos que tuvieran servicios médicos y hospitalarios establecidos; también pudo celebrar contratos con aquellas ramas industriales importantes pero que no estaban dentro de la circunscripción territorial en donde se encontraba implantado el seguro obligatorio. Es así que durante las primeras administraciones el Instituto subrogó clínicas, sanatorios, la atención médica y el internamiento hospitalario, todo esto por necesidad, dado que el ideal trazado podría demorar muchos meses o tal vez hasta años construirlo.

Durante las cuatro décadas posteriores, el campo de acción de la política de Seguridad Social crece y se adecúa a las necesidades del desarrollo de México de tal manera que las relaciones laborales ya no sólo estaban determinadas con lo urbano, sino que se ampliaba al régimen rural, por lo que en 1959 "se modifica la Ley haciendo obligatorio a los patrones la inscripción de trabajadores rurales en el Seguro Social, aportando los dueños del capital el cincuenta por ciento de la cuota, dejando el resto como obligación para la Federación".³² A finales de este año, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al servicio del Estado recogió la protección para el trabajador público no sólo en riesgos de trabajo, sino también en la atención médica y en servicios sociales.

La lucha social se consolidó en el aspecto de la seguridad social, no siendo este el único camino por el que el pueblo mexicano ha trabajado para vivir mejor en sociedad y en la mecánica de un mejor desarrollo. La educación,

³² JOSE NARRO ROBLES, LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI, MÉXICO, FCE, 1993, p.p.62

la salud, el desarrollo económico impulsado por el Estado Mexicano, los esquemas de justicia, la distribución de la riqueza, el desarrollo de oportunidades, entre otras, fueron ejemplo de ese avance nacional. Las instituciones de Seguridad Social, que en el capítulo tres serán explicadas en toda su extensión, son y han sido un valuarte del progreso pacífico de nuestra nación, debido a que la fortaleza que ha inspirado en cada uno de nosotros como mexicanos la certidumbre de tener salud y la seguridad de algo adicional en nuestro vivir y que determine un futuro mejor y el de las generaciones posteriores, determina que lo hecho hasta ahora, como se mostrará posteriormente, es de gran orgullo, pero no suficiente. Es necesario optar por un desarrollo de la Seguridad Social, eficiente y eficaz, que tienda a un esquema integral de los servicios de salud y de los beneficios socioeconómicos, que permitan defender las estructuras sociales existentes y futuras, de manera tal que impida el debilitamiento social irreversible.

CAPITULO 2. MARCO JURIDICO

2.1 PRINCIPIOS, TRANSFORMACIONES Y ACTUALIDAD LEGAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

Los principios legales de la seguridad social mexicana pueden remontarse a mediados del siglo pasado cuando Juárez promulga la Constitución de 1857 y en donde se comienza a visualizar un Estado - Nación con características liberales en su planteamiento económico y político pero con perfiles de progreso en el desarrollo social. Sin embargo no es hasta después de la cruenta guerra revolucionaria que los bastiones de la seguridad social en nuestro país comienzan a brillar.

Con la promulgación de la Constitución de 1917, en ella nacen dos grandes pilares que propiciaron el desarrollo social y económico de la sociedad mexicana. Mario de la Cueva los cataloga como “la Declaración de Derechos Sociales de 1917” sustentados en los artículos 27 y 123 de la Carta Magna. Es notable que la razón social de estos artículos se haya fundamentado en la circunstancia campesina y en la trabajadora, primero porque el trabajador del campo buscó y encontró la resolución de un reparto agrario que beneficiara a sus comunidades, al mismo tiempo que la representación obrera luchaba por propiciar la creación de derechos sociales de los trabajadores.

En estos años la actitud de fundamentar una legislación en favor de un mínimo de justicia social fue encaminando el desarrollo de derechos del trabajo y la previsión social la cual buscó asegurar una existencia decorosa al obrero y

a su familia. La Constitución Mexicana tuvo la virtud de ser una legislación propositiva en lo social y en los aspectos de libertad en donde el "derecho es la norma que busca la realización de la justicia social en las relaciones entre el trabajo y el capital, en la inteligencia de que la justicia social es el principio dinámico, el motor de la vida social, que se propone entregar a cada hombre una existencia decorosa, en el presente y en el futuro, a efecto de que pueda conducir una vida autenticamente humana, la cual a su vez, es aquella que permite el desarrollo integral de las potencias materiales, pero sobre todo, espirituales"³³.

La trascendencia del artículo 123 constitucional en lo que a beneficios sociales se refieren, y que sin duda fueron piso primero del fundamento institucional de la seguridad social, está basado en los diferentes rubros que abarca y que determina como precepto a seguir. Así, el contenido tradicional de la previsión social, a pensar de Mario de la Cueva, se fundamenta en prioridades tales como la educación en comunidades de campesinos y trabajadores en donde los hijos estudiarían en centros de educación puestos por las empresas; las normas reguladoras del trabajo de las mujeres y los menores; la obligación de proporcionar habitaciones a los trabajadores de cada empresa; adoptar sistemas de higiene, salubridad y seguridad industrial; medidas preventivas para evitar accidentes y enfermedades; y establecimiento de cajas de seguros populares entre otras.

³³DE LA CUEVA, MARIO; EL NUEVO DERECHO MEXICANO DEL TRABAJO, TOMO II, EDIT. PORRUA. ,7 MA. EDI.,MEXICO, 1993,p.p. 30

Con lo anterior se aprecia que como en muchos lugares del mundo, México vivió el surgimiento de voluntades en favor de organismos o instituciones apoyadas en la Ley y que beneficiaran el futuro del ser en sociedad. Dicho esto es real afirmar que la lucha para alcanzar esquemas de seguridad social nacieron de la presión del movimiento obrero para asegurar el futuro del trabajo asalariado, valor que los Constituyentes del 17 tomaron en cuenta para desarrollar las leyes correspondientes. Con esto la seguridad social futura, junto con el derecho del trabajo, disciplinas dinámicas “ que se incrustaron en esa nueva vertiente del orden jurídico que es el derecho social, parten de la consideración del hombre como integrante de un núcleo social bien diferenciado; no como el sujeto abstracto de relaciones de contenido estrictamente jurídico”³⁴, para consolidar una solidaridad colectiva que comprenda una amplia gama de servicios esenciales para preservar y mejorar la condición humana.

A partir de los principios que promovió la lucha revolucionaria, y del desarrollo constitucional mencionado, los intentos por establecer organismos o instituciones que fomentara el bienestar del asalariado con prestaciones médicas, sociales y económicas, al mismo tiempo de atender al marginado o no asalariado, fueron poco exitosos. Sin embargo con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social a principios de los años cuarenta, propicia el despegue una tendencia política social que implicó a diferentes organismos públicos encaminados a la protección de la clase trabajadora, de sus familias y

³⁴DICCIONARIO JURIDICO MEXICANO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS; EDIT. PORRUA-UNAM, 1991, MEXICO

de la comunidad misma, contra riesgos que se derivaran del trabajo y de diversas circunstancias.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, por la suma de seguros que atiende y por el número de asegurados y beneficiarios, es el principal organismo nacional de seguridad social; le sigue El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, encargado de las prestaciones que en materia de seguridad social deben ser proporcionadas a los trabajadores del servicio civil de la federación y del departamento del Distrito Federal, así como a quienes dependen de organismos públicos incorporados por decreto, o por convenio a su régimen; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México, el cual brinda prestaciones clínicas, asistenciales y culturales entre otras, para todos los miembros de la corporación militar y la armada nacional; asimismo existen diversas instituciones enfocadas a la prestación complementaria, con el fin de fortalecer el salario, entre las que destacan el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT), el Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (FOVISSSTE), el Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores (FONACOT), así como la actividad que las entidades federativas llevan a cabo por legislaciones de servicio civil y disposiciones colaterales y complementarias que crean oficinas de pensiones, sistemas hospitalarios y de ayuda económica y cultural para los empleados estatales y municipales.³⁵

³⁵ DICCIONARIO JURIDICO MEXICANO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS; EDIT. PORRUA-UNAM, 1991, MEXICO

Todas estas actitudes están fundamentadas en las actividades principales del sector público mexicano que atiende al principio de administración en sentido material u objetivo y que permite “la actividad permanente, concreta y práctica del Estado que atiende a la satisfacción inmediata de las necesidades del grupo social y de los individuos que lo integran”³⁶, de modo tal que la administración pública es la realización del interés común y general asegurado con determinadas prerrogativas que establecen un régimen jurídico propio.

Pero el objetivo principal debe ser el régimen en el que están determinadas las actividades en base jurídica de las instituciones que brindan seguridad social en nuestro país, de modo tal que es importante recalcar que la administración pública está conformada por órganos del Poder Ejecutivo Federal para estos fines, con un enfoque neto a resolver problemáticas sociales que benefician a la sociedad en general y logren acatar los preceptos constitucionales y legislaciones administrativas que se tengan en vigencia.

Es así que como encargada de la eficiente y clara ejecución de los preceptos legales que rigen y norman a la sociedad, la administración pública como autoridad y administrador atiende dentro de su marco de competencia las grandes necesidades de nuestra sociedad. El poder Ejecutivo Federal y la administración pública se identifican en muchos aspectos de la obra gubernamental, no sin omitir que en el régimen del Estado Federal Mexicano la administración pública se desarrolla en distintos campos de acción, entre los

³⁶ SERRA ROJAS, ANDRES; DERECHO ADMINISTRATIVO; EDIT. PORRUA, 16a EDICIÓN, MEXICO, 1994, p.p.77

que destacan la administración pública federal, la de las entidades federativas y las administrativas municipales.

La administración que es importante recalcar para entender la organización de las instituciones de seguridad social, es la pública federal, la cual cumple funciones por medio de un conjunto de órganos jurídicos centralizados, desconcentrados y paraestatales o descentralizados, "sujetos a normas jurídicas específicas en las cuales se precisa su organización, su funcionamiento y sus medios de control, de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal publicada en el Diario Oficial el 29 de diciembre de 1976"³⁷.

Entre los órganos centralizados se cuenta a las Secretarías de Estado y a departamentos administrativos, siendo interés de esta tesis únicamente la Secretaría de Salud; los órganos desconcentrados se sitúan en el régimen de la centralización administrativa y están caracterizados por tener ciertas facultades exclusivas que les permiten un mejor desenvolvimiento sin romper con la jerarquía administrativa; y los órganos paraestatales o descentralizados quienes tienen un marco jurídico especial que les permite actuar con determinada autonomía orgánica y técnica, "manteniendo con el poder central las estrictas relaciones de control y referidas a la política general, económica y administrativa del Estado, establecidas en la Ley Federal de Entidades

³⁷ SERRA ROJAS, ANDRES; DERECHO ADMINISTRATIVO; EDIT. PORRUA, 16a EDICIÓN, MEXICO, 1994, p.p.83

Paraestatales³⁸. Estos últimos órganos abarcan al IMSS, ISSSTE, INFONAVIT, DIF y al ISSFAM, instituciones que se analizan en esta tesis.

Con la conformación institucional para afrontar los obstáculos médicos, por una parte, y de apoyar a la población trabajadora con prestaciones socio económicas y culturales por otra, el Estado mexicano erigió un régimen y una organización destinada al funcionamiento de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, INFONAVIT) con el fundamento de regir la actividad para lograr un bien común, asumiendo su atención y estimulando a la iniciativa privada para combinarse con ella en la búsqueda de un mismo proposito.

Esta tarea nacional está relacionada con lo que servicios públicos federales se refiere, ya que la naturaleza misma de los objetivos están determinadas por facultades de órganos federales los cuales pueden ser clasificados en exclusivos, concurrentes con los particulares y concurrentes con las demás entidades, siendo este último terreno de acción de las actividades de seguridad social, ya que como otras determinadas materias (educación pública, turismo, salubridad, caminos) que no son de exclusiva competencia federal, pueden ser atendidas por autoridades federales, locales y municipales.

Para los fines de este trabajo es necesario desarrollar la actualidad legal de cada una de las dependencias que se establecen en dicha investigación, por lo que se expondrá la circunstancia de la Secretaría de Salud como rectora de la

³⁸ SERRA ROJAS, ANDRES; DERECHO ADMINISTRATIVO; EDIT. PORRUA, 16a EDICIÓN, MEXICO, 1994, p.p.83

actividad en el ramo, además de ser la única que depende de la administración central, para después detallar de manera general, la presente legislación de las instituciones restantes.

Un precepto importante en la actualidad y que compete a la actividad de la Secretaría de Salud, es aquel que se logró consagrar en 1982 buscando cubrir las demandas de los servicios de salud de la población abierta, y que determinó el "derecho a la protección a la salud". Este como muchos otros logros no fueron suficientes para lograr un cambio radical y necesario en el sistema de salud, por lo que en 1983 se expidió la Ley General de Salud. Esta legislación define, entre otros, la naturaleza y el alcance del derecho a la protección a la salud, la integración, los objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud, así como las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud, al mismo tiempo de distribuir la competencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas.

La administración correspondiente al periodo 1988-1994 reformó la Ley General de Salud, reglamentaria del parrafo cuarto del Artículo 4º Constitucional, adecuandolo a las exigencias nacionales en las siguientes materias: planificación familiar, prevención y control de efectos nocivos de los factores ambientales en la salud, control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios, control sanitario de la publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y cadaveres de seres humanos, así como en materias de autorizaciones sanitarias y sanciones administrativas, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el

14 de junio de 1991.³⁹ La actividad administrativa de la Secretaría de Salud está regulada por los Artículos 90 a 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por los artículos 2, 10 a 25 así como del 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal como parte de la administración pública federal centralizada.

Por lo que respecta a las dependencias restantes, IMSS, ISSSTE, DIF, INFONAVIT, ISSFAM, éstas son entidades paraestatales las que con tal caracter determina la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y en el artículo 2 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Todas son organismos descentralizados creadas por Ley o decreto del Congreso de la Unión, o bien por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Son organismos que tienen como objetivo la realización de actividades correspondientes a las áreas estratégicas o prioritarias; a la prestación de un servicio público o social; o la obtención o aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social, tal y como se establece en el artículo 14 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales.

Asimismo el artículo quinto de la mencionada Ley dice: "El Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y los demás organismos de estructura análoga que hubiere, se seguirán rigiendo por sus leyes específicas en cuanto a su funcionamiento, operación, desarrollo y

³⁹ RESEÑA TESTIMONIAL 1988-1994. TOMO 1, SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1994

control, en lo que no se oponga a aquellas leyes específicas se sujetarán a las disposiciones de la presente Ley”.

Finalmente me parece importante mencionar que la actividad de la seguridad social en el entorno nacional está basado en un marco de Estado de derecho lo que permite a la sociedad y a la Nación en sí manejarse de manera que el beneficio sea para todos. Los fines del Estado constituyen direcciones, metas propósitos o tendencias de carácter general, por lo que la administración pública se convierte en el ente que lleva a cabo estos intereses universales y nacionales. “Las funciones del Estado (administración pública) son los medios o formas diversas que adopta el derecho para realizar los fines del Estado”.⁴⁰

⁴⁰SERRA ROJAS, ANDRES; DERECHO ADMINISTRATIVO; EDIT.PORRUA, 1994

CAPITULO 3. LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

3.1 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

3.1.1 ESTRUCTURA Y OBJETIVOS

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue establecido en 1943 por mandato constitucional, y desde entonces tiene una estructura de composición tripartita en donde se conjuntan los esfuerzos del sector trabajador, empresarial y gubernamental para conducir a la institución con equilibrio en las decisiones, que obviamente determinarán los servicios a brindar con la calidad y la oportunidad que se requiera. La finalidad rectora de la institución vanguardista de este tipo en el país, reside en que “la Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”.⁴¹

La estructura con la que cuenta el Instituto se rige por varios órganos rectores: la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia, y el Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el Retiro. En todos los anteriores existe representación de los tres sectores antes mencionados. Asimismo existe la figura de director general el cual es nombrado por el Presidente de la República y en quien cae el mayor número de atribuciones de la institución. Por lo que respecta a la estructura orgánica de la institución se establecieron dos niveles de acción fundamentales: “el central, compuesto por

⁴¹ ARTICULO 2do. LEY DEL SEGURO SOCIAL

algunos órganos administrativos con función normativa; y el delegacional, en el que descansa la función operativa.⁴²

En la actualidad y con la finalidad de que los servicios se otorguen en base a las necesidades y a los problemas, se modificó la estructura de 36 delegaciones a nivel nacional, para establecer consejos consultivos regionales y marcar directrices que descansarán en siete regiones.

Pero ya teniendo un panorama de quiénes están representados y cómo están desarrollados los órganos estructurales del Instituto, mencionaremos los cinco campos de trabajo, o bien las ramas que el seguro cubre: riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; guarderías; y seguro de retiro⁴³. Los seguros antes mencionados tienen validez siempre y cuando sean sujetos de régimen obligatorio o voluntario las personas vinculadas a otras por relación de trabajo; los miembros de las sociedades cooperativas de producción y de administración obreras o mixtas, los ejidatarios, los comuneros y pequeños propietarios organizados y otros tipos de grupos según lo señalado en la propia Ley del Instituto.

⁴² NARRO ROBLES, JOSE; LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI, FCE, MEXICO, 1994

⁴³ ARTICULO 11o. LEY DEL SEGURO SOCIAL

La actividad que desarrolla el IMSS se basa en las contribuciones que los trabajadores, el Estado y los patrones brindan a la institución equivalentes al 26.5 por ciento del salario cotizable y el cual se divide de la siguiente manera:

RAMO	PRIMA (%)	APORTANTES
Enfermedades y Maternidad	12.5	Tripartito
Invalidez, vejez, cesantía y muerte	8.5	Tripartito
Riesgos de Trabajo (promedio)	2.5	Patronal
Guarderías	1	Patronal
Sistema del Ahorro para el Retiro	2	Patronal
TOTAL	26.5	

FUENTE: DIAGNOSTICO, IMSS, 1995

Las contribuciones tripartitas están repartidas de manera tal que el patrón absorbe el 70 por ciento, el trabajador el 25 y el Estado sólo el 5 por ciento. El IMSS establece que para ponderar esta carga es necesario tomar en cuenta que las aportaciones patronales son deducibles de impuestos sobre la renta y de la participación de las utilidades, por lo que se asume que los empresarios transmiten 35 por ciento de sus contribuciones al Estado y un 10 por ciento a los trabajadores.⁴⁴

A través del régimen obligatorio el IMSS le da cobertura a 37 millones de mexicanos⁴⁵; para llevar a cabo esto cuenta con un total de 1742 unidades

⁴⁴ DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

⁴⁵ DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

médicas, de las cuales 1481 están destinadas a consulta externa, 261 a hospitalización, 222 de general y 39 de especialidad.⁴⁶

3.1.2 SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO

Los riesgos que abarca este seguro son los que se refieren a los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo⁴⁷, lo que pudiera producir incapacidades temporales, incapacidad permanente parcial o total y muerte. Este seguro protege al patrón al mismo tiempo que al trabajador, ya que el IMSS cubre las obligaciones económicas mientras el obrero se rehabilite, al mismo tiempo que brinda el derecho que tiene cada asegurado a la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, servicios de hospitalización ortopedia y rehabilitación.

En la actualidad, y a decir del último diagnóstico del Instituto, este tipo de seguro tiene la suficiente infraestructura para otorgar la cobertura del Seguro de Riesgos de Trabajo a todas las empresas que lo requieran, sin embargo denuncia desequilibrios financieros que generan dos problemas estructurales: el primero reside en que el aumento notorio de las esperanza de vida de los pensionados ha repercutido en los gastos médicos debido a que siendo mayores, el riesgo de desarrollar padecimientos crónicos se acentúan, todo esto porque los cálculos actuariales en que se basa el seguro datan desde que se fundó la Institución; y el segundo se fundamenta en la inequidad existente propiciada por el catálogo de la planta productiva por ramo y grado máximo de

⁴⁶ RECURSOS Y SERVICIOS. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. BOLETIN DE INFORMACION Y ESTADISTICA, NUMERO 13, SECRETARIA DE SALUD, 1993

⁴⁷ LEY DEL SEGURO SOCIAL, 1994

riesgos de su clase, ya que existen empresas cuya siniestralidad excede por mucho el grado máximo de riesgos, y sin embargo, cotizan de manera similar a las empresas donde el riesgo es menor.

3.1.3 SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD

Esta rama del seguro se encarga de amparar a todo asegurado y pensionado, este último independientemente de la circunstancia en que se encuentre (incapacidad permanente; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y viudez, orfandad o ascendencia). La protección se extiende a la esposa del asegurado o del pensionado, a los hijos y a dependientes económicos según disponga la Ley del Seguro Social.

En cuanto a las prestaciones en caso de enfermedad, el IMSS otorga en especie servicios, tales como asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria; por lo que se refiere al caso de maternidad, la institución brinda atención durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio. Respecto a las prestaciones en dinero, la enfermedad no profesional y el embarazo recibirán un subsidio monetario el cual se otorga mientras existe la incapacidad del trabajo, o en su caso, los tiempos establecidos por la Ley del Seguro referente al parto.⁴⁸

Este seguro está conformado por un sistema de Servicios Médicos con el fin de atender las necesidades médicas de la sociedad a través de tres niveles

⁴⁸ LEY DEL SEGURO SOCIAL, 1994

de operación: 1) Medicina familiar; 2) Hospitales Generales; y 3) Alta especialidad.

La medicina familiar contemplada en el primer nivel ofrece consulta externa y es donde se atiende a la gran mayoría de la población, además de ser la puerta de diagnóstico para entrar al sistema médico de hospitales y alta especialidad. El nivel está estructurado por unidades, cada una de ellas bajo la responsabilidad de un médico familiar, y en donde se resuelvan enfermedades de menor grado que requieren de diagnóstico y tratamiento pocos complejos, al mismo tiempo que brinda orientación sobre higiene, alimentación y forma de vida.⁴⁹ Asimismo, este nivel ofrece apoyo a la salud del no derechohabiente o de la población abierta, mediante campañas de fomento a la salud, vacunación y actividades coordinadas por la Secretaría de Salud, y que son universales para toda institución que está incluida en el Sistema Nacional de Salud.

El segundo nivel se refiere a la atención que se brinda en hospitales generales de región, zona y subzona a lo largo del país, teniendo como finalidad principal la atención a los padecimientos de alta demanda y mediana complejidad, las cuales requieren del apoyo de especialidades médicas, de hospitalización para cirugía, tratamientos y diagnósticos especializados.

Por lo que respecta al tercer nivel, el de alta especialidad, la atención que se brinda está enfocada a pacientes con padecimientos poco frecuentes y que debido a su complejidad requieren de recursos médicos y técnicos especializados para su diagnóstico y tratamiento.

⁴⁹DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

El diagnóstico del Seguro Social afirma que la viabilidad financiera de este seguro no está garantizada, aún y cuando las cuotas, en la actualidad, son las más altas en relación al salario de cotización de los trabajadores asegurados. Asimismo el desarrollo del seguro de enfermedades y maternidad se ha financiado con subsidios de los ramos de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, al mismo tiempo que por el de guarderías. Esto se llevó a cabo por que la importancia operativa de este seguro necesitaba infraestructura y recursos para operar.

Entre otros problemas que se mencionan, y que se relacionan con lo antes mencionado, resalta una mala atención debido a la poca motivación existente en el personal operativo; duplicación de funciones; ausentismo no sustituible por personal de otras áreas; mala verificación de vigencia de derechos; y un centralismo administrativo y presupuestal que no permite un buen abastecimiento a lo largo del país, así como un adecuado control en general.

3.1.4 SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ, CESANTIA EN EDAD AVANZADA Y MUERTE

Este rama del seguro social tiene como finalidad primaria ser un instrumento financiero que garantice un mínimo de bienestar a la población cotizante, al mismo tiempo que a su familia, al momento que por razones de edad o invalidez, se retirarán de la vida laboral, al mismo tiempo que asegura el otorgamiento de pensiones a los familiares del cotizante que en su caso falleciera, tal y como se condiciona en la Ley del Seguro.

Los recursos para este seguro provienen de una contribución tripartita y que asciende al 8.3 por ciento del salario de cotización, los cuales se distribuyen operativamente de la siguiente manera: invalidez y muerte 3 por ciento; vejez y cesantía en edad avanzada, 2.8 por ciento; servicios médicos a pensionados, 1.5 por ciento; gastos de administración, 0.6 por ciento; y prestaciones sociales, 0.4 por ciento. "Actualmente, las pensiones en curso se cubren con las aportaciones de los asegurados en edad activa",⁵⁰ ya que como fue mencionado en el apartado anterior, la mayoría de los recursos que estaban destinados a la creación de fondos a largo plazo, fueron empleados en la consolidación estructural de la institución, así como su operación.

En la actualidad el derecho a los beneficios, gastos médicos a pensionados y derechohabientes, ayuda asistencial, extensión de la edad límite

⁵⁰DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

para la pensión de orfandad, asignaciones familiares, prestaciones sociales, así como el incremento de los montos de pensiones se ha visto incrementada. Esto ha sido un esfuerzo paralelo al incremento de las contribuciones, pero que no se da abasto en relación con el número total de pensionados, ya que este crece a mayor velocidad que los cotizantes, lo que a la larga generará un mayor gasto a la institución lo que la descapitalizará.

3.1.5 SEGURO DE AHORRO PARA EL RETIRO

La pasada administración implantó el quinto ramo de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social el cual complementa a la pensión en el ramo de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte. Con este nuevo derecho de los trabajadores, “los patrones estarán obligados a cubrir las cuotas establecidas mediante la entrega de los recursos correspondientes en instituciones de crédito, para su abono en la subcuenta del seguro del retiro de las cuentas individuales del sistema de ahorro para el retiro abiertas a nombre de los trabajadores. A fin de que las instituciones de crédito puedan individualizar dichas cuotas los patrones deberán de proporcionar a las instituciones de crédito información relativa a cada trabajador, (...) el patrón deberá entregar a la representación sindical una relación de las aportaciones hechas en favor de sus agremiados”.⁵¹

Asimismo, la legislación correspondiente, indica que las cuentas individuales del sistema de ahorro para el retiro deberán tener, cuando

⁵¹ LEY DEL SEGURO SOCIAL, 1994

corresponda, dos subcuentas, la del seguro del retiro y la del Fondo Nacional de la Vivienda.

3.1.6 SEGURO DE GUARDERIAS

Esta rama cubre el riesgo de la mujer trabajadora de no poder proporcionar cuidados materiales durante su jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia, lo que tiende a cuidar y fortalecer la salud del niño y de su buen desarrollo futuro, así como a la formación de sentimientos de adhesión familiar y social, a la adquisición que promueva la comprensión, el empleo de la razón y de la imaginación, además de constituir hábitos higiénicos y de sana convivencia, todo ello de manera sencilla y acorde a su edad y a la realidad social. Los servicios de guardería incluirán el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los menores beneficiados.⁵²

El esquema actual que desarrolla este rubro se otorga a hijos de trabajadoras aseguradas del régimen obligatorio en una estructura compuesta por 455 guarderías infantiles a nivel nacional y que dan cabida a 61,737 menores. El servicio brindado se da a través de tres esquemas de atención: Madres IMSS; Ordinario; y Participativo. El primer esquema representa el 1.7 por ciento de la atención brindada y solamente atiende a los hijos de las trabajadoras del Instituto; el esquema ordinario, 29.7 por ciento del total, a menores en general; y el participativo, en el cual descansa la mayoría del sistema, y que tiene las mismas características que el ordinario, con la

⁵² LEY DEL SEGURO SOCIAL, 1994

diferencia de que este servicio está subrogado a una Asociación Civil que administra las guarderías.⁵³

La institución señala que la demanda atendida por este rubro del seguro atiende en el primer esquema sólo al 3.5 por ciento, el ordinario, al 52.60 por ciento, quedando al esquema participativo un apoyo al 43.9 por ciento de la demanda solicitante. Asimismo, resalta que el esquema subrogado ha traído mayores beneficios a la institución, debido a que la cobertura se ha incrementado notablemente en los últimos diez años, además de que al ser administrado por una asociación civil los gastos de instalación y operación se convierte en la opción financiera más conveniente para el IMSS.

Por último, la cuota que corresponde al seguro de guarderías para su financiamiento es del 1 por ciento de los salarios de cotización y está a cargo únicamente del patrón.

3.1.7 PRESTACIONES SOCIALES

Las prestaciones sociales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, además de contribuir a la elevación de los niveles de vida de la población. Lleva a cabo promoción de la salud a través de cursos directos y usando los medios masivos de comunicación; educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; mejoramiento en la alimentación y en vivienda; impulso del desarrollo de actividades culturales y

⁵³DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

deportivas en general; la instalación de centros vacacionales y de readaptación para el trabajo; establecimiento y administración de velatorios.⁵⁴

Los servicios sociales que presta la institución son proporcionados a la población en general, y en 1994 contaba con una estructura de la siguiente manera:

TIPO DE UNIDAD	NUMERO
Centros de Seguridad Social	116
Centro de Artesanías	3
Centros Vacacionales	4
Centros Culturales	2
Unidades Deportivas	25
Teatros Cubiertos	38
Auditorios al aire libre	36
Velatorios	16
Tiendas	149
Centros de extensión de conocimientos	1,439

FUENTE: DIAGNOSTICO, IMSS, 1995

Las tiendas IMSS surgen con la finalidad de coadyuvar al fortalecimiento del poder adquisitivo de los trabajadores del Instituto, y al del público en general, mediante la venta de artículos básicos con precios inferiores a los que se conocen en el mercado. Sin embargo, la función de las tiendas están dañando las finanzas de la institución dado que su desempeño al último ejercicio fue deficitario⁵⁵, en gran parte por el excedente de personal y por los altos costos administrativos que la operación requiere; por el irregular

⁵⁴ LEY DEL SEGURO SOCIAL, 1994

⁵⁵ DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

abastecimientos de productos; y por los carentes controles administrativos, principalmente.

Por lo que se refiere a los Centros Vacacionales, estos se han desarrollado en poblaciones cercanas al Distrito Federal (uno en el estado de Morelos, otro en Puebla y dos más en Tlaxcala), siendo principalmente lugares de esparcimiento para la población de bajos recursos y en donde se fomenta el buen estado mental y físico del individuo, además de fomentar la unión familiar. Las problemáticas que sufre esta prestación social, que también es deficitaria, reside en el exceso del gasto en personal, además de que no hay un programa de mantenimiento que permita hacer más accesible los centros, lo que disminuye la calidad de sus servicios y por lo tanto decrece la afluencia.

El servicio de velatorio brinda la oportunidad a la población en general de atender sus necesidades originadas por la muerte de una persona, concediendo traslados de forma gratuita al lugar de origen, si la persona fallece en una unidad médica, además de que se otorgan facilidades de pago en el uso de esta prestación.

La institución afirma que el impacto que han generado los Centros de Seguridad Social en las comunidades en donde se localizan tienen poder de convocatoria debido a las actividades que en ellos se desarrollan. En la actualidad se cuenta con 116 de estos Centros en todas las entidades de la República, en los que se brinda atención a población abierta principalmente madres de familia, niños, ancianos y minusválidos.

A partir de la década de los sesenta, la Institución adquirió y construyó teatros en la mayoría de las entidades federativas, en apoyo al fomento del desarrollo artístico en nuestro país. Esta área cuenta con un fideicomiso que alimenta los arrendamientos de que son objeto los teatros y que no son ingresables a las arcas institucionales. Esto ha propiciado que en el rubro, la actividad que desarrolla el instituto represente la infraestructura más importante en el país, y que de acceso a la cultura a grandes grupos nacionales.⁵⁶

Por último, las unidades deportivas con las que cuenta el IMSS ha sido uno de los principales apoyos al deporte nacional gracias a que cuenta con infraestructura adecuada y un enfoque significativo a la promoción de niveles de excelencia o de alto rendimiento en el rubro. Tal es el impacto de esta prestación, que la institución reporta que durante los últimos tres años se atendió a un promedio de 12 millones de personas por año. Para que se lograra esta meta la operación está a cargo de un fideicomiso llamado FIDEIMSS, a parte de que se toman recursos del seguro de invalidez para mantener en condiciones adecuadas las instalaciones.

3.1.8 RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTACION

Parte sustancial del desarrollo social del Instituto Mexicano del Seguro Social recae en el personal que labora en él, representado en la actualidad un universo de 345,238 trabajadores, los cuales atienden a un total aproximado de 37 millones de derechohabientes.

⁵⁶ DIAGNOSTICO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 1995

CATEGORIA	TRABAJADORES	PORCENTAJE
MEDICOS	35,152	10.18
RESIDENTES	4,810	1.39
PARAMEDICOS	57,999	16.79
ENFERMERIA	67,318	19.49
SUSTITUTOS EN SERVICIOS MEDICOS	35,019	10.14
ADMINISTRATIVOS	77,397	22.41
TRANSPORTES	2,437	0.70
GUARDERIAS	7,385	2.13
CENTROS DE SEGURIDA SOCIAL	2,387	0.69
CENTROS VACACIONALES	433	0.12
SERVICIOS BASICOS (INTENDENCIA Y CONSERVACION)	45,385	13.14
OTROS	9,520	2.75
TOTAL	345,238	100.0

FUENTE: DIAGNOSTICO, IMSS, 1995

Por lo que se refiere a la presupuestación, a finales de 1994 se estimó tener un ingreso de 40 mil 880 millones de nuevos pesos y unos egresos aproximados de 37 mil 526 millones de nuevos pesos⁵⁷. Un mayor ingreso permitiría disponer de excedentes para incrementar la inversión, además de continuar constituyendo reservas financieras para los seguros de invalidez y de retiro.

⁵⁷ INFORME DE ACTIVIDADES 1993-1994 IMSS

3.1.9 CONSIDERACIONES

La labor social que la institución ha logrado instrumentar durante más de cincuenta años, sin duda, es pilar del desarrollo socio-económico que la nación ha experimentado. Desde su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social llevó a los hechos las demandas laborales que el desarrollo económico y político posrevolucionario buscó, fortaleciendo las estructuras obreras, y por consiguiente sociales, al beneficiar con prestaciones médicas, económicas y sociales a la población con trabajo remunerado.

No es en vano la tarea del IMSS, por el contrario, durante más de cincuenta años fue sostén de una economía ferviente, de altibajos y debilidades, pero que promovió el desarrollo humano sobre todo en donde reside la fortaleza de una país: en el pueblo.

Hoy el IMSS vive momentos de crisis financiera, mas no un debilitamiento de los valores y los principios que propiciaron el surgimiento de esta Institución. Por el contrario, la realidad actual de nuestro país la hace vigente sin que eso la exima de una transformación que se adecúe a las necesidades reales, en lo nacional y en lo administrativo hacia el interior del organismo.

Haciendo un análisis de la circunstancia actual de la Institución, los principales argumentos que deterioran su actividad residen sobre todo en la

insuficiencia de recursos, principalmente los que se refieren al pago de pensiones. La razón que se da para justificar esta falta de recursos es válida, ya que la infraestructura que se creó con ellos, está de acuerdo al desarrollo que ha implantado el país en los últimos cuarenta años de progreso. Pero el fin no justifica los medios. Por eso al crearse el SAR se buscó una nueva fórmula para obtener un ingreso en el momento que un trabajador decida retirarse. El paso siguiente a esta acción debe residir en que el pasivo que afronta el IMSS por el pago de pensiones lo asuma el gobierno federal, al mismo tiempo que se deroga la prestación correspondiente, ya que el SAR lo sustituiría.

Habría que hacer consideraciones con respecto al SAR, de manera tal que no se manejara en instituciones bancarias, sino en un fondo de pensiones, administrado de manera independiente a los bancos y a las instituciones públicas. Esto haría precedente para que cada uno de los seguros que brinda el organismo descentralizado, trabajara con las contribuciones correspondientes y sin desvíos.

Otro aspecto que determina rezago en la operación del instituto cae sobre las actividades administrativas y de servicios. Los aspectos que más impactan en el este rubro residen en la centralización de funciones administrativas y presupuestales. El IMSS transformó su estructura a principios de 1995, con lo que se crearon regiones a nivel nacional. Anteriormente existían delegaciones estatales que únicamente eran enlace con el centro.

Esta reestructuración, desde mi punto de vista, tiene riesgos en la responsabilidad de las metas a ejercer, ya que las regiones no tienen más que

una supeditación con el centro, huyendo de las decisiones y las circunstancias que cada región necesite. Sería mucho más conveniente lograr una descentralización de funciones con responsabilidades y decisiones políticas. Es muy fácil operar si uno no tiene toda la responsabilidad. Las regiones, si así ya se establecieron, deberían tener representatividad de las entidades federativas que las conforman, asumiendo entre ellos la responsabilidad administrativa, operativa y laboral que eso significa.

No obstante lo anterior, todo esto debe estar a la par de una formación de cuadros para las funciones a realizar, más si en el interior de la República, por reflejos de la centralización, el personal no tiene la capacidad de decisión y de organización necesaria.

Por último, observo que del personal que labora en la institución el 13.14 por ciento se refiere a trabajadores de servicios básicos, en los que se incluye personal de intendencia y conservación, al mismo tiempo que los que trabajan en áreas administrativas suman el 22 por ciento de todo el personal adscrito a la institución.

Una solución que medita estudiarse, es la que se refiere a subrogar, concesionar o externalizar los servicios básicos, en los que seguramente está incluido los de limpieza, seguridad y alimentación entre otros. Es importante considerar que los servicios a concesión no deben darse a un sólo prestador de servicios, ya que los resultados serían muy pocos, por lo que es conveniente promover la competencia buscando mejor servicio en precio y oportunidad. Esta propuesta debe estar sujeta a una negociación política con el sindicato de

la institución, de manera tal que los trabajadores que sean recontratados, en caso de concesión, sigan manteniendo su cotización a la organización sindical.

Por lo que respecta al personal que labora en el área administrativa, debe promoverse la reubicación de personal que sobre en las distintas áreas de la institución central, en otras regiones, incentivándolos a emprender esta tarea como precursores de una nueva actitud, racional y no burocrática, a nivel nacional. Si existe excedente, deberá experimentarse programas de retiro voluntario o acciones similares.

Las debilidades que afronta el Instituto Mexicano del Seguro Social son remediables, independientemente de lo complejo que ellas sean, ya que su actividad en la configuración de una nueva estabilidad necesaria para el futuro, reside en la función social que posee, en la actitud de los que en él se relacionan y en el beneficio que la sociedad mexicana aún desea obtener.

3.2 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

3.2.1 ESTRUCTURA Y OBJETIVOS

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un organismo público y bipartita, ya que las cuotas son dadas por los trabajadores y por el patrón que en este caso es el Estado. Dicha Institución tiene el encargo de brindar los servicios de seguridad social a los trabajadores al servicio del Estado, esto incluye a quienes laboran en las entidades de la administración pública federal, a la de algunos gobiernos estatales y municipales, a los trabajadores del poder legislativo y judicial y a otros diversos, cuyas agrupaciones o entidades se incorporen al régimen que especifica la ley correspondiente.

Previo a su fundación, el ISSSTE tuvo el antecedente en la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual fue fundada en agosto de 1925 por el Presidente Plutarco Elías Calles y que brindaba a los empleados públicos la jubilación, los protegía en su vejez, además de darles préstamos hipotecarios.⁵⁸ El incremento demográfico de nuestro país, pero sobre todo el crecimiento de la población trabajadora al servicio del Estado, da durante los años en que el Lic. López Mateos era Secretario del Trabajo y Prevision Social, la creación del ISSSTE en respuesta a las demandas que emergen de las luchas

⁵⁸ LA SALUD PUBLICA EN MEXICO, 1959-1982, SSA, MEXICO, 1982,p.p. 172

trabajadoras de mediados del siglo en nuestro país. Con esto se crea una nueva etapa en el desarrollo de la seguridad social en México, basada en la Ley de la Institución que fue aprobada por la H. Cámara de Diputados el 31 de diciembre de 1959, ya siendo López Mateos Presidente de la República, entrando en vigor al día siguiente, día de su publicación en el diario oficial. Se estableció que el organismo tendría un carácter descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios.⁵⁹

En sus inicios la Ley que da los lineamientos a las funciones del Instituto establece las funciones como sería el otorgar y administrar los diversos servicios a su cargo; vigilar la concentración de las cuotas, aportaciones y demás recursos; satisfacer las prestaciones establecidas; otorgar jubilaciones y pensiones; invertir los fondos con las disposiciones de la Ley; realizar toda clase de actos jurídicos y contratos que requiera el servicio; adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para llevar a cabo su función; establecer prestaciones y servicios sociales además de realizar las acciones para elevar los niveles de vida, mejorar la preparación técnica y cultural que permita activar las formas de sociabilidad del servidor público y de su familia; y difundir conocimientos y prácticas de previsión social, entre otras.⁶⁰

En la actualidad las prestaciones del ISSSTE son prácticamente las mismas que cuando se estableció éste, aunque con algunas modificaciones y agregados que permitieron un mejor desarrollo en la distribución de este

⁵⁹ LEY DEL ISSSTE, MEXICO, 1994

⁶⁰ LA SALUD PUBLICA EN MEXICO, 1959, 1982, SSA, MEXICO. 1982

servicio. Así, en el régimen obligatorio se ofrecen seguros, prestaciones y servicios, que a continuación se mencionan: a) seguro de enfermedades y maternidad, el cual incluye servicios de medicina preventiva y rehabilitación física y mental; b) seguro de riesgo de trabajo; c) seguros de jubilación, invalidez, muerte y cesantía; d) seguro de retiro; e) prestaciones sociales y culturales; f) servicios para el bienestar y el desarrollo familiar; g) prestaciones económicas; h) servicios funerarios; e) y servicios para jubilados y pensionistas.⁶¹

De este modo los beneficios que reciben los derechohabientes abarcan en caso de enfermedad no profesional al trabajador, al pensionista y a sus familiares el derecho de recibir la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que se requiera; en el caso de incapacidad por enfermedad, el trabajador disfruta de su sueldo íntegro; la mujer, ya sea trabajadora o esposa del trabajador tiene el derecho a la asistencia en obstetricia; si es trabajadora tiene derecho a un mes previo y dos posteriores al parto; si sucediera un accidente de trabajo o enfermedad profesional el trabajador tiene derecho a toda la asistencia médica antes mencionada, así como la licencia con goce de sueldo, o bien, a una pensión.

El fallecimiento a consecuencia de riesgo profesional permite a los familiares del trabajador acaecido gozar de una pensión; la institución cuenta con centros de capacitación y extensión educativa; el establecimiento de tiendas y almacenes que facilita la adquisición de bienes de uso doméstico,

⁶¹ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE 1994, MEXICO, 1995

alimentos y ropa a precios económicos; construye o financia habitaciones para ser vendidas a precios accesibles a los derechohabientes; existen créditos hipotecarios para pensionistas y trabajadores con antigüedad, así como de préstamos a corto plazo; la jubilación se obtiene con treinta años o más de servicio; la pensión a la vejez es un derecho de cualquier trabajador que se inhabilite física o mentalmente por causas ajenas a su trabajo y que hayan contribuido al Instituto por el tiempo que la Ley establece; asimismo, aquellos que hayan cumplido 60 años de edad y que hayan cumplido con el tiempo mínimo de cotización que establece la Ley, obtendrán la pensión.

Todo este universo de prestaciones y servicios está en base al patrimonio del ISSSTE el cual está integrado por aportaciones del trabajador. Dicha aportación es equivalente al 8 por ciento del sueldo básico de cotización y que se distribuye de la siguiente manera: 2.75 por ciento para el seguro de enfermedades y maternidad; 0.5 por ciento para los préstamos a mediano y corto plazos; 0.5 por ciento para los servicios de bienestar y desarrollo infantil, para los que se ofrecen a los jubilados y pensionistas, y para los servicios turísticos, funerarios, culturales, de preparación técnica, recreativos y de fomento deportivo; 3.5 por ciento para los seguros de jubilaciones y pensiones, así como para las indemnizaciones globales y para integrar las reservas correspondientes; y 0.75 por ciento para cubrir gastos de administración del ISSSTE.⁶²

⁶² NARRO ROBLES, JOSE; *LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI*, FCE, MEXICO, 1994, p.p 78

Además de la aportación laboral, las dependencias y entidades públicas que cotizan con la institución están obligadas a efectuar una aportación equivalente a 17.75 por ciento del sueldo básico de cotización. Del porcentaje antes mencionado el 6.75 por ciento se destina al seguro de enfermedades y maternidad; el 0.5 por ciento a préstamos; 0.5 por ciento para los servicios de bienestar social enunciados para el caso de la contribución de los trabajadores; 0.25 por ciento para cubrir el seguro de riesgo de trabajo; 3.5 por ciento para los seguros de jubilaciones, pensiones e indemnizaciones, así como para la conformación de las reservas que correspondan; 5.0 por ciento para el fondo de la vivienda; 2.0 por ciento para el seguro de retiro; y 1.25 por ciento para gastos de administración.⁶³

Así, el ISSSTE juega un papel preponderante en el progreso de la seguridad social mexicana, ya que a la par del IMSS, es vanguardia en atención médica y complemento en el desarrollo de un mejor nivel de vida de todos sus derechohabientes. Asimismo, la contribución que la Institución brinda a la Nación en su conjunto, se verá representada en los siguientes apartados, en donde se observara las actividades de una actitud social y de distribución de la riqueza que el Estado brinda para el progreso del trabajador al servicio del gobierno federal y estatal, así como de sus familias.

3.2.2 COBERTURA

Durante 1994 el ISSSTE tuvo una población derechohabiente superior en un 3.1 por ciento con respecto al año anterior, por lo que la institución atendió a 9

⁶³ NARRO ROBLES, JOSE; *LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI*, FCE, MEXICO, 1994, p.p 79

millones 28 mil 50 personas. Del universo mencionado, 2 millones 243 mil 316 son trabajadores en activo, 260 mil son pensionados y jubilados y el resto son familiares de los derechohabientes.

A lo largo del sexenio, el número de trabajadores que cotizan con el instituto, se incrementó en 1.6 por ciento y los pensionados en 64 por ciento.⁶⁴ En el último informe rendido por el ISSSTE se afirma que el 85 por ciento de la población asegurada tiene derecho a todos los servicios que la Institución brinda, el 14 por ciento sólo a prestaciones médicas y el 1 por ciento a otros servicios que no incluyen los médicos. La población derechohabiente que se establece en la ciudad de México representa el 29 por ciento de la población cubierta, quedando el resto, 71 por ciento, distribuidos a lo largo de la República Mexicana.

Datos proporcionados por la Institución muestran que el 41.2 por ciento labora en entidades públicas, el 34.9 por ciento en dependencias federales y el 23.9 por ciento en organismos públicos afiliados. Asimismo, menciona que del total cubierto, el 46 por ciento está compuesto de mujeres, el 40 por ciento es menor de 34 años y el 15 por ciento es mayor de 55 años.

3.2.3 PRESUPUESTO

El presupuesto de egresos de la Federación estimó para el año 1994 ingresos para el ISSSTE por 9 367.8 millones de nuevos pesos, habiéndose rebasado

⁶⁴ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994. MEXICO, 1995

esta perspectiva en un 16.3 por ciento, lo que sumó un ingreso total de 10 899 millones de nuevos pesos. La principal fuente de recursos para la institución la constituyen las cuotas de los trabajadores al servicio del Estado y las aportaciones de las dependencias, entidades y organismos incorporados al régimen del ISSSTE. Además existe un remanente compuesto por los ingresos derivados de la recuperación de créditos a corto y mediano plazo, los cuales ascendieron a 632.4 millones de nuevos pesos representando el 5.8 por ciento, además de ingresos de Tiendas y Farmacias por 21 millones de nuevos pesos, lo que equivale a un remanente del 0.2 por ciento del total ingresado.⁶⁵

Por lo que se refiere a los egresos efectuados durante el año pasado, fueron de 10 025.7 millones de nuevos pesos, cifra que fue superior en 11 por ciento a la que autorizó la Cámara de Diputados. Esto se debió a un incremento del 7 por ciento en las percepciones de los pensionados y jubilados, junto con el programa de Revalorización de Pensiones.

Por lo que se refiere al gasto, las erogaciones en Servicios Personales alcanzaron los 1 887 millones de nuevos pesos, las de adquisición de materiales y suministros fueron de 724.7 millones de nuevos pesos y las de servicios generales representaron 5 094 millones de nuevos pesos. A este conjunto de erogaciones se le debe sumar la nómina de pensionados que fue de 3 829.1 millones de nuevos pesos. En relación al presupuesto para adquisición de bienes muebles e inmuebles, se erogaron 183.9 millones de nuevos pesos contra 107.5 millones de nuevos pesos programados y por lo que respecta a egresos en obra pública fueron de 260.2 millones de nuevos pesos.

⁶⁵ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

Los gastos en atención a la salud fueron de 2 776.7 mnp; en prestaciones económicas de 4 194.4 mnp; del fondo de vivienda 1 875.4 mnp; de los servicios sociales y culturales 306.3 mnp y en el fondo de regulación y apoyo 872.7 mnp. La comparación entre ingresos y egresos que la institución efectuó arroja un superavit de 873.3 millones de nuevos pesos durante el ejercicio de 1994.

3.2.4 SERVICIOS MÉDICOS

El ISSSTE brinda servicios de salud a los derechohabientes en dos grandes vertientes. La primera es la que se refiere a las obligaciones para el ciudadano integral de la salud, por lo que se brinda medicina preventiva, curativa y rehabilitación física y mental. La segunda es la que concierne a programas y acciones del sector salud, especialmente aquellas que están enfocadas a la prevención de las enfermedades, por lo que la institución participa en las campañas nacionales de vacunación masiva, en la atención infantil, en los programas de planificación familiar y en la detección de padecimientos.

Del universo con derecho a recibir atención del ISSSTE el 66 por ciento son usuarios de los servicios médicos; de éstos, el 75 por ciento es atendido en el interior de la república, quedando el resto para ser atendido en el área metropolitana; para brindar esta atención la institución cuenta con 12 256

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

médicos, 17 000 enfermeras y 22 457 paramédicos, técnicos y administrativos.⁶⁶

Asimismo, el ISSSTE cuenta con una infraestructura física organizada en tres niveles de atención; el primer nivel está conformado por 866 unidades de medicina familiar, 108 clínicas de medicina familiar y 103 consultorios auxiliares; el segundo y tercer nivel cuentan con 8 clínicas de especialidades, 55 clínicas hospital, 20 hospitales generales, 10 hospitales regionales y un Centro Médico Nacional. De esta manera, para finales de 1994 la institución tiene a lo largo de la república establecidos 1 171 unidades médicas en operación y que en conjunto cuenta con 4 388 consultorios, 6 409 camas censables, 2 337 camas no censables, 245 quirófanos, 128 salas de expulsión, 556 peines de laboratorio y 350 equipos de rayos X, entre otras muchas instalaciones.

A 1994, la institución tuvo grandes apoyos financieros para ser utilizados en lo que a infraestructura y equipo médico se refiere ya que se rehabilitó la mayoría de las unidades que conforman la red hospitalaria, al mismo tiempo que se incrementó el equipo y el instrumental médico, de modo tal que el fortalecimiento requerido para brindar una mejor atención a los derechohabientes, en instalaciones y materiales de trabajo se mejoró y actualizó.

⁶⁶ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

Por lo que respecta al ámbito de atención curativa, la institución brindó servicios médicos de primer nivel otorgando 12 411 000 de consultas y 4 107 000 consultas externas especializadas en el segundo y tercer nivel; en atención médico quirúrgica, las unidades de segundo nivel registraron 227 000 egresos y las unidades hospitalarias de tercer nivel tuvieron 97 000 egresos.

A principios de 1994, la Junta Directiva del ISSSTE decidió establecer un Centro Médico Nacional rehabilitando el Hospital 20 de Noviembre, en el cual se prestaban servicios en los tres niveles. La intención de esta propuesta era convertir al Hospital en una fuente de desarrollo médico de alta especialidad y que contara con los mejores elementos médicos con tecnología de punta. La capacidad de atención de dicho Centro tiene previstas, para más tardar el primer semestre de 1995, 13 especialidades quirúrgicas, 13 especialidades médicas, 3 de ginecología y obstetricia, 8 de pediatría, 16 servicios modulares, 12 servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, siete servicios paramédicos y 12 de enseñanza e investigación.

La infraestructura del Centro Médico Nacional del ISSSTE cuenta con 387 camas censables, 131 camas no censables, 143 consultorios, 27 salas quirúrgicas, 3 salas de hemodinamia, 5 salas de endoscopia, 19 salas de rayos e imagen, 4 salas de estudio de perinatología, 40 peines de laboratorio, 7 salas de medicina nuclear, 5 laboratorios de banco de sangre, 5 laboratorios de anatomía patológica, un laboratorio de mezclas, 5 equipos de radioterapia, así como diversas unidades coronarias, de terapia intensiva para adultos, y pediátrica y

de cuidados intermedios.⁶⁷ Es importante mencionar que este nuevo Centro Médico Nacional, vanguardista en la medicina social de México, es una unidad administrativa desconcentrada y que posee su propio Consejo Directivo, aunque los lineamientos generales los sigue marcando el ISSSTE.

El abasto de medicamentos que distribuye el ISSSTE se garantizó vía el Sistema Nacional de Control de Almacenes, el cual cuenta con la infraestructura almacenaria suficiente para satisfacer con oportunidad las cantidades suficientes de medicamentos y material de curación necesario; se cumplieron con las necesidades en el surtido a las ISSSTE-FARMACIAS; los 33 hospitales Generales y Regionales con los que cuenta el sistema requirieron un total de 134 641 claves de medicamentos y material de curación, por lo que el almacén central suministró el 97 por ciento de lo requerido, teniendo un costo total de 141.7 millones de nuevos pesos.

En congruencia con los Programas Nacionales del Sector Salud, el ISSSTE ha participado, desde hace muchos años, en el programa de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación, habiendo aplicado 4 134 000 dosis en 1994. Asimismo se cooperó con el programa de Detección Oportuna de Enfermedades, en donde se realizan consultas para la detección y el tratamiento oportuno de alteraciones de conducta y para la disminución y la incidencia en el alcoholismo, tabaquismo y farnacodependencia; por lo que al programa de Planificación Familiar se refiere se atendió a casi 1 400 000 de población en edad fértil y a usuarios para algún método de control natal; y a través del

⁶⁷ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

Programa Materno Infantil de la institución, se otorgaron 629 146 consultas promoviendo el bienestar de la madre y el niño de tal manera que se intensificaron las acciones médico-preventivas y de asistencia social.⁶⁸

Por último, la atención médica otorgada en el último año a los pensionados y jubilados, que suman más de 260 000, fueron las siguientes: 424 000 consultas de atención preferencial, 84 000 citas telefónicas, 80 964 visitas domiciliarias, 13 000 tratamientos odontológicos y 57 000 consultas de especialidad geriátrica.

3.2.5 SERVICIOS SOCIALES

La intención principal de los servicios sociales que el ISSSTE brinda, están basados en la estimulación del derechohabiente en los términos del desarrollo social y cultural, por lo que las acciones que se llevan a cabo están desarrolladas en diferentes ámbitos y con específicos fines.

Las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Familiar están dirigidas a los hijos de los trabajadores afiliados al ISSSTE. Los menores de entre dos meses y seis años de edad reciben atención médica, psicológica, nutricional y educativa, lo que permite fomentar un desarrollo sano. Existen 127 estancias en funcionamiento, 70 distribuidas en el interior de la república, quedando 57 en la capital del país, las cuales tuvieron una capacidad de atención para 29 140 menores durante 1994.

⁶⁸ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

Otro campo de acción de las prestaciones sociales de la institución es la que se refiere a los Centros Culturales y Bibliotecas, los cuales tienen como objetivo ampliar las oportunidades de acceso a la cultura. Existen, a 1994, 72 centros culturales y 60 bibliotecas, infraestructura que dio atención a 7 114 766 personas a nivel nacional⁶⁹, gracias a las labores de promoción que las delegaciones del ISSSTE en toda la república realizan.

Las actividades deportivas y recreativas también son prestaciones sociales que la institución brinda y su fundamento reside en el fomento del uso creativo del tiempo libre, la conservación de la salud y la integración familiar y social del trabajador. Para que esto se lleve a cabo se realizan cursos, talleres, seminarios, congresos y reuniones de coordinación que permiten eventos especiales y la realización de actividades permanentes entre las que destacan el basquetbol, beisbol, softbol, volibol, futbol entre otros. Estas actividades se realizan en 1 001 instalaciones deportivas, así como en 9 unidades deportivas y se calcula que participan alrededor de un millón ochocientas mil personas.

Los servicios turísticos que ofrece el ISSSTE, a través de 33 agencias, 27 estatales y 6 en el Distrito Federal, influye favorablemente en las oportunidades de desarrollo comunitario y familiar de la población derechohabiente. El TURISSSTE brindó atención durante 1994 a 447 827 asegurados por lo que los ingresos fueron de 75.6 millones de nuevos pesos. Esta prestación se concerta y se actualiza con agencias de viaje mayoristas, con compañías de autobuses de ruta regular y se comercializan paquetes nacionales

⁶⁹ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

e internacionales con vuelos de ruta no regular (charter), con el propósito de obtener precios preferenciales para los derechohabientes del instituto, así como la ampliación de la cobertura de destinos turísticos.

Otros servicios brindados por la oficina de turismo del instituto son los convenios con hoteles que permitieron el incremento de las líneas de crédito y de los descuentos a nivel nacional de hasta un 20 por ciento de las tarifas aplicadas al público en general; el Centro recreativo y cultural ISSSTEHUIXTLA recibe aproximadamente a 122 000 personas en las que se incluyen a jubilados y pensionados.

Anteriormente mencionamos la prestación de servicios funerarios, los cuales son de alta calidad y uno de los más económicos en el mercado, además de que cumple con su propósito principal que es el de facilitar al derechohabiente la ayuda necesaria en el caso de fallecimiento. A lo largo del año pasado, por dar un dato de la capacidad de atención que se brinda en este rubro, se atendieron 13 527 paquetes de servicios funerarios. La infraestructura propia del instituto para brindar este servicio cuenta con seis velatorios, tres centros de incineración y un panteón.

3.2.6 PRESTACIONES ECONOMICAS

Esta modalidad de apoyo a los trabajadores que cotizan con el ISSSTE realmente se convierte en una verdadera contribución para mejorar los niveles de bienestar de la población derechohabiente y es, sin duda y al igual que en el

IMSS, una actitud de desarrollo social favorable en los esquemas de seguridad social. A continuación mencionaremos las más trascendentales acciones llevadas a cabo en 1994, de modo tal que nos muestre cual es la circunstancia que viven las prestaciones económicas en el presente.

Durante el último año, y en base a lo establecido en el artículo 57 de la Ley del ISSSTE, y de conformidad con la resolución de la Comisión de Salarios Mínimos de febrero de 1994, se aplicó el 7 por ciento establecido al incremento general en el monto de pensiones; en el mismo rubro se pagó en el mes de junio el importe de cinco días adicionales del monto de la pensión al personal vigente, por concepto del ajuste al calendario anual de pagos; y se autorizó el pago de cuarenta días del importe de la pensión, por concepto de aguinaldo, al total de pensionados y jubilados en las mismas condiciones que las otorgadas a trabajadores en activo.

Buscó fortalecerse el Programa de Atención Preferente a los Pensionados y Jubilados y de aquellos que están imposibilitados físicamente, incrementándose las visitas domiciliarias de trabajo social. Las pensiones y las jubilaciones fueron agrupadas en tres rubros: por edad y tiempo de servicio, por trato especial y, por riesgos de trabajo. Así, en el último año se otorgaron 248 356 pensiones por edad y tiempo de servicios, lo que significó un incremento del 8.2 por ciento con respecto a 1993; se autorizaron 10 166 pensiones por trato especial, las cuales disminuyeron en un 13 por ciento con respecto al ejercicio anterior; y las pensiones por riesgo de trabajo fueron 9 689, lo que significó un incremento del 10.8 por ciento.⁷⁰

⁷⁰ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

Dentro del universo de las prestaciones económicas, las prestaciones personales representan un importante apoyo para todos los trabajadores que sirven al Estado. Durante el último año este beneficio se le hizo llegar hasta el 28 por ciento de la población con derecho a las prestaciones económicas; se benefició a dicha población con montos de crédito de corto y mediano plazo, teniendo un monto promedio de 2 100 y de 2 700 nuevos pesos respectivamente; los ejercidos para la adquisición de automóviles y los créditos complementarios oscilaron entre 11 000 y 31 000 nuevos pesos. De este modo, durante el último ejercicio, los créditos a corto plazo otorgados fueron de 518 606 por un monto total de 1076.1 millones de nuevos pesos; y los de mediano plazo ascendieron a 51 609 créditos, con un importe global de 142.5 millones de nuevos pesos.

La Junta Directiva aprobó en los últimos años la instrumentación y ejecución de un programa de créditos complementarios, los cuales consistían en créditos por un importe equivalente de cuatro a seis meses de sueldo nominal y en donde también dependía la antigüedad del trabajador. Dicho programa tuvo una demanda creciente, ya que en 1993 se otorgaron 1 342 de estos créditos, y en el último año reportado, se autorizaron 22 757 por un importe global de 258.1 millones de nuevos pesos.⁷¹

Para que todos estos beneficios se realizaran , el ISSSTE concertó convenios con dependencias e instituciones incorporadas al régimen de la institución para llevar a cabo la recuperación crediticia, que en el último año

⁷¹ INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES ISSSTE, 1994, MEXICO, 1995

fue del orden de los 1 220 millones de nuevos pesos. Durante los seis años de la última administración la bolsa del fondo revolvente se incrementó significativamente, lo que permitió el otorgamiento de préstamos. Es así que al cierre de 1994, la institución operaba una cartera que ascendía a 1 020 787 créditos con un importe total de 1 826.3 millones de nuevos pesos, cartera que se compone por 927 530 créditos vigentes y que tienen por monto 1 774.9 millones de nuevos pesos, los cuales representan el 97.18 por ciento del total. La cartera vencida alcanzó los 93 257 créditos por un monto de 51.4 millones de nuevos pesos y que representan el 2.82 por ciento del total.

Otras prestaciones económicas que el ISSSTE brinda a sus derechohabientes es la de reposición de los gastos de funeral, dándose en 1994 un total de 6 447 solicitudes, las cuales sumaron 19.8 millones de nuevos pesos por este concepto; el apoyo económico al trabajador que se retira del servicio sin haber generado el derecho al disfrute de una pensión, por lo que en el mismo lapso de tiempo, se apoyaron 10 658 trámites de indemnización global, lo que sumó 48.5 millones de nuevos pesos; y el otorgamiento de apoyo económico, vía subsidios, por enfermedades ajenas al trabajo, por lo que en el año anterior se atendieron 822 casos por los que se cubrieron la cantidad de 752 000 nuevos pesos.

La responsabilidad del otorgamiento de prestaciones económicas poco a poco se fueron desconcentrando hacia las Delegaciones del Instituto en el interior de la república, de tal modo que del total de los créditos de corto y mediano plazo ejercidos, el 96.5 por ciento se operaron en las Delegaciones lo que evitó desplazamientos innecesarios y pérdidas de tiempo.

Otra rama del ISSSTE y que tiene importancia peculiar por la magnitud del apoyo es la que se refiere a la construcción, el mantenimiento y el mejoramiento de la vivienda donde el trabajador al servicio del Estado vive o quiere vivir. Es así que el FOVISSSTE, organismo con mayores facultades financieras que de construcción, apoya vía créditos hipotecarios a la sociedad derechohabiente.

Durante 1994, el Fondo de la Vivienda del ISSSTE otorgó 46 123 créditos hipotecarios beneficiando a un universo de 216 915 personas entre trabajadores y familiares. Dichos créditos fueron otorgados bajo la reglamentación realizada por la Comisión Ejecutiva del Fondo y que en abril de 1994 se publicó en el Diario Oficial, estableciendo, entre otras, la prioridad en el otorgamiento de los créditos a los trabajadores de mayor antigüedad en el servicio público y a los de menores sueldos.

Por lo que se refiere a la construcción de conjuntos habitacionales, las nuevas reglamentaciones puestas en vigor en 1994, establecen que dichas construcciones se someteran a subastas de financiamiento. Por otro lado, se busca llegar a acuerdos que agilicen y simplifiquen trámites legales ante el catastro y la regularización de pagos de impuesto predial, con los Gobiernos de los Estados. En 1994 se escrituraron 14 151 viviendas y se efectuaron 2 947 cancelaciones de hipoteca en forma administrativa, dando la seguridad patrimonial a un importante número de derechohabientes.

Por último, es importante mencionar que uno de los objetivos del ISSSTE es la protección al salario, función que no sólo se lleva a cabo al proporcionar servicios de salud, créditos y vivienda, sino también mediante la red de tiendas y farmacias que la Institución tiene establecida. La finalidad de estos establecimientos es la de ofrecer productos básicos con variedad, calidad pero a precios más bajos si son comparados con otras alternativas similares.

La infraestructura existente a diciembre de 1994 es de 260 tiendas, 98 farmacias y 91 módulos de farmacia a lo largo de todo el país, y en el mismo periodo se lograron ventas por 3 859 millones de nuevos pesos, atendiendo a un conjunto de 92 millones de usuarios. Este servicio busca mantener inventarios suficientes como medida de abasto suficiente. Por lo que respecta al servicio en las ISSSTE-Farmacias se fundamentó en el programa de Abastecimiento Complementario de Medicamentos y Material de Curación el cual representó un importe de 66.3 millones de nuevos pesos, cantidad con la que se apoyó al surtimiento de recetas a los derechohabientes y que se eliminó de subrogaciones.

3.2.7 CONSIDERACIONES

La función social que el ISSSTE desempeña en la seguridad social mexicana es, desde que se estableció, fundamental para el desempeño que el funcionario público lleva a cabo. Esta Institución encomendada a complementar los beneficios de los trabajadores al servicio del Estado es el segundo pilar en organismos de seguridad social que el país tiene generando desde 1959

beneficios médicos, sociales y económicos, con alcances significativos para el desarrollo pacífico que nuestra Nación ha experimentado.

La Institución se ha caracterizado por dar un buen servicio médico, el cual está comprendido en los tres niveles de atención; asimismo, las prestaciones sociales, culturales y de vivienda, así como las económicas han tenido un desempeño positivo, pero sobre todo han cumplido con las metas por las que fueron constituidas.

Sin embargo, el costo administrativo, el deficiente control de los recursos provenientes de los seguros, pero sobre todo el incumplimiento del pago de la cuota respectiva del Estado, ha llevado al ISSSTE a una delicada circunstancia financiera. De nueva cuenta, la inestabilidad financiera es la debilidad del sistema de seguridad social, lo cual repercute en el diseño, instrumentación y perfeccionamiento de los servicios y las prestaciones que brinda el organismo.

Sería muy importante que el Estado mexicano cumpliera con el compromiso que tiene con la Institución, en lo que a cuotas o recursos se refiere; que los servicios administrativos cumplieran su función en base a ellos y no al personal que existe en el organismo, de modo tal que la reestructuración administrativa que requiere la institución debe de reacomodar a los cuadros en las áreas que se necesitan; cada rama del seguro debe de tener su autonomía financiera lo que le daría autonomía de gestión y por lo tanto beneficios en el servicio; y por último pensar en ahorrar, o bien dejar de gastar, en servicios que preste la Institución y que pudieran ser ofrecidos por particulares a cambio de un pago.

El ISSSTE puede mejorar, aun y cuando su actividad en la seguridad social mexicana ha sido muy representativa, pero las circunstancias del presente le obliga a perfeccionarse para brindar un mejor servicio con mayor eficacia, pero sobre todo con responsabilidad para todos los que están involucrados con el.

3.3 INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT)

3.3.1 ESTRUCTURA Y OBJETIVOS

Uno de los problemas que ha desarrollado nuestro país en las últimas décadas, debido al crecimiento económico y al desplazamiento humano de las zonas rurales a las urbanas, y que en la actualidad mantiene vigencia, es la correspondiente a la constante preocupación que vive el Estado por que todos los mexicanos accedan a una vivienda cómoda, digna e higiénica.

A la par del desarrollo económico que nuestro país experimentó a partir de la segunda mitad del siglo, aunque no con la importancia que demandaba la población como en casos como la salud, educación y trabajos remunerados, la vivienda fue reflejo de condiciones políticas y económicas por las que el país ha atravesado, de manera tal que el Estado ha mantenido una constante actitud en la promoción y en la estimulación de la construcción de viviendas sobre todo para mexicanos que menos tienen.

En la actualidad, las necesidades de vivienda y la insuficiencia de esta ha permitido encauzar objetivos que fundamenten la actividad del Estado en la oportuna y suficiente entrega y remodelación de lugares para vivir dignamente. Los objetivos han sido enfocados hacia la construcción de viviendas para las familias que año con año las reclaman; mejorar aquellas que actualmente están construidas con materiales de poca durabilidad; impedir que los dos fenómenos anteriores se manifiesten mediante una ininterrumpida, aunque sea lenta,

intervención en la materia; y regularizar la tenencia de la tierra vinculándola con la introducción de servicio urbanos básicos.

Pero el esfuerzo en materia de vivienda proviene desde la puesta en vigor de la Constitución de 1917, en la que el artículo 123, fracción XII estableció: "Que en toda negociación agrícola, industrial o minera o cualquier otra clase de trabajo, los patronos estaran obligados a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas y e higiénicas, por las que podrán cobrar renta que no excederán del medio por ciento mensual del valor catastral de las fincas. (...) si las negociaciones estuvieren situadas dentro de las poblaciones y ocuparen un número de trabajadores mayor de cien, tendran la primera de las obligaciones mencionadas."⁷²

Fue hasta 1925 cuando comenzaron a darse las primeras acciones por parte del Estado mexicano en materia de vivienda al crearse la Dirección de Pensiones Civiles, la cual otorgaba créditos a los trabajadores del Estado para la construcción o adquisición de viviendas; siete años más tarde se expidió la Ley General de Instituciones de Crédito, la cual dispuso, la constitución del Banco Nacional Hipotecario Urbano y de Obras Públicas (BNHUOP); en 1934, mediante decreto presidencial, se facultó al Departamento del Distrito Federal para construir viviendas económicas destinadas a sus trabajadores de ingresos mínimos; en la década de los cuarenta mediante decreto se congelaron rentas buscando aliviar el problema de la vivienda popular de alquiler ante presiones inflacionarias y el consecuente deterioro salarial; y en 1949 una nueva ley

⁷²REMOLINA, FELIPE R., *EL ARTICULO 123*. EDICIONES DEL V CONGRESO IBEROAMERICANO DE DERECHO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, MEXICO 1974.

orgánica orientó al BNHUOP hacia las actividades de ahorro y préstamo para la adquisición de viviendas.

A partir de los años cincuenta la economía mexicana se orientó al modelo de sustitución de importaciones produciendo bienes de consumo inmediato, y con el paso de los lustros, de consumo intermedio y duradero. "La participación industrial en el producto interno bruto creció del 29.2 por ciento en 1960 al 31.1 por ciento en 1965 y al 34 por ciento en 1972.⁷³ Por lo tanto, la población creció con la industria, y más si las ciudades promovían oportunidades para la población nacional. El fenómeno de desplazamiento rural a las zonas urbanas se incrementó de manera importante, ya que en 1950 la población urbana representaba el 43 por ciento de la población existente, siendo contrastante que en 1960 la población en ciudades ya era del 51 por ciento del total.

Estos años significaron para México un avance sin precedente, y el cual iba a ser irreversible, debido a que el desarrollo estabilizador, con crecimiento industrial provocó importantes avances sociales, no obstante que las migraciones internas, de acomodados y reacomodados de la población, generaron concentraciones extremas, como ya lo hemos mencionado. Este fenómeno económico y social promovió exigentes actitudes por parte de la sociedad mexicana, que demandaba trabajo, mejores ingresos, alimentación, salud, educación, transporte, recreación y vivienda.

⁷³ CATALAN VALDES, RAFAEL; *LAS NUEVAS POLITICAS DE VIVIENDA*; FCE, MEXICO, 1994, p.p. 24

El Estado fomentó el desarrollo de las grandes demandas, no obstante que en muchos casos la oferta no era suficiente en algunos rubros, siendo la vivienda uno de ellos. El crecimiento económico rebasó en varias ciudades sus expectativas de concentración humana, provocado por el excesivo desplazamiento de población del interior de la república hacia las urbes que ofrecían oportunidades. Esto trajo que en muchas de ellas comenzaran a gestarse el establecimiento de asentamientos humanos irregulares y con ellos los problemas de desarrollo urbano sin orden.

A partir de lo anterior, el Estado mexicano optó por tener una nueva y más agresiva actitud respecto al otorgamiento de vivienda digna a los ciudadanos mexicanos. Así en 1954 se integró el Fondo de Habitaciones Populares, órgano que se encargaría de promover la vivienda; en el mismo año se creó el Instituto Nacional de Vivienda (INV) orientado a la atención y al análisis de la demanda y problemas habitacionales de los estratos sociales con menores ingresos; el DDF se sumó al esfuerzo de construcción, al mismo tiempo que la Dirección de Pensiones Militares y PEMEX; y en 1962 se constituye el Programa Financiero de Vivienda (PFV) que se encargaría de canalizar créditos del Banco Interamericano de Desarrollo, así como de la banca privada, para el financiamiento habitacionales populares.

Los esfuerzos se mantuvieron en 1963 con la constitución de dos fondos que operarían mecanismos de ahorro y préstamos hipotecarios lo que permitiría a instituciones de crédito canalizar el 30 por ciento de sus recursos a operaciones de vivienda, al mismo tiempo que elevarían el crédito hasta el 80 por ciento del valor del inmueble si las viviendas eran promovidas con la

participación de organismos públicos: el Fondo de Operación y Descuentos Bancario de la Vivienda (FOVI), y el Fondo de Garantía y Apoyo a los Créditos para la Vivienda (FOGA); en 1965, el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, antes BNHUOP, participó en la construcción de viviendas. Todos estos esfuerzos canalizaron casa habitación y condominios a un gran universo de mexicanos. El Estado promovió y construyó alrededor de 200, 000 viviendas en el periodo 1950-1970 en las principales ciudades del país, pero sobre todo en el Distrito Federal.⁷⁴

No obstante esto, Rafael Catalán Valdes en las Nuevas Políticas de Vivienda apunta que la demanda siempre fue mucho mayor a los esfuerzos concretados ya entrados a la década de los setenta. Para principios de ésta la población total de nuestro país era de alrededor de 40 millones de mexicanos, que diez años después se convirtieron en 70 y veinte años más tarde en más de 88 millones. De tal modo que la actitud por la que optó el Estado mexicano en los primeros años de los setenta estuvo enfocada a replantear políticas que coadyuvaran a disminuir el problema de la vivienda en nuestro país, de lo que se desprendió un nuevo punto de vista integral que consistía en no sólo construir viviendas para clientelas específicas, sino contemplar, como un todo, los aspectos de suelo, servicios urbanos, financiamiento y la construcción en sí.

Lo anterior estuvo sustentado en un nuevo marco jurídico que permitiera el desarrollo adecuado en materia de vivienda. Se reformó el Artículo 123 Constitucional, derogando la obligación que tenían los patrones de dotar de

⁷⁴CATALAN VALDES, RAFAEL; *LAS NUEVAS POLITICAS DE VIVIENDA*; FCE, MEXICO, 1994, P.P. 29,30.

vivienda a los trabajadores; se reformó y adicionó la Ley Federal del Trabajo, estipulando la creación de un Fondo de Vivienda para los Trabajadores, con aportaciones de los patrones equivalente al 5 por ciento sobre los salarios de los trabajadores. Para que estos recursos estuvieran administrados correctamente y fueran aplicados de manera adecuada, se creó el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT). Esta Institución tuvo como antecedente la prestación económica que en materia de vivienda tenía el IMSS, organismo que construyó en beneficio de los trabajadores conjuntos habitacionales, tales como la Unidad Independencia en el D.F.. Asimismo, y como ya fue mencionado en el apartado correspondiente al ISSSTE, se creó el Fondo de Vivienda para Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), bajo un esquema conceptual similar al del INFONAVIT, con la excepción de que los recursos financieros no provendrían del sector empresarial o industrial sino del mismo Estado.

El INFONAVIT se creó mediante decreto Presidencial el 24 de abril de 1972 con el objetivo principal de dar una respuesta a la demanda de la clase obrera mexicana en la posesión de una vivienda digna. Dicha institución optó por el mecanismo de cotización tripartita como la que es empleada para los diferentes tipos de seguros en el IMSS, debido a que de otro modo los recursos eran insuficientes. Además, el fundamento de ésta opción reside en que los trabajadores con menos necesidades habitacionales difirieran sus derechos en favor de los que más necesitan esta prestación. Es así que se constituyó un fondo revolviente para el financiamiento a la construcción y para el otorgamiento de créditos individuales de vivienda.

El nuevo Instituto encargado del desarrollo habitacional en nuestro país surgió, sin duda alguna, no como un paliativo ante el problema de la vivienda, sino como una institución que busca "satisfacer una necesidad que es, a la vez, colectiva y personal, un servicio social en beneficio de los trabajadores"⁷⁵. Asimismo, la institución tiene por obligación la administración del Fondo Nacional de la Vivienda; el establecimiento y la operación de un sistema de financiamiento que permita a los trabajadores obtener crédito barato y suficiente para la adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, así como para la construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones y pagos de pasivos contraídos por los conceptos anteriores; también el INFONAVIT debe coordinar y financiar programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los trabajadores.⁷⁶

El INFONAVIT, en sus primeros años de operación promovió y financió la construcción de conjuntos habitacionales de manera directa. Asimismo, la institución enfocó sus tareas, no sólo a las de vivienda, sino también contribuyó con obras de bienestar social, tales "como parques públicos, puentes peatonales, equipamientos hidrosanitarios, eléctricos y comerciales, escuelas, que los erarios municipales con frecuencia no podían proveer".⁷⁷

⁷⁵ DE LA CUEVA, MARIO; *EL NUEVO DERECHO MEXICANO DEL TRABAJO*; TOMO II, PORRUA, MEXICO, 1993; p.p.97

⁷⁶ TRUEBA URBINA, ALBERTO, *LEY FEDERAL DEL TRABAJO*; PORRUA, 74 EDI., MEXICO, 1994.

⁷⁷ CATALAN VALDES, RAFAEL; *LAS NUEVAS POLITICAS DE VIVIENDA*; FCE, MEXICO, 1994, p.p. 46

La estructura del instituto está compuesta por los siguientes órganos de gobierno: la Asamblea General, el Consejo de Administración, la Comisión de Vigilancia, el Director General, dos Directores Sectoriales, la Comisión de Conformidades y Evaluación y las Comisiones Consultivas Regionales. Por lo que respecta a los créditos, éstos dependen de un sistema de puntuación que permite concentrar la atención en los solicitantes más necesitados.

3.3.2 PRINCIPALES ACCIONES, PRESUPUESTO Y SERVICIOS PRESTADOS

La mecánica de asignación de créditos y promoción de construcción habitacional fue muy alentadora hasta mediados de la década de los ochenta, en donde las altas tasas inflacionarias, el decremento del fondo de ahorro con respecto a su valor real entre otros factores, llevaron al gobierno de la república a replantear mecanismos financieros que sostuvieran la prestación en base a la restructuración del fondo revolvente, lo que le daría un soporte mucho más sólido para implementar nuevas metas.

Cuando toma el poder Carlos Salinas de Gortari las necesidades no sólo eran en aspectos de vivienda. El gran sacrificio que vivió el pueblo de México tras la fuerte crisis económica y los remedios con los que se buscó atacarla, pega directamente en la realización de proyectos sociales consistentes. Eran una época en la que la actividad económica se estancó, donde el desempleo creció, pero sobre todo, donde el poder adquisitivo bajó casi en un 50 por ciento real. Los programas de desarrollo social eran escasos y muy costosos propiciando dificultad en el acceso a créditos para vivienda. Asimismo, la

capacidad financiera del sector público era muy limitada para responder a la demanda de infraestructura, debido a los elevados costos y al largo tiempo que tomaba la construcción de una vivienda.

Es así que durante el sexenio 1988-1994 se planteó la política de que el Estado se convirtiera en promotor y financiero y dejara a un lado su actividad de constructor. Asimismo buscó que la sociedad civil participara con una mayor voluntad en la generación de vivienda, contando con ello con recursos de organismos públicos y del sistema bancario y financiero privados, ya que se pretendió que para avanzar en este rubro no sólo se necesitaba planeación y subsidios, sino voluntad general para generar las metas que se demandan.

En el Plan Nacional de Vivienda 1990-1994 se establecieron cuatro objetivos a seguir: a) avanzar en el cumplimiento del precepto constitucional de que cada familia cuente con una vivienda digna y decorosa; b) propiciar las condiciones suficientes para que la sociedad en su conjunto esté en posibilidades de edificar nuevas viviendas requeridas por el incremento poblacional; realizar mejoras sustanciales en el inventario existente para que el déficit no aumente y progresar en el abatimiento del déficit acumulado; c) convertir a la vivienda en un factor fundamental para el ordenamiento racional de los asentamientos humanos; y d) aprovechar el efecto multiplicador que tiene la vivienda en la actividad económica para reactivar el aparato productivo y promover el empleo.⁷⁸

⁷⁸ CATALAN VALDES, RAFAEL; *LAS NUEVAS POLÍTICAS DE VIVIENDA*, FCE, MEXICO, 1994

Para que estas metas se llevaran a cabo se establecieron once líneas de estrategias prioritarias establecidas en el Programa Nacional de Vivienda 1990-1994, las cuales buscaron dar la forma adecuada a las actividades relacionadas con la promoción, el financiamiento, la construcción y la adquisición de vivienda. Estas estrategias fueron establecidas de la siguiente manera: 1) coordinación institucional; 2) financiamiento; 3) densificación urbana; 4) autogestión; 5) vivienda en arrendamiento; 6) tierra; 7) vivienda rural; 8) insumos; 9) normas y tecnología; 10) simplificación administrativa; e 11) investigación y capacitación.

Por lo que se refiere a la coordinación institucional se buscó consolidar el Sistema Nacional de Vivienda para lograr una mejor relación entre las dependencias federales, los organismos públicos de vivienda y los gobiernos estatales y municipales, fomentando la descentralización y el mejor uso de los recursos; en el financiamiento se aplicó "el concepto de especialización a los organismos públicos de vivienda para convertirlos en organismos de financiamiento -ya no de construcción- para los sectores de menores ingresos, ampliando su oferta de programas habitacionales y buscando nuevas formas para captar recursos del mercado de dinero, para el esquema de financiamiento compartido y el diseño de sistemas de ahorro previo"⁷⁹; y la autogestión se promovió mediante líneas de crédito que permitieran ofrecer suelo para la vivienda y avanzar de manera gradual en la introducción de servicios básicos.

⁷⁹ CATALAN VALDES, RAFAEL; *LAS NUEVAS POLITICAS DE VIVIENDA*; FCE, MEXICO, 1994, p.p. 68

La vivienda en arrendamiento se estableció conforme al marco jurídico en el que se propicia una relación entre arrendador y arrendatario; con respecto a la tierra se constituyeron reservas territoriales con fines de vivienda y se intensificó la regulación de tenencia del suelo; y se dieron acciones para el establecimiento y desarrollo de normas y tecnología constructiva lo que garantizaría el abasto oportuno y barato de insumos y materiales para apoyar el desarrollo de la vivienda rural.

El INFONAVIT se transformó en 1992 debido a las políticas que se establecieron y que ya mencionamos anteriormente. La institución se convirtió en un organismo de carácter financiero, al mismo tiempo que buscó resolver la descapitalización derivada de la insuficiente recuperación de los créditos otorgados. Asimismo, la nueva ley del INFONAVIT estableció ciertas modificaciones en el fondo del Instituto:

- a) otorgamiento de créditos con base en un sistema objetivo de puntaje y una puntuación mínima para tener derecho a recibirlos;
- b) la libertad del trabajador para elegir la vivienda, nueva o usada de su preferencia;
- c) los montos del crédito;
- d) la recuperación del crédito al 100 por ciento; y
- e) el sistema de subastas de financiamiento para la construcción de viviendas.⁸⁰

El sistema para otorgamiento de créditos tiene condiciones para atribuir u otorgar un crédito y que determina la puntuación de cada trabajador: el salario,

⁸⁰ CATALAN VALDES, RAFAEL; *LAS NUEVAS POLITICAS DE VIVIENDA*; FCE, MEXICO, 1994, p.p.126

la edad, el saldo de la subcuenta de vivienda del SAR, el número de aportaciones al Instituto efectuadas por el patrón en favor del trabajador y el número de dependientes económicos del cotizante; por lo que respecta a la elección de la vivienda la ley establece que "el trabajador tendrá el derecho a elegir la vivienda, nueva o usada, a la que se aplique el importe del crédito que reciba con cargo al Fondo Nacional de Vivienda, misma que podrá o no ser parte de conjuntos habitacionales financiados con recursos del fondo"; los montos del crédito se determinan dependiendo de la capacidad de pago del trabajador, siendo el monto máximo 180 veces el salario mínimo mensual de la localidad, menos el 5 por ciento de administración; la recuperación total del crédito estará en base a no fijar plazos mayores a 30 años en los créditos, los descuentos serán del 25 por ciento sobre salario integrado y el 5 por ciento de las aportaciones del patrón se aplicarán para amortización; y el INFONAVIT otorgará financiamientos para la construcción de vivienda a través de un sistema de subastas y en el que se establece que los interesados pagaran una tasa de interés por dichos financiamientos.

En el Programa de trabajo correspondiente a 1994, el Instituto previó modificar la tendencia descendente de la oferta de vivienda de interés social para sus derechohabientes en el Distrito Federal; pero se buscaría incrementar la oferta de vivienda en diferentes delegaciones políticas, además de buscar aprovechar la infraestructura, equipamiento urbano y espacios disponibles que contribuyan a la redensificación habitacional de la ciudad de México. También se promovió la operación de la bolsa de vivienda nueva y usada, que contribuyó a incrementar la oferta, flexibilizar los requisitos mínimos de construcción y adecuarla a los rangos de crédito del Instituto. Por otra parte se propuso revisar

el mecanismo de subasta de financiamiento para la construcción de vivienda; se buscó impulsar la vivienda financiada por terceros que complementen la oferta a los derechohabientes del Instituto.

Por lo que respecta a la actividad presupuestal de la Institución, los ingresos estimados para 1994 ascenderían a 8,152 millones de nuevos pesos, de los cuales 6,254 corresponderían al concepto de aportaciones, multas y recargos; 1 676 millones ingresarían por recuperación de créditos y el resto por productos financieros y otros conceptos. Los egresos estimados para el mismo periodo ascenderían a a 7,389 millones de nuevos pesos, de los cuales 2,586 habrían sido aplicados al financiamiento de vivienda y el resto al ejercicio de los créditos en construcción, mejora o ampliación; y se proyectó durante ese ejercicio un total de 609 millones de nuevos pesos para gastos administrativos e inversiones propias.⁸¹

El INFONAVIT, con las perspectivas de ingresos antes mencionadas habría tenido la capacidad de otorgar 122,000 créditos durante 1994 y que estarían enfocados a una población trabajadora de ingresos bajos. Esta perspectiva habría descansado en el incremento de recuperación de créditos y en la notoria disminución que se observó en los costos de vivienda como resultado de los sistemas de financiamiento que el Instituto instrumentó.

La meta de los 122,000 créditos en 1994 estuvieron compuestas en la programación inicial por 18,000 viviendas de Línea I, 29,000 de las subastas de financiamiento convocados durante 1993 y 75,000 créditos en líneas II a V. De

⁸¹ PROGRAMAS DE LABORES Y DE FINANCIAMIENTOS PARA 1994, INFONAVIT

este total de créditos se estimó que 106,000 corresponderían a la construcción de viviendas nuevas. Todo este esquema consideró las facilidades que otorguen las autoridades estatales y municipales para el desarrollo de los programas del Instituto; además el INFONAVIT previó un número razonable de viviendas para ser comprometidas en 1994, para que los créditos correspondientes se ejerzan durante 1995, buscando de esta manera la continuidad de los programas institucionales.

3.3.3 CONSIDERACIONES

La política de vivienda que ha desarrollado nuestro país en los últimos cincuenta años se consolidaron con la creación del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores, en el año 1972. Tal política respondió a la necesidad de crear un desarrollo habitacional que generara mayores satisfactores de desarrollo a la sociedad en general, además de buscar acomodo al desenfrenado avance del urbanismo en nuestro país.

Sus metas iniciales residieron en brindar una respuesta habitacional a todos los trabajadores del país por lo que en sus inicios, aparte de ser un fondo financiero o hipotecario, era una Institución de planeación y de urbanización. La tarea desempeñada alcanzó metas considerables que le permitieron forjarse una reputación, sin embargo, con la crisis que se vivió en los ochenta, la Institución cayó en una circunstancia financiera negativa, lo que la llevó a descapitalizarse, ya que se datos actuariales no se llevaban a la par de la inflación.

Esto propició que en la década de los ochenta el desarrollo habitacional en nuestro país se limitara, dada la poca actividad económica y los altos costos que esto hubiera implicado. No obstante lo anterior, a partir de 1988 se buscó impulsar el ramo a través de reformas administrativas y legales, así como de ajustes financieros, lo que permitiría crecer para enfrentar la demanda. Las reformas le dieron un carácter financiero a la institución, dejando atrás su característica de constructor. Esto llevó al organismo a ser, primero, un prestador de recursos a todo aquel que cotizara y que cumpliera con los requisitos establecidos en la ley para construir, remodelar o dar mantenimiento a una unidad habitacional; y segundo, a ser un intermediario entre constructoras y trabajadores que desean casa habitación.

Esto último ha causado mucha controversia en las dirigencias sindicales y en los propios trabajadores, ya que en contadas ocasiones ambas han reiterado que la intermedicación causa encarecimiento en el proceso de construcción, lo que hace más difícil la adquisición de una casa digna. Sería muy importante, tal y como a la fecha se ha mencionado, establecer prioridades en las funciones de la Institución en base a las necesidades sociales y del país, por lo que sería necesario analizar los procesos de construcción, las reformas del 92, y las disposiciones correspondientes a los puntos que el trabajador acumula en el fondo de vivienda.

3.4 SECRETARIA DE SALUD

3.4.1 ESTRUCTURA Y OBJETIVOS

Para dar un marco general de las funciones de la Secretaría de Salud en el desarrollo de la atención a la salud dentro de la seguridad social en México, debemos remontarnos al mismo año en que el Instituto Mexicano del Seguro Social se estableció, 1943, ya que en este mismo año el Presidente de la República, General Manuel Ávila Camacho expidió un decreto en el que se instituyó la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En ella se fusionaron los servicios que prestaban el Departamento de Salubridad Pública y por la Secretaría de la Asistencia Pública.

Una de las primeras metas que se propuso llevar a cabo el Gobierno a través de la Secretaría era construir un sistema hospitalario que impartiera atención médica en tres diferentes grupos de instituciones: hospitales generales centrales, hospitales regionales y hospitales rurales.

Para principios de la década de los cincuenta, la Secretaría amplió y actualizó las instalaciones y los equipos de hospitales, clínicas y dispensarios, además de construir nuevos centros de salud, de tal modo que en el Distrito Federal delimitó distritos sanitarios e instaló en cada uno de ellos, un centro de salud con diversos servicios médicos. También se pusieron en servicio 61 hospitales y se creó el servicio de hospitales rurales para proporcionar servicios médicos a poblaciones pequeñas.

Los objetivos en materia de asistencia que implantó la Secretaría consistían en higiene prenatal y del cuidado de la madre, otorgando prioridad a la alimentación y a la protección de los niños contra enfermedades transmisibles. Desde sus inicios las actividades de la secretaría contemplaron diversas actividades de las que destacan el establecimiento de comedores familiares, hogares sustitutos, asilos y guarderías infantiles, además de proporcionar desayunos escolares.

Para mediados de la década de los sesenta, tras haber llevado a cabo campañas contra la poliomielitis, la viruela, la tifo, la tuberculosis y el paludismo por mencionar las más importantes, se sumaron a estas las correspondientes campañas sanitarias enfocadas a las neumonías, la fiebre reumática, el mal de pinto, contra el tetanos. Todas estas campañas se aplicaron a todo lo largo de la república y a todos los sectores de la población. La infraestructura tanto urbana como rural, sobre todo esta última se vieron beneficiadas con el paso de los años, de modo tal que para ésta época las construcciones y obras sanitario-asistenciales beneficiaron con más de la mitad del total a las zonas campesinas.

Para finales de la década se enfocaron obras en beneficio de la colectividad, construyendo redes de distribución de agua potable, de caminos vecinales, aulas, huertos familiares y mejoramiento de viviendas. La infraestructura total a principios de los setenta contaba con 48 establecimientos en el Distrito Federal y 1,994 en los estados de la República.⁸²

⁸² LA SALUD PUBLICA EN MEXICO 1959-1982, SSA, MEXICO, 1982

En 1973 “fue formulado el Plan Nacional de Salud para el periodo 1974-1983, cuyos objetivos eran: proporcionar servicios sanitarios y asistenciales a toda la población, transformar condiciones adversas del medio para crear circunstancias propicias a la salud; incorporar a la población para que colaborara en la realización de los programas para la salud; promover y coordinar las acciones de las instituciones del Sector Salud; aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones necesarias para mejorarla”.⁸³

Es en esta época en la que el país iniciaba una etapa de transición caracterizada por la disminución progresiva y constante de la mortalidad y morbilidad generales y de la mortalidad infantil y materna, ya que se incrementó el número de años de esperanza de vida y se erradicó o controló varias enfermedades con las que se tuvo que enfrentar en los últimos veinte años, lo que permitió planear con mayor visión servicios de asistencia y de servicios, sin dejar a un lado las permanentes campañas contra las enfermedades prevenibles. Las proyecciones realizadas para atender a la población que lo requiriera fueron superadas en muchas ocasiones, dado la gran transformación económica y social que vivía el país, con desplazamientos de campesinos a las ciudades industriales al que se le debe sumar el propio crecimiento local. Para atender lo anterior, se construyeron más de 1 800 unidades de salud por lo que se incrementaron las camas en las regiones donde los índices demográficos eran altos; se crearon programas de planificación familiar.

⁸³ RESEÑA TESTIMONIAL 1988-1994, TOMO 1, SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1994, p.p.23

Durante la administración del Presidente José López Portillo, se llevó a cabo la transformación de la estructura gubernamental al promulgarse la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, lo que propició que en el sector salud, la coordinadora de sector⁸⁴ y encargada de coordinar las actividades de las entidades paraestatales de seguridad social fuera la Secretaria de Salubridad y Asistencia, facultándola a llevar a cabo la planeación y la conducción de las actividades del sector, así como de la política de saneamiento ambiental. Esta administración planteaba directrices enfocadas a extender la cobertura; dar prioridad a los programas que comprendieran atención a la población rural y a la marginada de las urbes; planificar los servicios de acuerdo con un esquema de regionalización de niveles de contacto primario, secundario y terciario; reforzar los programas de atención materno infantil y de planificación familiar; se reforzó las campañas de vacunación para evitar enfermedades prevenibles; durante este periodo se incrementó la red nacional de centros de salud y unidades hospitalarias añadiéndose 1 178 nuevos establecimientos, de tal modo que a finales de dicho periodo sexenal, la Secretaria de Salubridad y Asistencia contaba con 11 002 establecimientos de salud; 599 eran hospitales de atención secundaria y terciaria, en los que se incluyen los institutos con régimen descentralizado; 1 785 eran centros de salud urbanos, semiurbanos y rurales; y 8594 eran unidades rurales.⁸⁵

Durante el sexenio que comprende los años 1982-1988, se llevaron a cabo transformaciones con base en el Plan Nacional de Desarrollo, el cual estructuró las acciones en materia de salud en cinco ramas: preventivas; para

⁸⁴DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. 17 ENERO 1977

⁸⁵RESEÑA TESTIMONIAL 1988-1994, TOMO I, SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1994, p.p.25

reorganización y modernización de los servicios; para la consolidación del sistema; para reorganizar la asistencia social; y para la formación, capacitación e investigación. Asimismo, se planteó aplicar estrategias generales que tendieran a solucionar y reducir los riesgos y daños a la salud de la población, por lo que se trazaron cinco estrategias para llevar esto a cabo: la sectorización; la descentralización; la modernización administrativa; la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad.

Se estableció el Sistema Nacional de Salud debido a la restructuración sectorial y que obligó a las dependencias paraestatales a coordinarse con la cabeza de sector que en este caso era la Secretaría de Salud. Desde entonces a ésta Secretaría le corresponde procurar que las dependencias del Ejecutivo y los demás organismos del sector coordinen sus actividades y proyecciones, al mismo tiempo que es la encargada de normar, planear, evaluar y supervisar los servicios para la salud. Es en este momento que las funciones de asistencia y rehabilitación que la Secretaría había desarrollado por muchos años, se transfirieron al DIF, además de que se traspasó la responsabilidad del mejoramiento del medio ambiente, a la extinta Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

En esta época se buscó impulsar procesos de desconcentración y descentralización de los servicios de salud buscando contribuir a la ampliación de la cobertura y de la mejora en los servicios, mediante la distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno y el traspaso de facultades y recursos a los gobiernos estatales. Esta administración estableció programas de prevención y control de enfermedades prioritarias, como las prevenibles a

través de la vacunación, la diarrea, las respiratorias agudas, las transmisibles por vector y las de transmisión sexual, especialmente el SIDA.

Por lo que se refiere a la estructura de la Secretaría, en la actualidad se compone para el despacho de asuntos que encomienda la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, así como de la Ley General de Salud, entre otras, Por el Secretario del Ramo, 3 subsecretarías -- Coordinación y Desarrollo, Regulación y Fomento Sanitario, y Servicios de Salud --, un Oficial Mayor, y las Direcciones Generales de: Coordinación Estatal, Asuntos Jurídicos, Atención Materno Infantil, Control de Insumos para la Salud, Control Sanitario de Bienes y Servicios, Coordinación Sectorial e Internacional, Enseñanza en Salud, Epidemiología, Estadística, informática y Evaluación, Fomento de la Salud, Medicina Preventiva, Planificación Familiar, Programación Organización y Presupuesto, Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios Generales, Regulación de los Servicios de Salud y Salud Ambiental.⁸⁶

Además cuenta con órganos administrativos desconcentrados que atienden diferentes rubros en la prestación de servicios administrativos y de salud. Estos son a decir de la Ley General de Salud: administración del patrimonio de la Beneficiencia Pública, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, Gerencia General de Biológicos y Reactivos, Hospital General de México, Hospital Juárez de México, Instituto Nacional de Comunicación Humana, Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación y el

⁸⁶REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD, 1994

Instituto Nacional de Ortopedia, así como de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

En la Legislación correspondiente a las actividades de la Secretaría de Salud en el interior de la República, ésta podrá celebrar acuerdos con los gobiernos de los estados para descentralizar la operación de los servicios de salud que la Secretaría presta dentro del ámbito de su circunscripción territorial, al mismo tiempo que llevará a cabo un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud a los estados.

3.4.2 COBERTURA, PRESUPUESTO Y PRINCIPALES PROGRAMAS Y SERVICIOS PRESTADOS

En 1993 la población potencial a atender por parte de instituciones que atienden a población abierta o no derechohabiente era calculada en alrededor de 41 millones y medio de mexicanos de los cuales el 67.12 por ciento debería ser atendido por los distintos servicios que brinda la Secretaría de Salud, quedando el resto a IMSS-Solidaridad y otras Instituciones.⁸⁷ Sin embargo, la dependencia atendió cerca de los 15 millones y medio de solicitantes.

⁸⁷ RECURSOS Y SERVICIOS, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, BOLETIN DE INFORMACION Y ESTADISTICA, NUMERO 13, 1993

Para llevar a cabo esta tarea con población abierta la Secretaría de Salud tuvo un presupuesto total a 1993 de 5,220,273 de nuevos pesos⁸⁸. En 1994 el presupuesto con el que la Secretaría operó fue de 5,918,900 millones de nuevos pesos, de los cuales el 92.8 por ciento se destinó para gasto corriente y el resto para gasto de capital.⁸⁹ Con esto se realizaron diversas actividades que atendió tareas a nivel nacional y las cuales estuvieron apoyadas en programas específicos de acción durante 1994, los cuales se mencionan a continuación: el de fomento de la Cultura de la Salud, en el que se incluyen temas relacionados con la educación para la salud, nutrición y contra las adicciones; El de Acceso Universal a los Servicios de Salud con Equidad y Calidad que comprenden acciones en torno a la atención médica, materno infantil, promoción y cuidado de la salud escolar, programas de rehabilitación, atención bucodental y el enfocado a la extensión de cobertura.

Un tercer programa de acción es el de la Prevención y el Control de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias el cual está enfocado a las inmunizaciones, a la prevención y al control de la tuberculosis, lepra, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades de transmisión sexual, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), paludismo, dengue, oncocercosis, enfermedad de chagas, Leishmaniásis cutánea, rabia, brucelosis y del complejo Teniasis/Cisticercosis; también en este mismo programa existen acciones para controlar las enfermedades crónico degenerativas, así como la prevención de accidentes. Otros importantes programas que la entidad lleva a cabo es la de la Atención a

⁸⁸ RECURSOS Y SERVICIOS, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, BOLETIN DE INFORMACION Y ESTADISTICA, NUMERO 13, 1993

⁸⁹ INFORME DE LABORES 1993-1994, SECRETARIA DE SALUD

la Salud en casos de desastre, a la salud mental, salud ambiental y de control y de vigilancia sanitaria, al mismo tiempo de regula el crecimiento demográfico a través del programa de planificación familiar y brinda asistencia social.⁹⁰

Por otra parte, la Secretaría como rectora de la normatividad sanitaria y de promoción médica en favor de la sociedad en general, pero en específico de las comunidades marginadas y sin acceso a los servicios médicos, tiene una serie de proyectos estratégicos los cuales dan pauta, junto con instituciones de seguridad social, las actitudes que en términos generales y universales se deben de tomar. Ejemplo de ello es el Programa de Vacunación Universal (PVU), medida de interés nacional y con carácter obligatorio, que tuvo su mayor expresión respecto a su efectividad en el año 1992, cuando se registraron las cifras de cobertura más altas en población de niños de hasta 5 años con un 95 por ciento del censo nominal.⁹¹ Otros proyectos estratégicos son los que se refieren al Control Sanitario de Alimentos; Simplificación administrativa; Actividades extramuros de los Institutos Nacionales de Salud y de los Hospitales de Especialidades que consiste en campañas de atención quirúrgicas realizadas con el apoyo de cirujanos especialistas en diversos lugares de la República; Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo; Rehabilitación y Desarrollo de la Infraestructura en Salud; Producción de Biológicos y Reactivos; y los Centros Nacionales y Estatales de Transfusión Sanguínea, así como del Programa Nacional de Transplantes.

⁹⁰ INFORME DE LABORES 1993-1994, SECRETARIA DE SALUD

⁹¹ INFORME DE LABORES 1993-1994, SECRETARIA DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud también asigna actividades a diversas instancias que dependen de la Secretaría de Salud representados por los Institutos Nacionales de Salud, cuyas funciones principales son de investigación, enseñanza y atención médica. Estos organismos de desarrollo médico han sido fuente de vanguardia en el ramo, siendo los centros con más alta especialización en sus respectivos rubros. En 1983 se constituyó con organismos que fueron naciendo a la par de la medicina posrevolucionaria, el Subsector Salud de los Institutos Nacionales de Salud y se formó una Comisión Coordinadora responsable de la integración. Así como de impulsar el desarrollo de las acciones esenciales de cada uno de los institutos.

Los institutos nacionales que conformaron al subsector antes mencionado fueron: Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chavez", Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez", Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Mexicano de Psiquiatría y Hospital Infantil de México "Federico Gómez"; en 1987 se incorporó el Instituto Nacional de Salud Pública y en 1994 se formalizó la incorporación del Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez".⁹²

⁹² RESEÑA TESTIMONIAL 1988-1994 TOMO 1, SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO, 1994, p.p. 151

3.4.3 CONSIDERACIONES

Desde sus primeros pasos dados en 1929, la hoy Secretaría de Salud ha buscado ser la principal promotora en atención médica a población abierta estableciendo tareas que ayudaran al desarrollo humano que necesitaba el país. Las tareas que ha efectuado con programas específicos en contra de enfermedades prevenibles permitieron un desarrollo más humano de la sociedad en que vivimos ya que el abatir rezagos la sociedad en general esta se sintió apoyada para el desarrollo propio que la nación requería.

Hoy la Secretaría juega un papel importante por que la gran mayoría de la población abierta que demanda atención en los tres niveles médicos asisten a ella. La trascendencia de su actividad reside en eso, en la capacidad de contribuir a disminuir rezagos médicos considerables y probablemente contraproducentes para el avance nacional. Asimismo, su autoridad rectora le permite planear de acuerdo a las necesidades del desarrollo social, los esquemas de ataque, médico y sanitarios, en una sociedad que está lejos de una conciencia del desarrollo personal y en comunidad.

El promover programas de control en enfermedades, de tipo sanitario, y de promoción de una alimentación adecuada, entre otras, forja la estructura en la que debe descansar una política de salud nacional, siempre y cuando ésta se desarrolle en forma más eficiente y a la par de una verdadera política de desarrollo social en urbes y en terrenos rurales marginados. Esto se debe dar, y más si en fechas recientes se anunció que el Programa IMSS-Solidaridad pasaría a formar parte de las tareas de la Secretaría.

Este proceso debe de encausarse en el marco de la descentralización que durante años se ha pretendido realizar con las entidades federativas. Si se logra una real descentralización, en donde las entidades asuman la responsabilidad total de las actividades operativas y médicas que la atención a población abierta requiere, los resultados podrán ser mayores a los actuales.

3.5 IMSS SOLIDARIDAD

3.5.1 ESTRUCTURA, OBJETIVOS Y COBERTURA

A partir de 1973, cuando el gobierno de la República promueve cambios sustanciales en la legislación del Seguro Social, se establece la intención de llevar a la población marginada y sin capacidad de contribuir, dado que no tienen un trabajo fijo o bien que no tienen trabajo, los servicios primarios de salud y de orientación en el tema. Pero es en 1979 que el Gobierno confiere al Instituto Mexicano del Seguro Social la responsabilidad de proteger a los pobladores de zonas rurales marginadas con servicios de salud, por lo que se establece un convenio con la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR), institución que coordinara la tarea de distintas dependencias federales y estatales y que estuvieran inmersas en la materia del sector salud, educación, abasto alimentario, servicios públicos, caminos, electrificación y apoyo a la economía campesina. Este programa, el de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria comenzó a ser identificado como IMSS-COPLAMAR.

A partir del establecimiento del Programa y durante los primeros tres años de ejecución, se construyeron 30 hospitales de segundo nivel y 2715 unidades médicas de primer nivel, la mayor parte de ellas en comunidades pequeñas y de acceso difícil. Para finales de 1981 se contaba ya con una red regionalizada de servicios integrada por 60 hospitales y 3025 Unidades

Médicas Rurales y que cubría a más de 10 millones de indígenas y campesinos.⁹³

La mecánica de trabajo del Programa residía en que para que el beneficiado retribuyera el derecho de los servicios, las familias que conforman una comunidad trabajarían con la instrucción de COPLAMAR ya que esta planearía y dirigiría las obras comunitarias, basadas en el apoyo financiero y técnico de las diferentes dependencias federales y de los estados correspondientes y que estuvieran vinculadas al desarrollo rural y marginal.

Con el nuevo periodo de gobierno, el que comprende los años 1982-1988, se establece, desde el principio, la inquietud de buscar la extensión de los beneficios de salud al medio rural, por lo que se eleva a rango constitucional el derecho a la salud de todos los mexicanos. En el primer año de gobierno se confirió al IMSS la responsabilidad operativa del programa que había llevado a cabo COPLAMAR, por lo que esta institución desaparece. La ventaja inmediata de esta transformación fue el que la aplicación del programa recayó en la experiencia institucional del IMSS.

Uno de los primeros pasos de esta nueva etapa reside en la transformación del modelo de atención médico establecido desde inicios de la idea de la solidaridad social de 1973. El Modelo de Atención Integral a la Salud fue el que se impulsó, y que hasta la fecha sigue operando, y que se fundamentó en la atención primaria en los mecanismos de atención médica. Los resultados del nuevo modelo se reflejaron en los últimos dos años del periodo

⁹³ EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS, MEXICO, 1994, p.p. 20

sexenal, en donde la descentralización de los servicios de salud a población abierta se concretó.

En este mismo periodo de tiempo el gobierno de la República, a través del Seguro Social transfirió a los estados de Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas 23 hospitales rurales y 911 unidades médicas rurales. Para finales del periodo 1982-1988, en las entidades federativas mencionadas funcionaban 51 hospitales rurales y 2 323 unidades médicas rurales, infraestructura que cubría a casi 10 millones de solidariohabitantes.⁹⁴

3.5.2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA, ORGANIZACIÓN, PRESUPUESTO Y PRINCIPALES PROGRAMAS

La pobreza en nuestro país es de considerables proporciones, siendo el medio rural el punto en donde el mayor número de mexicanos resisten los estragos de la extrema pobreza. Estos mexicanos marginados están conformados por grupos indígenas, trabajadores migrantes y campesinos propietarios de pequeñas parcelas, entre otros, en donde las mujeres y los niños resienten los efectos del rezago. Asimismo, la mayoría de las comunidades mencionadas están establecidas en pequeñas localidades, dispersas y de difícil acceso, que sumado a la pobreza del medio que las rodea, y al atraso de las actividades

⁹⁴DIAGNOSTICO DE SALUD EN LAS ZONAS MARGINADAS RURALES DE MEXICO. 1986-1991. COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD. MEXICO, 1992.p.p. 17

económicas de sus pobladores, así como el difícil acceso a satisfactores básicos, determina el campo de trabajo del programa descrito en este apartado.

Las características negativas que rodean a esta porción de la población son altamente costosas, financieramente hablando, en la aplicación, así como en la planeación, ya que por años el insuficiente apoyo gubernamental y estatal, así como la poca adaptación de estos grupos a las grandes comunidades, han propiciado una gran brecha en la realización de obras públicas y en la construcción de vías de acceso, ya que el 95 por ciento de las comunidades amparadas por el Programa IMSS-Solidaridad, carece de una red de drenaje; el 28 por ciento no tiene energía eléctrica; y en el 12 por ciento de los casos, la única forma de acceder a ella es por vía aérea.⁹⁵

Los datos mencionados pueden dar una idea no sólo de la marginación, sino de la falta de satisfactores y de actores de prevención que eviten epidemias, por no mencionar la desnutrición o la falta de una dieta equilibrada y que pudiera evitar trastornos en el desarrollo de cada individuo de la comunidad. No obstante lo anterior, es importante mencionar que la gran mayoría de las comunidades se dedican a la agricultura, encasillando a esta actividad como su principal actividad económica, aunque en muchos casos, debido a la precariedad de aquella actividad, los actores de cada comunidad combinan diversas ocupaciones que complementan un ingreso. La agricultura que se realiza es llevada a cabo por trabajadores agrícolas, los cuales se dividen en de infrasubsistencia y de subsistencia. El primero satisface minimamente sus necesidades alimenticias con el producto de su cosecha, en

⁹⁵ EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS, MEXICO, 1994, p.p. 27

cambio el segundo, el de subsistencia, satisface de manera esencial sus necesidades básicas con el producto de su cosecha; de este modo podemos concluir que, en general, la economía campesina basada en la práctica agrícola responde a meras necesidades familiares.

Por lo que respecta a la situación educativa que tienen las comunidades a las cuales atiende el Programa podremos encontrar circunstancias que explican el por que del no saber que hacer o a quien acudir en casos de enfermedades o de previsión. Si se intenta comparar la calidad de la educación en estos sitios, con las que se imparte en las grandes ciudades del país, encontraremos un abismo de diferencia, ya que por dar algunos datos, el analfabetismo en 1991 en las comunidades atendidas ascendía al 22 por ciento de la población; el 38 por ciento no había concluido su educación primaria y sólo el 25 por ciento la habría terminado. Por lo anterior, podríamos concluir que con la suma de carencias mencionadas, más la alimentación insuficiente y las malas condiciones en materia de vivienda se contribuye a conformar un perfil epidemiológico en que sobresalen enfermedades por vía respiratoria y digestiva, como cólera, complicaciones de embarazo, parto, desnutrición, tuberculosis y paludismo.⁹⁶

El Programa IMSS-Coplamar, desde sus inicios se constituyó en una estrategia del Gobierno de la República para extender a la población campesina e indígena con mayores rezagos una de las características de la Seguridad Social establecida en nuestro país: la protección a la salud individual, familiar y colectiva a la que todo ser humano tiene derecho, basada en la continuidad del

⁹⁶EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS, MEXICO, 1994, p.p. 30

gobierno federal de establecer, en el medio rural marginado, un sistema regionalizado de servicios de salud estructurado en dos niveles de atención.

Los dos niveles con los que opera el Programa está integrado por la red de Unidades Médicas Rurales (UMR) y la consulta externa de medicina familiar de los Hospitales Rurales (HRS). Las primeras son clínicas ubicadas en localidades pequeñas y dispersas en las que se pueden encontrar un consultorio con área de exploración y curaciones, una sala de espera, cubículos de observación con un par de camas de tránsito y dormitorio para el médico de base. Los encargados de dichas clínicas son un pasante de médico en servicio social y dos auxiliares de enfermería; el médico es sustituido cada año; en cambio, las auxiliares son trabajadoras permanentes originarias de la comunidad, las cuales son seleccionadas por los habitantes de la localidad y que reciben un curso de capacitación antes de asumir la responsabilidad.

Por lo que respecta a los Hospitales Rurales (HRS) se caracterizan por los servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa de especialidades y apoyan a las Unidades Médicas Rurales en el diagnóstico y tratamiento de enfermos con padecimientos graves o de difícil manejo, además de atender de manera directa a las personas que así lo solicitan. La funcionalidad de estas unidades están basadas en indicadores de demanda, lo que les permite tener capacidad suficiente en cuanto a camas, los suficientes elementos para brindar consultas externas de medicina familiar y especialidades, urgencias odontología, medicina preventiva, educación nutricional, archivo clínico, trabajo social, laboratorio, rayos X y farmacias. Asimismo, disponen de áreas de hospitalización de pediatría, ginecobstetricia, cirugía, medicina interna,

cuneros, quirófano, tococirugía, central de equipos y esterilización y servicios de apoyo.

Por lo general, cada hospital está a cargo de un cirujano que vigila la calidad de la atención médica, además de resolver problemas quirúrgicos cuando se requiere. Es ayudado en su labor administrativa por un administrador, una jefa de enfermeras y un residente de conservación. Asimismo, la atención especializada en cirugía, pediatría, medicina interna y ginecología, la dan médicos residentes becarios del Instituto Mexicano del Seguro Social que pasan cuatro meses por un Hospital Rural durante su último año de adiestramiento.

Durante la administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari, el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación a la de programa IMSS-Solidaridad que es una estructura administrativa desconcentrada del Instituto Mexicano del Seguro Social y su financiamiento está fundamentado por aportaciones del gobierno federal, lo que permite contar con recursos humanos, materiales, técnicos y financieros oportunos.

La coordinación y concertación de todas las acciones del Programa con dependencias públicas, así como privadas, recae en la Dirección General del IMSS, que preside el Comité de Operación, en el que participan instituciones gubernamentales relacionadas con el desarrollo rural, así como representaciones campesinas e indígenas. La función del Comité consiste en apoyar y evaluar la operación de las unidades médicas y el análisis de las necesidades existentes en materia de salud. Por otra parte, a nivel estatal la

coordinación la lleva a cabo los Consejos Estatales de Vigilancia, los cuales son presididos por los gobernadores de los estados y en los que existe participación de los delegados del IMSS y representantes de las Secretarías de Estado en las entidades, así como organizaciones campesinas e indígenas.

La forma y la esencia del Programa reside en el Modelo de Atención Integral de la Salud, el cual se fue conformando hasta ser lo que es en nuestros días, debido al conocimiento más amplio de las condiciones socioeconómicas y del estado de la salud en zonas marginadas y gracias al trato directo con los campesinos e indígenas que permitieron identificar la forma de organización de sus comunidades, así como sus costumbres y usos en torno a prácticas de salud. Como hemos mencionado varias veces en este apartado, desde que se inicio la aplicación del Programa las condiciones precarias de la población marginada son las causantes de los principales riesgos y daños a la salud. Es de esta manera que el Modelo de Atención Integral surge como una medida que permitiera transitar hacia un concepto más integral del proceso salud-enfermedad.

En 1983, cuando el Programa cubría las principales zonas marginadas del país, y la estructura administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social permitía mantener las Unidades Médicas Rurales y los Hospitales Rurales en condiciones adecuadas para la prestación de servicios, fue cuando se decidió llevar a cabo el nuevo enfoque de trabajo basado en el Modelo mencionado, adecuado y enfocado a las necesidades de cada población, así como a su cultura local. Por lo general, la prestación de servicios en las unidades médicas fueron encauzadas al mejoramiento del estado de salud de la población con su

participación organizada, voluntaria y continua, ya que con la participación de todos se logró identificar los principales riesgos de cada región o localidad, así como la planeación y organización para llevar a cabo esta acción comunitaria.

La organización comunitaria está estructurada de la siguiente manera: La Asamblea, el Comité de Salud y los Promotores sociales voluntarios rurales. Así, en cada comunidad, la asamblea es constituida por aquellos habitantes que de acuerdo con los patrones culturales locales tienen la facultad de intervenir en reuniones comunales donde se toman decisiones y en donde se establecen compromisos colectivos. Es en este foro donde se analizan los principales riesgos y daños a la salud en la localidad y en donde se establecen mecanismos para modificarlos.

Por su parte, el Comité de Salud es el enlace entre los promotores sociales voluntarios rurales y el personal de la unidad médica y está constituido por un presidente y vocales de saneamiento, de salud, nutrición y educación. La selección de sus miembros se realiza cada dos años o con la periodicidad que la población determine y puedan ser reelegidos. Por lo que se refiere a los Promotores sociales voluntarios rurales podemos decir que son miembros de la comunidad que aceptan la responsabilidad del cuidado de la salud de un grupo de familias incluyendo la suya, pero su tarea fundamental es la de aplicar, los conocimientos sobre la salud que adquieren y difundirlos a las demás familias, a fin que éstas asuman su compromiso comunitario de mejorar el nivel de salud de la población.⁹⁷

⁹⁷ EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS, MEXICO, 1994, p.p.39

Cuando la administración gubernamental del periodo 1988-1994 asumió responsabilidades evaluaron las trascendencia del Programa y del Modelo de Atención Integral a la Salud, lo cual llevó a determinar la continuación del rumbo aunque con un mayor acercamiento tanto a las comunidades como a sus pobladores, para así localizar mayores debilidades que aun no hubieran sido contempladas. Otra meta que consolidar era la desconcentración y la simplificación administrativa mediante el otorgamiento de mayores facultades de decisión a los niveles delegacional, regional y zonal. De este modo, la estructura del Programa estaba determinada por un grupo de Unidades Médicas Rurales que se circunscribían a un Hospital Rural y éste a su vez al Hospital Civil que en la mayoría de los casos depende de la Secretaría de Salud. Asimismo, para evaluar todos los avances, así como los alcances y los resultados del Programa se cuenta con un Sistema de Información.

Como resultado de la ampliación de la cobertura de servicios, durante el sexenio 1988-1994, “ la atención brindada se incrementó en un 9.7 por ciento, para hacer un total de 10.9 millones de solidariorhábientes al finalizar 1994, los cuales residen en 12 718 localidades de 17 entidades federativas”⁹⁸. En el mismo lapso se pudo saber que más de las dos terceras partes de las unidades médicas en operación se encontraban en estados de marginalidad muy alta, mientras el resto vivía en municipios de marginalidad media y baja.

El informe del Programa IMSS-Solidaridad muestra que se privilegió la construcción de unidades médicas en zonas indígenas en donde residieran de

⁹⁸ EL PROGRAMA IMSS SOLIDARIDAD, IMSS, MEXICO, 1994, p.p. 53

500 a 1000 habitantes, por lo que al finalizar la administración pasada existían 3 428 unidades médicas de primer nivel y 64 Hospitales Rurales, lo que significa 47.6 y 25.5 por ciento más respectivamente que al principio del sexenio. Del modo en que aumentó la infraestructura de servicios, se incrementó el personal en un 46.4 por ciento, siendo del total de las plazas un 86.5 para el nivel operativo, un 11.8 por ciento para el delegacional y zonal y un 1.7 por ciento para la administración central.

Por lo que se refiere al gasto de operación de 1994 en los rubros de personal, bienes de consumo, conservación y mantenimiento y servicios generales, se estimaron N\$ 1 046.4 millones, lo que en cifras relativas significa un aumento del 672.8 por ciento con respecto a 1988.⁹⁹ Así, el Informe del Programa IMSS-Solidaridad establece que entre 1988 y 1994 el costo anual de cada solidariohabiente pasó de N\$ 16.50 a N\$ 114.05 nuevos pesos.

La tarea llevada a cabo mantuvo la participación comunitaria en la convocatoria de los equipos de salud, lo que llevó a un incremento del 114 por ciento en la incorporación de locatarios a las tareas voluntarias; 82 por ciento a partir de 1991 en cuanto a los asistentes rurales de salud, los cuales atendieron durante 1994, en locales facilitados por la comunidad o en su propia casa, a cerca de un millón de enfermos, de los cuales un 20 por ciento derivaron en unidades médicas, lo que representa que el resto no tuvieron necesidad de las unidades médicas gracias al cumplimiento de sus demandas por medio de los asistentes.

⁹⁹ INFORME DE ACTIVIDADES IMSS, 1993-1994, MEXICO, 1994, p.p.anexos, cuadro 13

Por otra parte, y ya dentro de las actividades llevadas a cabo en cuestiones de salud, se emplearon acciones dirigidas para la prevención y control de las diarreas, y aunque existió la circunstancia del cólera durante 1993, en el año siguiente ésta disminuyó lo que permitió abatir las tasas de enteritis en todas las edades. Asimismo, se buscó incrementar paulatinamente la cobertura de niños a los que se vigiló su talla y peso, paralelamente a la atención en casos de desnutrición especialmente a los de segundo y tercer grado, por lo que se capacitó a más de un millón de mujeres para el cuidado de sus hijos y en la elaboración de dietas nutritivas.

Por lo que respecta a la intención de disminuir el riesgo reproductivo en el mayor número de mujeres se impulsó el diálogo y la relación con parteras rurales, quienes en el último año, el 1994, incorporaron nuevas aceptantes a planificación familiar, lo que sumado a la labor institucional permitió, que sólo en 1994, se incrementara en un 66 por ciento el conjunto de mujeres que planificaron su familia. Asimismo, para combatir la mortalidad por complicaciones de embarazo, parto y puerperio se estableció el Comité Central de Mortalidad Materna, reforzando la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y perinatales estableciendo estrategias específicas para solucionar este problema.

Se buscó prevenir y controlar la tuberculosis, el paludismo y las complicaciones de los padecimientos crónico-degenerativos; se sumaron esfuerzos en las campañas de vacunación universal desarrollando acciones para dar cobertura completa en los niños menores de cinco años, logrando en los casos de poliomeilitis y difteria ausencia casi total y un decremento significativo

en los casos de tosferina, tuberculosis y sarampión. Por lo que respecta a la cirrosis hepática alcohólica se disminuyó en un 33 por ciento en el pasado sexenio. Respecto a la asistencia médica, durante 1994, se brindaron 7.5 millones de consultas, de las cuales 88.5 por ciento correspondieron a medicina general y el resto a urgencias y odontología. En hospitalización se mantuvo una ocupación del 68.9 por ciento promedio, por lo que se asume que se cubrió una alta demanda de atención en todas las ramas que la seguridad social, a través de IMSS-Solidaridad, se brinda.¹⁰⁰

Por último, es importante mencionar la labor llevada a cabo por el Programa en relación con la atención a la salud de la población indígena, ya que de los 17 estados de la república donde el campo de IMSS-Solidaridad está presente, en 13 existen comunidades importantes de indígenas. En 1994 se disponía de 877 Unidades Médicas Rurales y de 10 Hospitales Rurales para dar servicio a dichas comunidades, por lo que se cubrió a 2.9 millones de indígenas residentes en 3 146 localidades de 441 municipios; se atendieron a niños internados en 607 albergues del Instituto Nacional Indigenista; los estados de la república con mayor injerencia de dicha actividad fueron Oaxaca, Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Puebla, Veracruz y Yucatán; las Unidades Médicas Regionales adoptaron la estrategia de tener a médicos con experiencia en el trato con comunidades indígenas y auxiliares de enfermería, éstos miembros de la comunidad, que además del dialecto regional hablan español, lo que facilita el trabajo entre médico y comunidad.

¹⁰⁰EL PROGRAMA IMSS SOLIDARIDAD, IMSS, MEXICO, 1994, p.p. 80 e INFORME DE ACTIVIDADES IMSS, 1993-1994, MEXICO, 1994, p.p.anexos, cuadro 13

Todo el personal que labora en zonas indígenas participan en cursos de inducción, reuniones de actualización e intercambio de experiencias, en las que se les proporcionan bases de desarrollo con grupos étnicos, la cual ha sido impartida por el Instituto Nacional Indigenista.

3.5.3 CONSIDERACIONES

Con la lectura realizada es posible valorar el alcance de una actitud de bien y que socorre a los más necesitados. El programa IMSS-SOLIDARIDAD tiene sus orígenes en los años setenta cuando una decisión gubernamental promovió la atención médica de todos aquellos que estuvieran en un rezago social marcado y que les impidiera realizar actividades comunes debido a la precariedad de sus circunstancias.

La razón de ser del programa reside en el poco conocimiento de las comunidades marginadas con respecto a los servicios de salud a la que tienen acceso, ya que los hospitales civiles en toda la república, dependientes de la Secretaría de Salud, están para dar atención a la población abierta, o aquella que no está en el régimen de seguridad social. La marginación ha hecho que las autoridades vayan a los lechos marginados a conformar una cultura de prevención y de conocimiento en los cuidados que la salud debe tener.

Incalculable es el valor de este Programa ya que si tratamos de valorar el hecho de que en la mayoría de las comunidades marginadas creen y se identifican con él, los resultados serían más que positivos. El esquema de organización, de interrelación y de trabajo promueve la confianza y el bien

común, lo que ha permitido IMSS-Solidaridad se haya convertido, desde sus inicios en un pilar de lucha contra la pobreza en México.

Es muy importante mencionar que la estructura en la que ha descansado este programa ha sido el Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual permite que los recursos humanos y la experiencia médica se aplique en la atención a comunidades marginadas e indígenas. Esto le ha dado fuerza al desarrollo de las funciones del Programa, ya que la experiencia y las características de los cuadros que desarrolla el Instituto, además de la capacitación que brinda a las personas que dan apoyo en su misma comunidad, ha promovido la vigencia y la existencia de sus funciones.

Sin embargo, y ante la positiva función nacional que ha desarrollado este Programa, la presente administración preve, en su afán de descentralizar las funciones a la federación, que el Programa IMSS-Solidaridad se superdite a la Secretaría de Salud, para que ésta, como eje de la Salud en México y primer cuadro de atención a la población abierta, se encargue de encomendar las tareas a los estados de la República. Esto puede ser contraproducente por dos razones: la primera es de carácter financiero y operativo, ya que el programa al haber estado apoyado por el IMSS, la atención se brindaba 24 horas al día los 365 días del año, en cambio, superditada a la Secretaría de Salud, la atención sería de lunes a viernes y sólo ocho horas al día; y la segunda, que depende totalmente de la primera está basada en el hecho de que si se descentraliza con éste esquema unicamente lo que se va a descentralizar es la ineficacia, el desorden y la pobreza.

IMSS-Solidaridad si funciona y funciona bien como estaba. Es irracional destruir un Programa exitoso por el simple hecho de que la presente administración esté empeñada en descentralizar y federalizar las responsabilidades y las decisiones. El fin es bueno, pero primero se deben realizar otras actividades, para que los programas como el mencionado anteriormente mantenga su vigencia y su validez social.

3.6 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

3.6.1 ESTRUCTURA Y OBJETIVOS

El Estado mexicano, desde principios de 1986, puso en marcha mediante decreto la prestación de servicios de asistencia social, el acceso a los mismos y garantizando la concurrencia y la colaboración de toda la Federación, las propias entidades federativas y los sectores sociales y privados para llevar a cabo esta tarea. De este modo el gobierno de la República en forma prioritaria proporcionó servicios asistenciales encaminados fundamentalmente al desarrollo integral de la familia a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el cual es un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonios propios.

Entre los principales objetivos de esta Institución resalta la promoción y la prestación de servicios de asistencia social; apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad; realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de asistencia social; promover e impulsar el sano desarrollo físico, mental y social de la niñez; fomentar y apoyar a las asociaciones o sociedades civiles y a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social; operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de minusválidos sin recursos;

y llevar a cabo acciones de prevención de invalidez y de rehabilitación de invalidos; realizar estudios sobre asistencia social , entre otras.¹⁰¹

Por lo que se refiere a la forma en que lleva a cabo sus servicios el DIF realiza acciones en coordinación con dependencias y entidades federales o locales, al mismo tiempo que promueve junto con la Secretaría de Salud y con los gobiernos de los estados, el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación, para así llevar a cabo sus actividades y brindar el apoyo que las circunstancias ameriten.

La Institución cuenta con tres principales organos rectores de gobierno: el Patronato, la Junta de Gobierno y el Director General. En los tres casos el Poder Ejecutivo tiene injerencia directa, ya que el Patronato y la Dirección General son designados por el Presidente de la República. En el caso de la Junta de Gobierno ésta se conforma por miembros del Gabinete Legal y Ampliado que tienen de alguna u otra manera relación en la administración, el estudio y la planeación de las actividades de la Institución. Es importante mencionar que la legislación correspondiente a la Institución indica que las actividades de ésta dependerá de las prioridades, políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo.

La población estimada que atendió la Institución en 1994 es de un total de diez millones de personas, divididas en menores, minusvalidos, asistencia en estado de abandono y madres gestantes, entre otros. Asimismo se protegió a una

¹⁰¹ LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL, CAPITULO II, EDIT. PORRRUA, MEXICO, 1994.

población en desamparo de un poco más de dos y medio millones de personas, a las que se les brindó atención en aspectos escolares y extraescolares, así como asesoría y atención jurídica.¹⁰²

3.6.2 PRESUPUESTO Y PRINCIPALES PROGRAMAS Y SERVICIOS PRESTADOS

Los recursos con los que contó el DIF para operar programas y servicios, ascendieron en el año 1994 a 893,541 miles de nuevos pesos, de los cuales el 93.5 fueron transferencias del Gobierno Federal y el restante recursos propios de la Institución.¹⁰³ Este presupuesto se programó en cuatro programas sustantivos y uno administrativo, lo que permitió enfocar de manera particular cada uno de los objetivos de la Institución.

Por lo que se refiere al Programa de Apoyo Administrativo, se buscó que la ejecución estuviera basada en una correcta planeación, gestión, control y apoyo del desarrollo operativo de todos los programas institucionales a través de la labor efectuada por la Dirección General y sus áreas administrativas. El segundo programa es el enfocado a la Atención y el Mejoramiento Nutricional que tuvo como objetivo brindar el conocimiento y el apoyo a aquella población que corre con el riesgo de caer en desnutrición, por lo que la acción llevada a cabo se otorgó en dos rubros: mediante un apoyo alimentario en centros de asistencia y un apoyo alimentario a familias. Las estrategias fundamentales de

¹⁰² SEXTO INFORME DE GOBIERNO, 1994, ANEXO

¹⁰³ SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, INFORME DE ACTIVIDADES, 1994.

este Programa residen en brindar orientación alimentaria, fomentar la producción de alimentos para autoconsumo y ayuda alimentaria directa.

El tercer programa es el de la Promoción del Desarrollo Familiar y Comunitario, el cual busca lograr la integración de las familias y comunidades marginadas mediante estrategias que involucran a los beneficiarios en el que hacer de la vida comunitaria y nacional, promoviéndose de esta manera una mayor concientización de los pasos a seguir en la búsqueda de un bienestar social común. Estas estrategias se realizaron en tres vertientes: Atención a familias y comunidades tanto en el Distrito Federal como en los Estados; el desarrollo integral del adolescente; y cocinas populares y unidades de servicios integrales, lo que promovió y asesoró la instrumentación de microempresas familiares y comunitarias.

La Protección y Asistencia a la Población en Desamparo es el cuarto programa de acción que lleva a cabo la institución, con la finalidad de brindar alternativas a los grupos más débiles de la sociedad mexicana enfocando sus acciones a través de la estructura especializada instalada. "Esta se conforma por Centros de Atención Preescolar, campamentos recreativos, orfanatorios, guarderías, hogares sustitutos, casa hogar, asilos y consejos tutelares, así como de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, todos ellos para atender a niños huérfanos, ancianos desamparados, adultos indigentes, madres gestantes y menores lactantes".¹⁰⁴

¹⁰⁴ SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, INFORME DE ACTIVIDADES, 1994

Este programa actua en dos rumbos: en el de la Protección y la Atención al Desamparado, y en la Atención Jurídica y Asistencia a la Población en Centros del DIF.

Finalmente, el quinto programa es el que se refiere a la Asistencia a Minusvalidos que tiene como objetivo fundamental la prevención de la invalidez, por lo que realiza acciones médicas, educativas, psicológicas y sociales que puedan incidir en la pronta detección, así como las causas que generan la invalidez. La finalidad de estas actividades buscan criterios y practicas de rehabilitación integral no hospitalaria mediante tratamientos médicos, psicológicos y sociales y que permitan la incorporación a la vida en comunidad en aspectos productivos y sociales de la sociedad con problemas de minusvalía.

Las políticas con los que se desarrolló éste Programa estuvieron enfocadas, primero, a la orientación y la detección de problemas de invalidez, permitiendo así la atención de estas circunstancias, la proporción de terapias rehabilitadoras, así como de ayudas funcionales que permitieran desarrollar al beneficiario el mejor desempeño de sus actividades. Por último, toda esta experiencia se enfoca al desarrollo de la investigación en materias de salud y asistencia social en lo que toca al desarrollo de este programa.

3.6.3 CONSIDERACIONES

Las actividades que desarrolla el DIF, como se ha podido ver anteriormente, promueven el desarrollo armónico de la gente en sociedad, sobre todo aquellos que están desamparados o que tienen problemas de comportamiento. Se atienden a casi diez millones de personas anualmente a través de ésta Institución, la cual apoya a las actividades de la Secretaría de Salud en la atención a población abierta, nada más que esta en las ramas de asistencia pública.

El DIF promueve la prevención, la formación de cuadros de apoyo a gente desamparada, la rehabilitación, la beneficencia, el bienestar familiar, y el desarrollo de la niñez. Los trabajos que esta institución realiza complementa la actividad del Estado Mexicano, ya que no sólo atiende a población abierta, sino que busca sumarla a la actividad nacional, o bien sumarla, a la vida normal.

CAPITULO 4. LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN EL SIGLO XXI.

4.1 CONSIDERACIONES GENERALES Y ACCIONES A SEGUIR

En el análisis efectuado a las principales instituciones de seguridad social que actualmente están vigentes en el progreso del país, se observan esfuerzos, descalabros y consolidaciones de proyectos sociales que mentes y organizaciones a nivel mundial y del seno nacional de finales del siglo XIX y principios del XX propusieron. Es indudable que el avance logrado por los Estados que optaron por instrumentar preceptos de justicia social a la par del desarrollo político y económico de cada nación, se beneficiaron, como es el caso de México, de un avance en las oportunidades y en los derechos de los miembros de su sociedad.

La búsqueda de equidad, finalidad de la justicia social, ha sido el objetivo que a lo largo del siglo las instituciones de Salud y de Seguridad Social mexicana han promovido. La utilidad que ha rendido esta propuesta social sería incalculable si se toma en cuenta que la fortaleza de nuestro país se ha dado por instituciones como las que se han tratado en esta tesis.

Los logros alcanzados por la política de salud son innegables y demostrables. La tarea comenzó en 1929 con proyectos que atacaban, por primera vez, enfermedades epidémicas que redujeran la mortalidad infantil, pasando a los primeros intentos para resolver los aspectos relacionados a la actividad en el sector rural y llegando a la institucionalización, bajo el gobierno

de Avila Camacho, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los avances fueron inmensos. Se construyeron hospitales por todo el país, se creó el ISSSTE, surgieron institutos especializados, se extendió la cobertura del sector urbano al rural, se apoyó con vivienda a los trabajadores y se atendió a través de programas específicos a la población abierta y marginada. De 1980 a 1993 el presupuesto en relación al PIB fue del 2.85 por ciento promedio, alcanzado el sector en 1993 casi el 16 por ciento del gasto programable del sector público.¹⁰⁵ La tarea fue emprendida por la sociedad en general, por el Estado promotor y por organizaciones políticas y sociales. La inversión redituó pero hoy necesita actualizar sus activos y principios. Las instituciones públicas que promueven el desarrollo nacional, jamás desaparecerán, lo único que les pueda pasar es que se deban transformar para atender realmente las demandas sociales, con mayor eficacia y adecuada a la realidad nacional.

El progreso de cambio que se debe de emprender reside , principalmente, en la actitud que el Estado mexicano tenga para el futuro. Las circunstancias que México vive actualmente limita mucho la tarea que como Estado tiene ante el gran rezago social, en mucho, propiciado por una amarga política económica que no apoya el crecimiento con desarrollo y con oportunidades. Al mismo tiempo debe ser considerado el bajo desarrollo cultural que permitiera mayores oportunidades en la población mexicana, la inadecuada política alimentaria

¹⁰⁵ RECURSOS Y SERVICIOS. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. BOLETIN DE INFORMACION Y ESTADISTICA. NUMERO 13, 1993, SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1994, p.p. 26

existente, o bien, la inexistente voluntad de cambiar de fondo las circunstancias que inmovilizan al país.

Por lo anterior, y tras varias consideraciones hechas al análisis que se presenta, buscaré complementar el activo social y político de las instituciones de seguridad social que se manejaron en esta tesis.

La seguridad social protege por lo general a casi toda la población contra los riesgos sociales, buscando otorgar beneficios más uniformes a la mayoría y complementarios para comunidades marginadas. El Seguro Social es el principal componente de los sistemas modernos de seguridad social existentes en el país pero está basado en el empleo formal y productivo. En la actualidad, y con seguridad el futuro próximo, el desempleo y la creciente ola de empleo informal provocará una debilidad nacional, y por consiguiente a las instituciones que conforman al país.

Por eso el Estado mexicano debe brindar la confianza suficiente, además de ciertas facilidades para el establecimiento real, por parte de inversionistas, de una planta productiva que genere empleo y por lo tanto beneficios sociales. Esto debe estar a la par de una nueva era del Estado promotor y generador de riqueza, de empleo y de oportunidades, instrumentándola de manera ordenada y en respuesta a las exigencias que la sociedad requiera.

El Estado mexicano debe mantener vigente las transferencias realizadas durante tantos años a las poblaciones marginadas IMSS-Solidaridad. Sin embargo, y ante la necesidad de incrementar el desarrollo de comunidades

marginadas, los proyectos alimentarios, de salud y de educación deben incrementar sus recursos, por lo que se pueden instrumentar nuevas formas de financiamiento basadas en impuestos a productos tales como los cigarros, el alcohol entre otros. La idea principal de esta propuesta reside en que el Estado establezca preceptos que influyan en el desarrollo humano a largo plazo, por lo que también sería conveniente considerar un aumento en el gasto social, o bien establecer un seguro de atención médica, al que más tarde llegaré.

Por lo que se refiere a cuestiones institucionales, debe tenderse a la reorganización y a la redifinición de metas de los organismo encargados de brindar seguridad social. En cada uno de los apartados en donde se desarrollaron los activos de cada uno de ellos, se observa también la complejidad de su futuro y la inteligencia que se debe imprimir para resolver los problemas.

En dicha revisión los altos costos administrativos resaltan en la complejidad del desarrollo institucional. El poderío sindical del IMSS ha impedido que ciertos servicios otorgados a ellos hace muchos años, sean promovidos para ser brindados por terceros, por mencionar un ejemplo. Todas las instituciones de seguridad social tienen complejidades, pero ésta es la más representativa. Sería muy importante, primero, que ante la reestructuración realizada a principios del 95, en donde se establecieron regiones, se defina el perfil político de la regionalización. Desde mi punto de vista, esta regionalización, tal vez va a hacer menos burocrática a la institución, pero no mucho más eficiente, ya que se mantiene un control central sin tomar en cuenta las necesidades locales.

Esta aplicación administrativa reside en la ola de federalización y descentralización que pretende implantar como arma política la presente administración. Pero esto se enfrenta a dos grandes problemas: el primero, por que los cuadros administrativos que puedan llegar a operar efectivamente la autonomía operativa, financiera, política y laboral, de las entidades están determinados al centro; y segundo, como consecuencia de lo anterior, la entidades federativas no están dispuestas a asumir las responsabilidades sin la autoridad de la operación, lo que vendría a someter al D.F. como órgano rector y normativo.

Este mismo fenómeno lleva años planteado en la Secretaría de Salud, habiendo únicamente catorce estados de la federación que se manejan de manera descentralizada, únicamente en operación, ya que no se ha asumido la responsabilidad política que ello implica. Sin embargo tarde o temprano tendrá que realizarse, ya que la presente administración ha decidido transferir de acuerdo a la figura descentralizada, todos los servicios que brinda la secretaría, aunado a la responsabilidad de llevar a cabo el nuevo acuerdo político social: IMSS-Solidaridad.

Como precepto para consolidar lo anterior debe promoverse una dirección especializada y con un mayor grado de profesionalismo y capacitación, lo que implicaría impulsar la formación de profesionales en la administración de hospitales. Esto puede ser complementado por personal excedente en áreas administrativas del seguro y que pueden ser reubicadas a lo largo del país para promover un mejor desarrollo institucional.

La descentralización debe tener un carácter federal y político, lo que permitiría tener a cada uno de los entes federales poder de decisión y que sin duda le brindaría activos para asumir la responsabilidad local. Pero la descentralización debe, necesariamente, llevarse con responsabilidad ya que la existencia de notorias disparidades entre las diversas entidades federativas probablemente agravaría las inequidades. De tal modo que en estados con menores recursos de financiamiento deben ser apoyados con recursos de la federación -transferencias- que evite la inequidad y el deficiente servicio, por lo que es responsabilidad del Estado Mexicano velar por que el proceso sea integral pero al mismo tiempo, sin pretextos, sea nacional.

Por otro lado, e independientemente de lo que se opte por hacer, los recursos de las instituciones están siendo mermados por la propia actividad que desarrollan y por la desorganización imperante. Tal es el caso de las pensiones en el IMSS, recursos que durante años fueron invertidos para el crecimiento estructural de la organización y del país. Sin embargo, a los derechos de las personas que deben recibir pensiones no se les puede dar esta justificación. Por eso el Estado debe asumir, primero, los pasivos del Seguro de Invalides, Vejez, Cesantía en edad avanzada y muerte, para que en segundo término el seguro decida: o suprimir esta prestación y sustituirla por el SAR, el cual fue creado como complemento de aquel, pero que tiene como desventaja la individualización del seguro; o bien reestructurar y respetar los activos de cada pensionado en el seguro vigente de modo tal que su capitalización sea adecuada en los pagos a futuro.

A partir de esto se debe buscar opciones para determinar si el SAR es funcional como está planteado, o bien si deberá optarse por crear fondos de pensiones que sean administrados de manera autónoma, no bancos, y que respeten y generen el derecho a una pensión digna al final de una vida laboral.

Otra opción que permitiría ahorrar recursos, minimizar complejidades y problemáticas, además de promover la participación privada, sería la de concesionar o subrogar servicios no médicos a inversionistas o empresarios privados o sociales. La finalidad de esta propuesta es disminuir costos, pero sobre todo permitirle a las instituciones mayor campo de acción gracias al ahorro que se cause, el no haber pagado sueldos sino solamente por el servicio brindado. Esta circunstancia debe de ser negociada con el Sindicato correspondiente, a fin de que si se da la concesión, los trabajadores no pierdan su nexos con el sindicato, aunque el patrón no sea el mismo.

Otra propuesta de financiamiento recae en el planteamiento de enfocar todos los servicios médicos y de seguridad social en un sólo organismo el cual sea el encargado de diseñar una estrategia común para atacar por funciones las necesidades de la salud y la seguridad social, lo que le permitiría ser rector, financiero y operador además de tener más claro el gasto y las prioridades ya que no habría duplicidad en dichos preceptos.

Aunado a esto, se propone mantener la vigencia del régimen de seguridad social a todo aquel que aporte cuota por contexto de trabajo, además de contar con servicios médicos. Pero por lo que respecta a la población abierta se establecería un Seguro de Atención Médica que les permitiría, a la

sociedad, tener acceso a los servicios médicos en cualquier de los tres niveles, más no los derechos de la seguridad social. Los recursos de éste seguro de atención médica provendrían del Estado y serían recabados por la institución o instituciones. No serían transferencias sino cuotas, las cuales son subsidios para las familias en población abierta, y que beneficiarían a la Institución o Instituciones ya que serían recursos que deben constituirse en un fondo, evitando gastos innecesarios y utilizandolos con objetividad y racionalidad, pero sobre todo para lo que fue establecido.

Asimismo, cualquier que sea el régimen en el que estén inscritos, la atención primaria estará a la elección del necesitado, tal y como el caso Francés¹⁰⁶, lo que generará un ahorro administrativo. Para que esto funcione los médicos irán a la institución a cobrar sus servicios que prestan, aunque para esto deberá existir una regulación estricta en la atención y en los servicios que cada médico lleve a cabo.

Por último sería muy prudente, y aun más cuando circunstancias como las que está viviendo el país merma al trabajador y por consiguiente a la sociedad en general, comenzar a pensar en el establecimiento de un seguro del desempleo, con una cotización tripartita -Estado, trabajador y patrón- lo que respaldaría al trabajador por pérdida de trabajo sin justificación.

¹⁰⁶ NETTER, FRANCIS; *LA SEGURIDAD SOCIAL Y SUS PRINCIPIOS*; IMSS, MEXICO, 1982

CONCLUSIONES

A lo largo de esta tesis se ha fundamentado la importancia que juega la seguridad social en el contexto del Estado-Nación. Si bien no es una tesis que ahonde en los preceptos teóricos de esta rama social, el haber expuesto los logros en esta materia desarrollados en otros países a principios del Siglo XX y en México hasta nuestros días, sustentan el valioso factor de desarrollo que significa.

Por los alcances que se notan en el desarrollo institucional de la seguridad social en México podemos establecer que la instrumentación de complementos sociales a la par de la atención médica en cualquiera de sus tres niveles, son una solución, o bien un precepto de desarrollo, de cualquier Estado. En nuestro país la seguridad social ha significado un factor de desarrollo humano, que instrumentado por el Estado, ha promovido beneficios individuales y por lo tanto generales. La seguridad social existe por que el Estado lo requiere sea como medio de distribución de la riqueza, de salud nacional, de complemento individual, o bien, como instrumento de fortaleza de una Nación. La salud, a la par de la educación y después de la alimentación, es la necesidad de todo hombre en sociedad, lo que le da oportunidad y confianza en el porvenir que quiera seguir.

En los países con altos rezagos económicos y sociales, como es el caso de México, los instrumentos de desarrollo social fungen como factor de estabilización en el desarrollo falto de equidad. Las políticas sociales, como las

instituciones donde se operan estas, son oportunidades de desarrollo ante el rezago que arrastra nuestro país. Es por eso que la importancia de organismos que enfoquen sus tareas al beneficio colectivo, sea dentro de un régimen de seguridad social, o bien de población abierta, mitiguen el descontento y el rezago social.

Mientras existan las desigualdades extremas, el bajo nivel de vida y la falta de oportunidades para la mayoría de éste país, será necesario que el Estado-Nación se concentre como el responsable y el rector de las actividades de Seguridad Social, procurando encontrar fórmulas que beneficien a cada vez más gente en la atención a la salud, y posteriormente conjugar las circunstancias del desarrollo económico para dar prestaciones a los que menos oportunidades tienen.

Para que esto suceda es imperativo analizar los logros obtenidos hasta la fecha por la actitud con la que se instrumentó y readecuarla a las circunstancias nacionales actuales. No por estar en una crisis financiera las instituciones también lo estarán y mucho menos las demandas decaeran. Es el momento de establecer los parámetros de lo que se debe y se tiene que hacer para fortalecer a la sociedad mexicana. Como ya lo había mencionado, la salud es un activo natural del hombre y con ello su necesidad de mantenerla. Con esto se forjan sociedades fuertes y con ello países grandes.

Si se mantienen y fortalecen los activos de las instituciones que brindan atención médica a población abierta, los logros que se pueden alcanzar determinarán un avance social importante. La tarea ha sido muy grande por

medio de la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad, sin embargo la realidad exige que se incremente y perfeccione a la par del desarrollo y de las carencias nacionales. Por lo que respecta al INFONAVIT, este debe permanecer como promotor del desarrollo habitacional que por derecho tiene el trabajador, no obstante que las circunstancias que lo aquejan en la actualidad, financieros principalmente, lo puede limitar en su quehacer en el futuro a corto plazo.

También es imperativo restablecer la operatividad objetiva y eficiente de las instituciones de salud, pero sobre todo de aquellas que prestán servicios de seguridad social. El IMSS y el ISSSTE tienen complejidades tal y como en esta tesis se ha pretendido demostrar. Pero su complejidad está dada por lo complejo que es México, lo complejo que son las necesidades de una población tan grande, por lo complejo que es el rezago y el subdesarrollo. Es muy importante fijar una nueva meta que nos de la solución más adecuada para afrontar poco a poco la complejidad a la que nos enfrentamos. Existen opciones de fortalecimiento, las di en su respectivo espacio. No son las únicas, tampoco las mejores, pero es importante que surja de todos la necesidad de mejorar a nuestras Instituciones, por que de esta manera, mejoraremos en lo colectivo y en lo personal, además de que alejaremos la sombra del fracaso y la fatalidad.

El presente nos exige mejorar, ser mucho más claros en los debemos de hacer como país. Es muy importante considerar cambios en las estructuras administrativas y financieras de las instituciones de seguridad social, pero no sólo son las únicas. La actitud de un Estado mucho más consolidado dará una base mucho más amplia y fuerte a los cambios y reformas que se deban

realizar. Los fines del Estado son superiores al modo de como deben de hacerse las cosas, sin minimizar que los problemas financieros son, sin duda, un lastre en el desarrollo institucional mexicano.

La seguridad social es un fin del Estado, el cual se traduce en bienestar personal y colectivo y que sin duda alguna, en nuestro país ha sido altamente constructivo socialmente hablando, ya que como se vio a través de esta tesis el desarrollo de las instituciones analizadas ha dado una mejora en la personalidad y en la capacidad del pueblo mexicano ante el mundo. Sin embargo, las exigencias sociales vienen acompañadas de reformas administrativas, con lo que se busca que los beneficios sociales se brinden con oportunidad, eficacia y calidad, y que vayan acompañados de viabilidad financiera.

La Seguridad Social, la salud y las prestaciones del trabajo, dan fortaleza y complementan la vida del individuo y a la sociedad misma. Es un instrumento de desarrollo, de justicia y el que todo ser humano debe de tener. Es fundamental para el desarrollo armónico y con oportunidades que la atención médica, primero, y el complemento después, se haga extensivo a todos los mexicanos. Ser fuertes nos permitirá ser mejores; entre menos injusticia mayores retos; a mayor igualdad mejores oportunidades de desarrollo personal, y por supuesto, nacional.

BIBLIOGRAFIA

- _Baumer, Franklin L.; *El Pensamiento Europeo Moderno, continuidad y cambio en las ideas, 1600-1950*, Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- _Beveridge, William; *Bases de la Seguridad Social*, FCE, México, 1944.
- _Bustamante M., Viesca Treviño C, et al; *La Salud Pública en México 1959-1982*.Secretaria de Salubridad y Asistencia, México, 1982.
- _Catalán Valdés, Rafael; *Las nuevas políticas de vivienda*; FCE, México, 1993.
- _Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; SG, México, 1995.
- _Dávalos, José; *Tópicos Laborales*; Porrúa; México, 1992.
- _De la Cueva, Mario; *El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo*, Tomo I, Edit. Porrúa, México, 1993.
- _De la Cueva, Mario; *El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo*, Tomo II, Edit. Porrúa, México, 1993.
- _Diccionario Jurídico Mexicano; Instituto de Investigaciones Jurídicas; edit. Porrúa, México, 1991.
- _El Programa IMSS-Solidaridad 1988-1994; IMSS, México, 1994.
- _Frenk J, Lozano R., Gonzalez-Block MA et al; *Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*.México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

- García Cruz, Miguel; *La Seguridad Social en México*; Tomo I; México
- García Cruz, Miguel; *La Seguridad Social en México*; Tomo II; México
- Guerrero, Omar; *El Estado y la Administración Pública en México*; INAP, 1989, México.
- Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; *Programas de Labores y de Financiamientos, 1994*; INFONAVIT, México, 1994.
- Instituto Mexicano del Seguro Social; *Diagnóstico*; México, 1995.
- Instituto Mexicano del Seguro Social; *Indicadores socioeconómicos; Unidad de información y análisis delegacional; IMSS, México, 1994.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, *Informe de Actividades 1993-1994*; México, 1994.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; *Informe Anual de Actividades 1994; Programa de Trabajo 1995*; ISSSTE, México, 1994.
- Keynes, John Maynard; *Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero*; FCE, México, 1992.
- Ley General de Salud*, Editorial Porrúa, México, 1994.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado*; Porrúa, México, 1994.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*; Porrúa, México, 1992.
- Ley del Seguro Social*; Porrúa, México, 1994.
- Maquiavelo, Nicolas; *El Príncipe*, Alianza Editorial, México, 1994.
- Marx, Carlos; *El Capital*; FCE, México, 1987.

- México y la seguridad social, Tomo 1, Vol. 1, Doctrina; IMSS, México, 1952.
- Narro Robles, José; *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*; FCE, México, 1993.
- Narro Robles J., Moctezuma Barragan J., et al.; *La Seguridad Social y el Estado Moderno*; IMSS, FCE, ISSSTE; México, 1992.
- Netter, Francis; *La Seguridad Social y sus principios*; IMSS, México, 1982.
- Perez Leñero, José; *Fundamentos de la Seguridad Social*, Aguilar, Madrid, 1956.
- Recursos y Servicios. Sistema Nacional de Salud, Boletín de Informática y Estadística, Número 13, 1993, Secretaría de Salud, México, 1993.
- Rousseau, Jean-Jacques; *El Contrato Social*, Editorial Aguilar, Madrid, 1973.
- Rueza Barba, Antonio; *Estado, Seguridad Social y Marginalidad*; Conferencia Interamericana de Seguridad Social CISS; México, 1994.
- Salinas de Gortari, Carlos; *Sexto Informe de Gobierno 1994, Anexo*; Presidencia de la República; México, 1994.
- Salud y Seguridad Social, en Retos y Propuestas; Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio A. C.; México, 1994.
- Secretaría de Salud; *Anuario Estadístico 1993*; SS, México, 1993.
- Secretaría de Salud; *Informe de Labores, 1993-1994*; México, 1994.

- _Secretaria de Salud; *Reseña Testimonial 1988-1994*, Tomo I, SS, México, 1994.
- _Secretaria de Salud; *Reseña Testimonial 1988-1994*, Tomo II, SS, México, 1994.
- _Serra Rojas, Andres; *Derecho Administrativo*; Edit. Porrúa, México, 1994.
- _Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia; *Informe de Actividades 1994*; DIF, México 1994.
- _Smith, Adam; *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*; FCE, México. 1992.
- _Soberon G., Kumate J., Laguna J.; *LA Salud en México: Testimonios 1988*, FCE, México, 1988.
- _Suarez Davila, Francisco; *Convención el el Purgatorio sobre el futuro de México*, Editorial Cal y Arena, México, 1994.
- _Treviño García Manzo N., Cervantes Pérez P., Valle Gonzalez A., et al.; *Opciones de Reforma de la Seguridad Social*; Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS; México, 1994.
- _Trueba Urbina, Alberto; *Ley Federal del Trabajo*; Porrúa, 74a edición, México, 1994.
- _Uvalle Berrones, Ricardo; *La teoría de la Razón del Estado y la Administración Pública*; UNAM, México, 1991.